

**TERMO DE DECLARAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA Nº \_\_\_\_\_**

 Hospital: \_\_\_\_\_ CNES: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
 Nome do Paciente: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) Masc. ( ) Fem.  
 Nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Mãe: \_\_\_\_\_  
 Identidade / Tipo \_\_\_\_\_ nº: \_\_\_\_\_

**CAUSA DO COMA**

 Diagnóstico Principal: \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico Secundário: \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_  
 Confirmação: ( ) TC ( ) RM ( ) Angiografia ( ) DTC ( ) Líquor ( ) EEG ( ) Outro: \_\_\_\_\_

**PRÉ-REQUISITOS**

 Presença de lesão encefálica de causa conhecida, irreversível e capaz de causar a morte encefálica? ( ) SIM ( ) NÃO  
 Ausência de causas tratáveis que possam confundir o diagnóstico de morte encefálica? ( ) SIM ( ) NÃO  
 Tratamento e observação hospitalar ≥ 6 horas ou ≥ a 24 horas em encefalopatia hipóxico-isquêmica? ( ) SIM ( ) NÃO  
 Temperatura corporal > 35°C + PaO2 >94% + PAS ≥ 100mmHg ou PA média ≥ 65mmHg ou pela faixa etária (< 16 anos)? ( ) SIM ( ) NÃO  
 Ausência de Hipotermia? ( ) SIM ( ) NÃO  
 Ausência de drogas depressoras do sistema nervoso central ou de bloqueadores neuromusculares? ( ) SIM ( ) NÃO

**1º EXAME CLÍNICO**

PA(mmHg): \_\_\_\_\_ Temp (°C) \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Coma não perceptivo: ( ) Sim ( ) Não

**Exame Neurológico (exame dos reflexos)**

	DIREITO			ESQUERDO		
Pupila fixa e arreativa	( ) SIM	( ) NÃO	( ) NT	( ) SIM	( ) NÃO	( ) NT
Ausência de reflexo córneo-palpebral	( ) SIM	( ) NÃO	( ) NT	( ) SIM	( ) NÃO	( ) NT
Ausência de reflexo óculo-cefálico.	( ) SIM	( ) NÃO	( ) NT	( ) SIM	( ) NÃO	( ) NT
Ausência de reflexo vestibulo-calórico	( ) SIM	( ) NÃO	( ) NT	( ) SIM	( ) NÃO	( ) NT
Ausência de reflexo de tosse.			( ) SIM		( ) NÃO	

Justifique o motivo de não ter testado o reflexo \_\_\_\_\_

(Obs: Não testado – NT)

Médico: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_

Assinatura Identificada

**TESTE DE APNEIA (examinador 1 ou 2)**

PA(mmHg): \_\_\_\_\_ Temp (°C) \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

	Inicial	Final		Inicial	Final
PaCo2	_____	_____	PaO2	_____	_____

Ausência de Movimentos Respiratórios com PaCo2 &gt; 55mmHg? ( ) Sim ( ) Não

Médico: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_

Assinatura Identificada

**2º EXAME CLÍNICO**

PA(mmHg): \_\_\_\_\_ Temp (°C) \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Coma não perceptivo: ( ) Sim ( ) Não

**Exame Neurológico (exame dos reflexos)**

	DIREITO			ESQUERDO		
Pupila fixa e arreativa.	( ) SIM	( ) NÃO	( ) NT	( ) SIM	( ) NÃO	( ) NT
Ausência de reflexo córneo-palpebral.	( ) SIM	( ) NÃO	( ) NT	( ) SIM	( ) NÃO	( ) NT
Ausência de reflexo óculo-cefálico.	( ) SIM	( ) NÃO	( ) NT	( ) SIM	( ) NÃO	( ) NT
Ausência de reflexo vestibulo-calórico.	( ) SIM	( ) NÃO	( ) NT	( ) SIM	( ) NÃO	( ) NT
Ausência de reflexo de tosse.			( ) SIM		( ) NÃO	

Justifique o motivo de não ter testado o reflexo \_\_\_\_\_

(Obs: Não testado – NT)

Médico: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_

Assinatura Identificada

**EXAME COMPLEMENTAR**

PA(mmHg): \_\_\_\_\_ Temp (°C) \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

TIPO: ( ) DTC ( ) EEG ( ) Angiografia ( ) Cintilografia ( ) Outro: \_\_\_\_\_

Ausência de perfusão sanguínea ou de atividade metabólica ou elétrica encefálica? ( ) Sim ( ) Não

Médico: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_

Assinatura Identificada

<b>CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL</b>		
<b>IDADE</b>	<b>Pressão Arterial (mmHg)</b>	
	<b>Sistólica</b>	<b>PAM</b>
Até 5 meses incompletos	60	43
De 5 meses a 2 anos incompletos	80	60
De 2 anos a 7 anos incompletos	85	62
De 7 anos a 15 anos	90	65
16 anos em diante	100	65

<b>INTERVALOS ENTRE OS EXAMES CLÍNICOS</b>	<b>MÍNIMO</b>
7 dias completos (recém-nato a termo) a 2 meses incompletos	24 horas
De 2 meses a 24 meses incompletos	12 horas
Mais de 24 meses	1 hora

<b>ORIENTAÇÕES PARA O TESTE DE APNÉIA</b>
1) Ventilação com FiO <sub>2</sub> de 100% por, no mínimo, 10 minutos para atingir PaO <sub>2</sub> ≥ 200 mmHg e PaCO <sub>2</sub> entre 35 e 45 mmHg.
2) Instalar oxímetro digital e colher gasometria arterial inicial (idealmente por cateterismo arterial).
3) Desconectar o paciente da Ventilação Mecânica.
4) Estabelecer fluxo contínuo de O <sub>2</sub> por um cateter intratraqueal ao nível da Carina (6 L/min), ou tubo T (12 L/min) ou CPAP (até 12 L/min + 10 cm H <sub>2</sub> O).
5) Observar a presença de qualquer movimento respiratório por oito a dez minutos. Prever a elevação de PaCO <sub>2</sub> de 3 mmHg/min em adultos e 5mmHg/min em crianças para estimar o tempo de desconexão necessário.
6) Colher gasometria arterial final.
7) Reconectar o paciente na Ventilação Mecânica.

<b>ORIENTAÇÕES PARA A INTERRUPTÃO DO TESTE DE APNÉIA</b>
Caso ocorra hipotensão (PA sistólica < 100 mmHg ou PA média < 65 mmHg), hipoxemia significativa ou arritmia cardíaca, deverá ser colhida uma gasometria arterial e reconectado o respirador, interrompendo-se o teste. Se o PaCO <sub>2</sub> final for inferior a 55 mmHg, após melhora da instabilidade hemodinâmica, deve-se refazer o teste.

<b>INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS DO TESTE DE APNÉIA</b>	
<b>Teste Positivo (presença de apneia)</b>	PaCO <sub>2</sub> final superior a 55 mmHg, sem movimentos respiratórios, mesmo que o teste tenha sido interrompido antes dos dez minutos previstos.
<b>Teste Inconclusivo</b>	PaCO <sub>2</sub> final menor que 55 mmHg, sem movimentos respiratórios.
<b>Teste Negativo (ausência de apneia)</b>	Presença de movimentos respiratórios, mesmo débeis, com qualquer valor de PaCO <sub>2</sub> . Atentar para o fato de que pacientes magros ou crianças os batimentos cardíacos podem mimetizar movimentos respiratórios débeis.