



**SESAB – ESCRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA**  
**SISTEMA ESTADUAL DE TRANSPLANTES**  
**CENTRAL ESTADUAL DE TRANSPLANTES DA BAHIA - CET-BA**  
**REGISTRO DA ENTREVISTA FAMILIAR PARA DOAÇÃO DE ÓRGÃOS**



<b>Hospital Notificante:</b>		<b>Data:</b>	<b>Hora:</b>
Nome do doador:		RGCT: _____ (CET-BA)	
<b>Nome do entrevistado</b>	<b>Relação com o doador</b>	<b>Telefone</b>	
<b>Nome do entrevistador</b>	<b>Cargo/Função</b>	<b>Telefone</b>	

**RELATÓRIO DE ENTREVISTA (EM CASO DE RECUSA FAMILIAR)**


**SELECIONE OS MOTIVOS DE INVIABILIDADE PARA DOAÇÃO**

<b>Recusa Familiar</b>	<b>Contra Indicação Clínica</b>	<b>Problema Logístico/ estrutural</b>
<input type="radio"/> 01 - Desconhece o desejo do doador <input type="radio"/> 02 - Sem consenso entre familiares <input type="radio"/> 03 - Não doador em vida <input type="radio"/> 04 - Familiar contrário à doação <input type="radio"/> 05 - Descontente com o atendimento <input type="radio"/> 06 - Deseja o corpo íntegro <input type="radio"/> 07 - Familiar Indeciso <input type="radio"/> 08 - Não entende o diagnóstico de M.E. <input type="radio"/> 09 - Sem condições emocionais para decisão <input type="radio"/> 10 - Causas religiosas <input type="radio"/> 11 - Favorável à doação só após PCR <input type="radio"/> 12 - Impedimento Legal <input type="radio"/> 13 - Agilidade para o supultamento <input type="radio"/> 14 - Outros (Especificar)	<input type="radio"/> 16 - Sorologia HIV [+] <input type="radio"/> 17 - Sorologia HTLV [+] <input type="radio"/> 18 - Sorologia Hepatite B [+] PCR <input type="radio"/> 19 - Sorologia Hepatite C [+] PCR <input type="radio"/> 20 - Infecção grave (Bacteriana/Viral em atividade) <input type="radio"/> 21 - Portador de neoplasia - exceto in situ de colo de útero e carcinoma basocelular <input type="radio"/> 22 - Acima do tempo máximo para retirada PCR <input type="radio"/> 23 - Diagnóstico desconhecido <input type="radio"/> 24 - Fora da faixa etária PCR ≤03 a≥70 anos <input type="radio"/> 25 - Fora da faixa etária ME ≥81 anos <input type="radio"/> 26 - Outras doenças crônico-degenerativas <input type="radio"/> 27 - Órgão ou tecido inviável para doação <input type="radio"/> 28 - Hemodiluição em PCR <input type="radio"/> 29 - Parada cardíaca em ME <input type="radio"/> 30 - Portador de Tatuagem/ Piercing ≤12 meses em PCR <input type="radio"/> 31 - Ex-detento há ≤12 meses em PCR	<input type="radio"/> 32 - Equipe de retirada indisponível <input type="radio"/> 33 - Família não localizada <input type="radio"/> 34 - Deficiência estrutural da Instituição <input type="radio"/> 35 - Corpo sem identificação <input type="radio"/> 36 - Outros (Especificar)
		Observações: _____

(Caso haja algum motivo para inviabilizar a doação que não conste nos motivos listados acima, relatar o mesmo no campo observação)

**CAUSA DA NÃO DOAÇÃO \_\_\_\_\_ (Use a legenda)**

**Assinatura do entrevistador:** \_\_\_\_\_

\*ESTE INSTRUMENTO FOI ADAPTADO DO IMPRESSO DA CET-PR

SISTEMA ESTADUAL DE TRANSPLANTES - CET-BA

Estrada do Saboeiro, s/n, Hospital Geral Roberto Santos, Cabula. Salvador/Ba. CEP.41180-180  
 Tel: 0800-284-0444 Fax: (71) 3356-6776 E-mail:centraldetransplantes.ba@saude.ba.gov.br