



NOTIFICAÇÃO DE POTENCIAL DOADOR DE MÚLTIPLOS ÓRGÃOS -Formulário I

RGCT:..... (CET/RS)

Hospital Notificante: Município: Data Internação:
Setor: Leito: Telefone: Nome Contato:

Identificação do Potencial Doador

Nome:..... Prontuário Hosp:.....
Nome da mãe:
RG: DN: Idade: Cor:
Cartão SUS: CPF: Estado Civil:
ABO: Peso: *aferido* *estimado*..... Altura: *aferida*..... *estimada*..... Sexo: () M () F
Endereço: Município:
Nome de Familiar de contato: Telefone:

Causa de Morte Encefálica: () AVC-I () AVC-H () TCE () Tumor Cerebral () Encefalopatia Anóxica
() Outra **Qual:**

Resumo História Clínica:

Protocolo	Data/Hora	Resultado	Hosp/OPO	Médico	CRM	Especialidade
1º T. Clín.						
2º T. Clín.						
Teste Apnéia						
Ex. Compl.						
Ex. Compl.						
Ex. Compl.						

Tipo Ex.Complementar realizado: () Arteriografia () EEG () Cintilo () Doppler

Exclusão Absoluta : () Não () Sim **Qual:**

Entrevista Familiar: Data/Hora: Responsável pela EF: Conselho:

Permissão familiar: () Sim () Não **Motivo:**

Autorização de doação pela Família: () Órgãos () Córneas () Pele () Ossos

Solicitações da família:

Responsável pelas informações:

Conselho:

Assinatura:

Data: __/__/__

Responsável Recebimento CET/RS:

Conselho:

Assinatura:

Data: __/__/__