



NOME: _____

MÃE: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ SEXO: M F RG: _____

HOSPITAL: _____ CNES: _____

A. CAUSA DO COMA

A. 1. - Diagnóstico Principal: TCE AVC TU-SNC INFECÇÃO SNC ANÓXIA OUTRO: _____ CID: _____

A. 2. - Diagnóstico Secundário: _____ CID: _____

A. 3. - Confirmação da causa do Coma: TC RM ANGIOGRAFIA LÍQUOR OUTRO: _____

A. 4. - Pré Requisitos:

a) Presença de lesão encefálica de causa conhecida, irreversível e capaz de causar a morte encefálica? SIM NÃO

b) Ausência de causas tratáveis que possam confundir o diagnóstico de morte encefálica? SIM NÃO

c) Tratamento e observação hospitalar $\geq 6h$ ou $\geq 24h$ em casos de encefalopatia hipóxico-isquêmica? SIM NÃO

d) SatO₂ > 94% e PAS ≥ 100 mmHg ou PAM ≥ 65 mmHg ou pela faixa etária (<16 anos)? SIM NÃO

e) Ausência de Hipotermia (T>35,0°C)? SIM NÃO

f) Ausência de uso de Fármacos Depressores do Sistema Nervoso Central ou Bloqueadores musculares? SIM NÃO

Se a resposta for **NÃO** a qualquer um dos itens, **interrompe-se o protocolo.**

B. EXAME NEUROLÓGICO - Verificar o intervalo mínimo exigível entre as avaliações clínicas, constantes na tabela abaixo:

IDADE	INTERVALO	CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL	
7 dias a 2 meses incompletos	24 Horas	Seguir os parâmetros de pressão de acordo a idade:	De 2 anos a 7 anos incomp: PAS 85/ PAM 62
2 meses a 2 anos incompleto	12 Horas	Até 5 meses incomp: PAS 60/ PAM 43	De 7 anos a 15 anos: PAS 90/ PAM 65
Acima de 2 anos	01 Hora	De 5 meses a 2 anos incomp: PAS 80/ PAM 60	De 16 anos em diante: PAS 100/ PAM 65

Elementos do exame neurológico - Ao realizar o exame, assinalar a opção SIM, NÃO ou N.T.*, obrigatoriamente, para todos os itens. *N.T.=Não testado (JUSTIFICAR ABAIXO)	Resultados			
	1º Exame		2º Exame	
	T: ____°C PA: ____x PAM: ____	T: ____°C PA: ____x PAM: ____	Lado Direito	Lado Esquerdo
Coma aperceptivo	SIM Não	SIM Não	SIM Não	SIM Não
Pupilas fixas e arreativas	SIM Não N.T.	SIM Não N.T.	SIM Não N.T.	SIM Não N.T.
Ausência córneo-palpebral	SIM Não N.T.	SIM Não N.T.	SIM Não N.T.	SIM Não N.T.
Ausência de reflexos oculocefálicos	SIM Não N.T.	SIM Não N.T.	SIM Não N.T.	SIM Não N.T.
Ausência de respostas às provas calóricas	SIM Não N.T.	SIM Não N.T.	SIM Não N.T.	SIM Não N.T.
Ausência de Reflexos de tosse	SIM Não	SIM Não	SIM Não	SIM Não

Registrar motivo de não testar reflexo bilateral (Anomalias): _____

ATENÇÃO: A PCO₂ pré teste idealmente entre 35 e 45mmHg e pós teste obrigatoriamente > 55mmHg. Resolução CFM nº 2.173/2017

Teste de Apnéia

Data: _____

() SIM () Não

Hora: _____

Gasos { Pré Teste PO₂ ____ PCO₂ ____
Pós Teste PO₂ ____ PCO₂ ____

Médico avaliador da Apnéia - NOME: _____

Ass.e Carimbo: _____

C. ASSINATURAS DOS EXAMES CLÍNICOS - Os médicos participantes do processo de diagnóstico da morte encefálica deverão estar **especificamente capacitados** e não poderão ser integrantes das equipes de retirada e transplantes.

1. PRIMEIRO EXAME Data: ____/____/____ Hora: ____:____ NOME DO MÉDICO: _____ CRM: _____ Especialidade: _____ ASSINATURA: _____	2. SEGUNDO EXAME Data: ____/____/____ Hora: ____:____ NOME DO MÉDICO: _____ CRM: _____ Especialidade: _____ ASSINATURA: _____
--	---

D. EXAME COMPLEMENTAR - Indicar o exame complementar e **anexar laudo** com identificação do médico responsável.

Exame complementar realizado: T: ____°C P.A.: ____x Data: ____/____/____ Hora: ____:____ EEG ANGIOGRAFIA DTC CINTILOGRAFIA OUTRO: _____
Ausência de perfusão sanguínea ou atividade metabólica ou elétrica encefálica? SIM NÃO
Médico - NOME: _____ CRM: _____ Assinatura: _____