



SESAB – ESCRETOARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA
COORDENAÇÃO ESTADUAL DE TRANSPLANTES
GET - CENTRAL ESTADUAL DE TRANSPLANTES
FORMULÁRIO DE ALERTA DOADOR PARA ACOMPANHAMENTO DIÁRIO



| | | | | | |
|-------------------------|-------|---------------|--------|----------------------------|----------|
| Hosp. Notificante: | | Setor: | | OPO: | |
| Óbito Data: ___/___/___ | | Hora: ___:___ | | Tel. setor: () | |
| Nome: | | | | RGCT: | |
| CNS: | | CPF: | | Data Nasc: ___/___/___ | |
| Na UTI EME Outros _____ | | Desde / | | Data Admissão: ___/___/___ | |
| Idade: | Sexo: | Cor: | G-ABO: | Peso: | Altura: |
| Endereço: | | | | | |
| Bairro: | | Cidade: | | CEP: | Tel: () |
| Nome da Mãe: | | | | | |

Causa do ME:

História e Evolução Clínica (Incluir doenças Auto-imunes, Neoplasias, Aneurismas, AVC's, IAM's, etc):

Ureia e Creatinina de entrada são de fundamental importância. Favor informar ► Uréia (/) e Creatinina (/)

| | | | | | |
|--|---|--|---|---|---|
| Antecedentes PESSOAIS | | Vacina com vírus vivo atenuado nos últimos 30 dias? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não sabe | | | |
| | | Diabetes no Doador: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Em parentes 1º Grau: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim | | | |
| Cardiopatia | DST | HAS | Alcoolismo | Há quanto tempo? | Qual frequência? |
| Quais: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | Tipo de Bebida: _____ | | Quais? _____ |
| Tabagista | Quantos maços por dia? | Há quanto tempo? | Broncoaspiração no internamento? | Asma | DPOC |
| <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | | | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |
| | | | | | Realizou diálise? <input type="checkbox"/> Crônico <input type="checkbox"/> Agudo |
| | | | | | Cirurgia prévia <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |
| | | | | | Quais? _____ |

Lesões de Pele? Não Sim Local: _____ Aspecto: _____

História de Câncer? Não Sim Local: _____ Tempo? _____ QT? _____ Radio? _____

| | | | |
|---|-------------|---------------------|---------------------|
| Recebeu Sangue/Hemoderivados: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim | Data: / | Tipo: _____ | Vol.Total: _____ ml |
| Data: / | Tipo: _____ | Vol.Total: _____ ml | Data: / |
| | Tipo: _____ | Vol.Total: _____ ml | |

| | | | | |
|--|---|--|--------------|-------------------|
| Drogas Vasoativas: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Nora - Vazão: ___ ml/h | <input type="checkbox"/> _____ - Vazão: ___ ml/h | Intubação: / | FiO2 % |
| | Concentração: _____ | Concentração: _____ | Peep | Mod. Ventilatório |

| | | | |
|--|--------------------|--------------------|--------------------|
| Infecção <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim | Antibiótico1 _____ | Antibiótico2 _____ | Antibiótico3 _____ |
| Local: _____ | Início: ___/___ | Início: ___/___ | Início: ___/___ |

Familiar informante - Nome: _____ Grau de Parentesco: _____ Contato: () _____

Profissional notificador: _____ Data: ___/___ Assinatura: _____

ENVIAR À CET CÓPIA DO ATESTADO OU DECLARAÇÃO DE ÓBITO AO FINAL DO PROCESSO DE DOAÇÃO

ACOMPANHAMENTO DOS EXAMES (Favor atualizar DIARIAMENTE)

NOME (obrigatório): _____

CONDIÇÃO HEMODINÂMICA E INFORMAÇÕES LABORATORIAIS

PCR Não Sim Data: ___/___/___ Tempo: ___ Data: ___/___/___ Tempo: ___

Hemocultura? Não (Favor solicitar) Sim Data: ___/___/___ Resultado: _____

Urocultura? Não (Favor solicitar) Sim Data: ___/___/___ Resultado: _____

Outras? Não Sim Qual: _____ Data: ___/___/___ Resultado: _____

Infecção pelo SARS-CoV-2 (Covid 19)? Não Sim Data do exame: ___/___/___ Não Realizado

| DATA | Exames Admissão | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / |
|--|-----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| HB | | | | | | | | | | | | |
| HT | | | | | | | | | | | | |
| LEUCO | | | | | | | | | | | | |
| BASTÕES | | | | | | | | | | | | |
| SEGMENTADOS | | | | | | | | | | | | |
| PLTS | | | | | | | | | | | | |
| URÉIA | | | | | | | | | | | | |
| CREAT | | | | | | | | | | | | |
| Na | | | | | | | | | | | | |
| K | | | | | | | | | | | | |
| Glicemia | | | | | | | | | | | | |
| TP | | | | | | | | | | | | |
| RNI | | | | | | | | | | | | |
| Amilase | | | | | | | | | | | | |
| TGO | | | | | | | | | | | | |
| TGP | | | | | | | | | | | | |
| Fosf.Alc | | | | | | | | | | | | |
| GamaGT | | | | | | | | | | | | |
| Bil.Total | | | | | | | | | | | | |
| Bil.Direta | | | | | | | | | | | | |
| Diurese 24h | | | | | | | | | | | | |
| Hemoderivados (Especificar) | | | | | | | | | | | | |
| Drogas Vasoativas (droga, conc. e dose) | | | | | | | | | | | | |
| Antibióticos (droga e dose) | | | | | | | | | | | | |
| PA | | | | | | | | | | | | |
| PAM | | | | | | | | | | | | |
| FC | | | | | | | | | | | | |
| T (°C) | | | | | | | | | | | | |
| Sat O ₂ | | | | | | | | | | | | |
| Nome LEGÍVEL do informante. | | | | | | | | | | | | |

Doação: Sim Não Motivo da Recusa: Familiar Ausente Não conclusão ME Contra Indicação Médica Fora Faixa etária

Recusa Familiar **Motivo:** _____

Familiar entrevistado - Nome: _____ Grau de Parentesco: _____ Contato: () _____