



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SISTEMA NACIONAL DE TRANSPLANTES  
REGULAMENTO TÉCNICO

**ANEXO IV**  
**FORMULARIO II**  
INFORMAÇÕES SOBRE O DOADOR

Data: / /	Hora:	CNCDO/OPO/CIHDOTT: <b>MS</b>	Falar com:					
Telefone p/ contato ( )		Hospital:						
Nome:			RGCT					
Idade:	Sexo:	Cor:	ABO:					
Peso Kg		Altura cm						
Causa da morte encefálica:			Dias de UTI:					
História e Evolução Clínica (incluir Doenças Auto-Imunes, Neoplasias, Aneurismas, AVCs, IAMs, etc.):								
Antecedentes Diabetes: ( ) no doador ( ) em parentes de 1º Grau informe (S=Sim N=Não I=Ignorado)								
( ) DPOC	( ) Hepatite Tipo ( )	( ) Drogas	( ) Álcool					
Outros ( )								
PCR: ( ) Não ( ) Sim min.		Intubado há ( ) dias FiO2: %						
Diurese em 24hs: Diurese: ml/Kg/hora		PA: X mmHg						
Recebeu Sangue/ Hemoderivados ( ) Não ( ) Sim								
Drogas Vasoativas: ( ) Não ( ) Sim		( ) Dopamina mcg/Kg/min	( ) Dobutamina mcg/Kg/min					
		( ) Noradrenalina mcg/Kg/min						
Infecção: ( ) Não ( ) Sim		Antibiótico 1: Tempo	Antibiótico 2: Tempo					
Local:		Antibiótico 3: Tempo						
Hemocultura Positiva ( ) Não ( ) Sim Germe Isolado:								
Data	/	/	/	Data	/	/	/	
HB				TGO				RX Tórax
HT				TGP				
GB				Fos Alc				ECG
PLTS				GamaGT				
Uréia				Bil Total				ECO
Creat.				Bil Direta				
Na				FiO2				
K				Ph				
Glic.				PO2				Cateterismo
CPK				PCO2				
CK-MB				SatO2				
Amilase								
	RESULTADO	POSITIVO			RESULTADO	POSITIVO		
		IgM	IgG			IgM	IgG	
Chagas				HIV				
Anti-HCV				HTLV I-II				
HBs-Ag				TOXOPLASMOSE				
Anti-HBs				CITOMEGALOVIRUS				
Anti-HBc				VDRL				
<b>Observações</b>								
Retirada marcada para às: h do dia / /								

Responsável p/ Informações:

Data:

Assinatura:

**Órgãos e Tecidos doados:**

- ( ) Coração  
( ) Pâncreas  
( ) Intestino  
( ) Pele

- ( ) Fígado  
( ) Pulmão  
( ) Osso  
( ) Vasos

- ( ) Rim  
( ) Córnea  
( ) Músculo/Tendão

**OBS.: Preencher de forma eletrônica todos os dados, inclusive a história clínica, e as drogas vasoativas não marcar ml/h e sim mcg/kg/min.**