



## CHECK-LIST DO DIAGNÓSTICO EM MORTE ENCEFÁLICA (ME) – CFM 2173/2017



NOME COMPLETO DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

HOSPITAL: \_\_\_\_\_

SETOR: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ Data/Hora de abertura PME: \_\_\_\_\_

## Pré-requisitos para a abertura do protocolo:

INFORMAÇÕES	SIM	NÃO	OBSERVAÇÃO
Sem distúrbios metabólicos graves			

## CAUSA DO COMA

Diagnóstico Principal:	TCE	AVC	TU-SNC	INFECÇÃO SNC	OUTRO

## CONFIRMAÇÃO DA CAUSA DO COMA

Exame complementar:	TC	RM	ANGIOGRAFIA	LÍQUOR	OUTRO

## PRÉ-REQUISITOS

	SIM	NÃO	OBSERVAÇÃO
a) Presença de lesão encefálica de causa conhecida, irreversível e capaz de causar a morte encefálica? Glasgow 3?			
b) Ausência de causas tratáveis que possam confundir o diagnóstico de morte encefálica?			
c) Tratamento e observação hospitalar $\geq$ 6h ou $\geq$ 24h em casos de encefalopatia hipóxico-isquêmica?			
d) SatO <sub>2</sub> > 94% e PAS $\geq$ 100mmHg ou PAM $\geq$ 65mmHg ou pela faixa etária (<16 anos)?			
e) Ausência de Hipotermia (T > 35,0°C)?			
f) Ausência de uso de Fármacos Depressores do SNC / Bloqueadores musculares? Se fez uso, cumpriu 4 ½ VIDAS?			

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

REALIZADA NOTIFICAÇÃO À E-DOT/OPO: SIM ( ) NÃO ( )

O TESTE DE APNÉIA PRECISA SER FEITO POR UM DOS MÉDICOS EXAMINADORES.  
O TERMO DE MORTE ENCEFÁLICA NÃO PODE CONTER RASURAS.  
TODOS OS CAMPOS DEVEM SER PREENCHIDOS OBRIGATORIAMENTE.