

## NOTIFICAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA

Hospital Notificante: _____		OPO: _____
Nome: _____		
RGCT: _____		Prontuário: _____
Data da Internação: ____/____/____	Causa do coma: _____	
DN: ____/____/____	Idade: _____	Sexo: ( )MAS ( )FEM
CPF: _____	RG: _____	Cartão SUS: _____
Endereço: _____		Complemento: _____
Bairro: _____	CEP: _____	Cidade: _____
Nome da Mãe: _____		

### SEQUÊNCIA DOS FATOS:

**1 Notificado OPO/CET:**  
 Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
 Profissional: \_\_\_\_\_ Fone da Unidade: \_\_\_\_\_

**2 Comunicação da gravidade do caso e informação do início do protocolo de Morte Encefálica, à família:**  
 Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
 Profissional: \_\_\_\_\_ Fone da Unidade: \_\_\_\_\_

### EXAMES

**1º EXAME** - Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Médico: \_\_\_\_\_  
 PA (mmHg): \_\_\_\_\_ Temperatura (°C): \_\_\_\_\_

**2º EXAME** - Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Médico: \_\_\_\_\_  
 PA (mmHg): \_\_\_\_\_ Temperatura (°C): \_\_\_\_\_

**TESTE DE APNÉIA** - Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Médico: \_\_\_\_\_  
 PA (mmHg): \_\_\_\_\_ Temperatura (°C): \_\_\_\_\_

<b>PaCO2</b>	Inicial: _____	<b>PaO2</b>	Inicial: _____	Hora da coleta: _____
	Final: _____		Final: _____	Hora da coleta: _____

**AUSÊNCIA DE MOVIMENTOS RESPIRATÓRIOS COM PaCO2 MAIOR QUE 55mmHg? ( )SIM ( )NÃO**

**EX. COMPLEMENTAR:** Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Médico: \_\_\_\_\_  
 Tipo de exame complementar: \_\_\_\_\_  
 PA (mmHg): \_\_\_\_\_ Temperatura (°C): \_\_\_\_\_

**Confirmado diagnóstico de ME? ( )Sim ( )Não**

Doador de órgãos?: ( )Sim ( )Não. Se não, marcar a(as) alternativa(s) abaixo:

**Contra-indicação:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Infecção<br><input type="checkbox"/> Neoplasia<br><input type="checkbox"/> Disfunção Múltiplos Órgãos<br><input type="checkbox"/> Cultura Positiva | <input type="checkbox"/> Fator de risco<br><input type="checkbox"/> Sorologia: _____<br><input type="checkbox"/> Outros: _____ |
|---|--|

**Recusa Familiar:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Desconhecimento do desejo do potencial doador<br><input type="checkbox"/> Não doador em vida<br><input type="checkbox"/> Familiares desejam o corpo íntegro<br><input type="checkbox"/> Familiares indecisos | <input type="checkbox"/> Familiares descontentes com o atendimento<br><input type="checkbox"/> Receio da demora na liberação do corpo<br><input type="checkbox"/> Convicções religiosas<br><input type="checkbox"/> Outros: _____ |
|---|---|

**Apresentou PCR?**

- ( ) NÃO  
 ( ) SIM, antes da confirmação de ME  
 ( ) SIM, após a confirmação da ME

Se SIM, DOADOR DE CÓRNEAS PÓS PCR? ( ) Sim ( ) Não

Caso não seja doador, qual motivo? \_\_\_\_\_

**Contatos Familiares:**

Nome: \_\_\_\_\_  
 Parentesco: \_\_\_\_\_  
 Telefone: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

**Contatos Familiares:**

Nome: \_\_\_\_\_  
 Parentesco: \_\_\_\_\_  
 Telefone: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_