



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE REGULAÇÃO ESTADUAL
CENTRAL DE TRANSPLANTES

NOTIFICAÇÃO DE DOADOR DE TECIDO OCULAR HUMANO

I - PREENCHIMENTO DA CNCDO/RS

Data: ____/____/____ Horário na CNCDO: _____ Horário SNT/SIG: _____

RGCT:

TEC ():

ME ():

II - PREENCHIMENTO DO BANCO DE TECIDOS

HOSPITAL NOTIFICANTE: _____

Contato:

Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DOADOR: _____

RG/CPF:

DN: ____/____/____

Idade:

Sexo:

Estado Civil:

Endereço:

CAUSA DA MORTE: _____

AUTORIZAÇÃO PARA DOAÇÃO:

Grau de parentesco: 1º grau: () Pais () Filhos 2º grau: () Irmãos () Avós () Netos
() Cônjuge () União Estável () Autorização Judicial

	Data	Hora
PCR /Clampeamento		
Enucleação		
Preservação		
Meio de preservação	Lote:	Validade:

BTOH: _____

Responsável pela Captação:

Carimbo e Assinatura

Responsável pela Triagem e Validação do Doador:

Carimbo e Assinatura

Preservação: Córnea D () Córnea E () Esclera D () Esclera E ()

Obs.: _____

III - SOROLOGIAS

Anti-HIV 1 e 2:

Anti-HTLV 1 e 2:

Anti-HCV:

CMV IgG:

Anti-HBc:

Toxo IgG:

HbsAg:

Responsável pelo recebimento na CNCDO/RS: _____