



NOTIFICAÇÃO DE POTENCIAL DOADOR DE MÚLTIPLOS ÓRGÃOS - Formulário II

NOME DO DOADOR: **RGCT:**

Antecedentes do doador:

	SIM	NÃO	IGN	
Diabetes				<i>tempo:</i> <i>medicação:</i>
DM parentes 1 grau				
HAS				
Asma				<i>frequência:</i>
Etilismo				<i>tipo:</i> <i>frequência:</i>
Drogadição				<i>tipo:</i> <i>quantidade:</i>
Tabagismo				<i>tipo:</i> <i>tempo:</i>
Tatuagem				<i>local:</i> <i>data:</i>
Piercing				<i>local:</i> <i>data:</i>
Câncer atual, prévio ou suspeita				<i>Qual:</i> <i>Tempo:</i> AP ()
Tuberculose (Ativa ou suspeita)				<i>tempo tto:</i> <i>data:</i>

Sorologias:

Data/Hora:			
<i>tipo</i>	<i>Pos</i>	<i>Neg</i>	<i>Não Realiz</i>
Chagas			
Anti-HCV			
HBsAg			
Anti-HBs			
Anti-HBc total			
HIV			
HTLV I e II			
Toxo -IGM			
Toxo -IGG			
CMV -IGM			
CMV -IGG			
VDRL-Sífilis			
PCR-covid			

	SIM	NÃO	
Infecção			<i>Qual:</i>
Hemocultura positiva			<i>Germe:</i> <i>Data:</i>
Urocultura			<i>Germe:</i> <i>Data:</i>
Aspirado traqueal			<i>Germe:</i> <i>Data:</i>
Culturas de vigilância (swab):			<i>Outras:</i> <i>Data:</i>
Antibiótico 1:DI:..... Antibiótico 2:..... DI:.....			
Antibiótico 3:DI:..... Antibiótico 4:..... DI:.....			
Secreção no tubo (qtd): () pequena () média () grande Aspecto:.....			
Medicamentos uso crônico:			
Data internação hospitalar/UTI: Dias UTI:..... Data intubação:.....Dias VM:.....			
Outras obsevações (incluir outras medicações em uso):.....			

Informações clínicas:

PA: _____ X _____	Diurese 24h (ml):	Diurese últ. 6 h (ml):
Noradrenalina: _____ µg/Kg/min	PCR: () S () N	ROSC: _____ min
Dopamina: _____ µg/Kg/min	Uso hemoderivados: () S () N	
Dobutamina: _____ µg/Kg/min	Hemodiluição: () S () N	
Outra DVA: _____	Primeira creatinina:	Temperatura:
Data _____/_____/_____	Data _____/_____/_____	Gasometria FiO2 100%
HB	FA	Data _____/_____/_____
HT	GGT	pH
Leucócitos	BT	PaO2
Plaquetas	BD	PaCO2
Uréia	TP	SatO2
Creat.	INR	HCO3
Na - Sódio	Albumina	Rx Tórax:
K - Potássio	KTTP	TC Tórax:
Glicemia	CK	TC Abdomen:
CPK	CK-MB	ECG:
CK-MB	B-HCG	Ecocardio:
Amilase	Proteinúria:	Cateterismo:
TGO	E.Q.U.	
TGP		

Responsável pelas informações: _____ Ass.: _____ Conselho: _____ Data: _____

Recebido por (CET/RS): _____ Ass.: _____ Conselho: _____ Data: _____