



SESAB – SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA
SISTEMA ESTADUAL DE TRANSPLANTES
CNCDO'S - CENTRAL DE NOTIFICAÇÃO, CAPTAÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DE ÓRGÃOS
ANEXO I



INVESTIGAÇÃO PARA AFASTAMENTO DE SUSPEITA DE COVID-19 EM POTENCIAIS DOADORES DE ÓRGÃOS

Hosp.Not.	Setor:
Nome Portencial Doador:	
Causa do ME:	
História Social e Epidemiológica	
Nome do informante:	
Grau de parentesco com o P.D.:	
Doador teve contato com casos suspeitos ou confirmados de SARS-COV-2 nos últimos 15 dias? ☐ Não ☐ Sim Se SIM , há quanto tempo? _____ dias	
Doador é oriundo de municípios com casos suspeitos ou confirmados de SARS-COV-2? ☐ Não ☐ Sim Se SIM , qual município?	
Doador teve sintomas respiratórios ou febre nos últimos 30 dias? ☐ Não ☐ Sim	
Se SIM , quais? ☐ Tosse ☐ Dificuldade de respirar ☐ _____ ☐ _____	
Doador retornou de viagem internacional ou interestadual nos ultimos 14 dias? ☐ Não ☐ Sim Se SIM , qual local?	
História Clínica e Epidemiológica Hospitalar	
Doador com alguma comorbidade prévia? ☐ Não ☐ Sim	
Se SIM , quais? ☐ Asma ☐ Bronquite ☐ Tabagismo ☐ CA _____ ☐ _____	
Doador admitido com falência respiratória aguda? ☐ Não ☐ Sim	
Doador com TC de Tórax apresentando achados sugestivos de COVID-19? ☐ Não ☐ Sim Quais? _____	
Doador em suspeita de COVID-19? ☐ Não ☐ Sim	
Doador apresentou febre no internamento atual? ☐ Não ☐ Sim Se SIM , informar dia e temperatura aferida: _____ °C	
Hospital onde o doador se encontra, tem casos suspeitos ou confirmados de COVID-19? ☐ Não ☐ Sim	
Unidade onde o doador se encontra, tem casos suspeitos ou confirmados de COVID-19? ☐ Não ☐ Sim	
Realizou coleta de teste para SARS-COV-2 no doador? ☐ Não ☐ Sim Resultado: _____	
Observações importantes para a coleta desses dados	
✓ Use máscaras. ✓ Limitar, na medida do possível, o numero de familiares. ✓ Dê preferência por locais ventilados para realizar a entrevista. ✓ Fornecer pia para lavagem das mãos e/ou álcool gel para equipe e familiares.	

Entrevistador: _____

Função: _____

Data: ____/____/20____

Assinatura e carimbo: _____