

1. DADOS DO DOADOR

Código do Banco de Olhos:		RGCT:		
Nome:				
Gênero:	Idade: _____ anos	Profissão*:		
Informações:		SIM	NÃO	NÃO SABE
Caso confirmado de COVID-19, há menos de 28 dias?				
Eliminação completa dos sintomas (quando teste positivo)?				
Teve contato próximo** com caso suspeito ou confirmado de COVID-19 nos últimos 14 dias?				
Foi vacinado contra COVID-19? Se sim, justifique qual vacina, quando souber.				
Apresentou sintomas gripais até 07 dias após a a vacinação?				
Apresentou 01 dos sintomas agudos consistentes de infecção pela COVID-19 nos 14 dias anteriores ao óbito:				
Tosse				
Falta de ar/ Respiração curta/ Dificuldade para respirar				
Apresentou 02 ou mais dos seguintes sintomas nos 14 dias anteriores ao óbito: (Avaliar sintoma com a causa morte)				
Febre				
Calafrios				
Tremores repetidos com calafrios				
Dor Muscular				
Dor de cabeça				
Dor de garganta				
Perda de paladar e/ou olfato				
Dor abdominal inexplicável, náuseas, vômitos ou diarreia				

* Analisar o tipo de trabalho que o potencial doador realizava e que possa indicar fator de risco.

** Contato próximo é manter distância menor ou igual a 2 metros de um caso suspeito ou confirmado de COVID-19 por mais que 15 min nas condições de cuidar, morar, visitar e compartilhar áreas em comum ou contato direto com secreções infecciosas expelidas de um caso confirmado de COVID-19 sem uso de EPI's.

*** Apresentou sintomas gripais anteriores a 07 dias da primeira e/ou segunda dose da vacinação será contra indicação para doação .

**** Em casos de resultado INCONCLUSIVO, o Diretor Médico do BO decidirá a efetivação ou não da doação.

Serão considerados doadores quando:

- Teste de RT-PCR para SARS-COV-2 negativo, sem sinais e sintomas ou;
- Teste de RT-PCR para SARS-COV-2 não realizado, mas sem sinais e sintomas e sem relato de contato próximo com casos suspeitos ou confirmados de COVID-19 nos últimos 14 dias;
- Indivíduo que teve infecção (suspeita ou confirmada , com regressão completa dos sintomas ha mais de 28 dias).

(Conforme DIRETRIZES PARA A ATENÇÃO ESPECIALIZADA NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID - 19/ MINISTÉRIO DA SAÚDE/ JUNHO 2021 E NOTA TÉCNICA Nº 24/2022-CGSNT/DAET/SAES/MS).

Informações adicionais/Justifique:

Assinatura e carimbo do entrevistador: _____ Data: _____

() CET () OPO () CIHDOTT () Profissional do Hospital () Banco de Olhos FUBOG