



TERMO DE DECLARAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA

HOSPITAL-REGISTRO HOSPITALAR DO PACIENTE

Nome: CNES:

Município:UF:..... Prontoário:

PACIENTE

Nome Nascimento:

Mãe: Sexo: () Masculino () Feminino

Identidade: Tipo Nº:

CAUSA DO COMA

Diagnóstico principal: CID:.....

Diagnóstico secundário: CID:

Confirmação: () TC () RM ()Angiografia () DTC ()Liquor ()EEG **Outro:**

PRE-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 ≥ 24 horas em encefalopatia hipóxico - isquêmica? () SIM () NÃO

Temperatura corporal > 35°C + SaO2 > 94% + PAS ≥ 100mmHg ou PA média ≥ 65 mmHg 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

A. CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL:

ID A D E	PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	
	Sistólica	PAM
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 EXAMES CLÍNICOS:

INTERVALOS ENTRE EXAMES CLÍNICOS	M Í N I M O
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

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 da tosse	() SIM () NÃO	

Justifique o motivo de não ter testado o reflexo:.....

Obs.: Não testado (NT)

Médico:

CRM:

Assinatura Identificada



TERMO DE DECLARAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA

PACIENTE

Nome:

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 da tosse	() SIM () NÃO	

Justifique o motivo de não ter testado o reflexo:

Obs.: Não testado (NT)

Médico:

CRM:
Assinatura Identificada

TESTE DE APNÉIA (examinador 1 ou 2)

PA (mmHg): TEMP (°C): DATA: HORA:

	Inicial	Final		Inicial	Final
PaCO ₂ :	PaO ₂ :

Ausência de movimentos respiratórios com PaCO₂ > 55 mmHg? () SIM () NÃO

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