




SESAB – ESCRETOARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA
SISTEMA ESTADUAL DE TRANSPLANTES
CNCDO'S - CENTRAL DE NOTIFICAÇÃO, CAPTAÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DE ÓRGÃOS
FORMULÁRIO DE ALERTA DOADOR CORAÇÃO PARADO



Hospital Notificante:		Setor:		Tel: ()	
Óbito: Data ____ / ____ / ____ Hora ____ : ____		Corpo resfriado? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Ramal:	
Nome:				RGCT:	
RG:		CPF:		CNS:	
Data Nascimento:		Idade:		Cor:	
Endereço:				Sexo: Fem <input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/>	
Cidade:		CEP:		Tel.()	
Nome da mãe:					

Diagnóstico/ Causa da morte:	Se Câncer: QTx <input type="checkbox"/> RTx <input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--

História/Evolução Clínica (incluir Doenças Auto-Imunes, Neoplasias, Aneurismas, AVCs, IAMs, etc.)

Exame físico dos Olhos:					
 	1	Trauma Ocular	6	Enfermidade Ocular	
	2	Halo senil	7	Opacidade de Córnea	
	3	Pterígio	8	Infiltrado Infeccioso/ Secreção Purulenta	
	4	Hematoma	9	Hemorragia	
	5	Edema	10	Outros:	

Antecedentes:	Sorologias:
Trauma de Face? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sífilis:
Relato de cirurgia na córnea? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Chagas:
Tatuagens? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	AgHBS (Hep.B):
Piercing? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Anti-HBC (Hep.B):
Relato de DST? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Anti-HCV (Hep.C):
Usuário de Drogas ilícitas? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Anti-HTLV I/II:
Alcoolista? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Anti-HIV 1:
Outros? Especificar: _____	Anti-HIV 1 + 2:

Recebeu Sangue e hemoderivados? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Tipo:	Volume:	Data: ____ / ____ / ____
Infecção? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Local: _____		
Antibiótico 1:	Dose:	Início:
Antibiótico 2:	Dose:	Início:
Antibiótico 3:	Dose:	Início:
Hemocultura positiva? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Germe isolado: _____		
Coleta de material para sorologia? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Local da Coleta: _____		
(Não enuclear antes da coleta! Centrifugar e armazenar sob refrigeração.)		

Doação:		
<input type="checkbox"/> Sim	Motivo: {	<input type="checkbox"/> Familiar Ausente
<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sorologia positiva
		<input type="checkbox"/> Não conclusão ME
		<input type="checkbox"/> Contra Ind.Médica
		<input type="checkbox"/> Recusa Familiar* Motivo: _____
*FAMILIAR ENTREVISTADO - Nome: _____ Contato: (____) _____		
Grau de Parentesco: _____		

Responsável pelas informações: _____ Data: ____ / ____ / ____

Assinatura e carimbo: _____