



**NOTIFICAÇÃO PARA CET/MS DE PACIENTE COM SUSPEITA
DE MORTE ENCEFÁLICA**

HOSPITAL:	CIDADE:	Telefone:		
Data da Internação: / /	Prontuário:	RGCT:		
Paciente:	Setor:	Leito:		
Data de Nasc: / /	Idade:	Estado civil:	Cor:	Sexo:
RG:	CPF:	CNS:		
End:	N°			
Bairro:	Cidade:	UF:		
Nome da Mãe:				
Nome do Pai:				
EXAMES REALIZADOS PARA CONSTATAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA				
Causa da Morte Encefálica:				
1° ex. clinico: / /	Hora:	Médico:		
2° ex. clinico: / /	Hora:	Médico:		
Ex. Compl: / /	Hora:	Médico:		
() Doppler () Arteriografia () EEG				
NOTIFICAÇÃO PARA CENTRAL ESTADUAL DE TRANSPLANTES				
Data: / /	Hora:	Plantonista:	Plantonista CET/MS:	
NOTIFICAÇÃO DE CONCLUSÃO DO PROCESSO PARA CENTRAL ESTADUAL DE TRANSPLANTES				
() DOADOR () Coração () Pulmão () Fígado () Rins () Pâncreas. Tecidos () Córneas				
() RECUSA FAMILIAR. () Desconhece Desejo P.D. () P.D. contrário em vida () Família Indecisa				
() Religião () Deseja Corpo Integro () Descontente com Atendimento () Demora Liberação Corpo				
() Outros: _____				
() RECUSA MÉDICA. () Choque Séptico () Fora da Idade () Parada Cardíaca () Sorologia Reagente				
() Instabilidade Hemodinâmica () Outros: _____				
Data: / /	Hora:	Plantonista:	Plantonista CET/MS:	
Data Parada Cardíaca: / /	Hora:			