

REGISTRO DO PROCESSO DE DOAÇÃO – ME

Doador: _____ RGCT: _____

Hospital de Origem: _____ Hospital de Captação: _____

Data da doação: ____/____/____ Hora da doação: ____:____ Data da captação: ____/____/____ Hora da captação: ____:____

Doação efetivada: () Sim () Não. Motivo: _____

Órgão/Tecido	Equipe Retirada	Órgão encaminhado para Anátomo Patológico?	Hospital em que será realizado Anátomo Patológico
Coração			
Córnea D			
Córnea E			
Rim D			
Rim E			
Fígado			
Pulmão			
Pâncreas			
Pâncreas-rim			
Intestino			

Plantonista de captação (carimbo e assinatura): _____

Órgão/Tecido	Receptor	RGCT	Equipe de Transplante	Estado	Órgão encaminhado p/ Anatomopatológico?
Coração					
Córnea D					
Córnea E					
Rim D					
Rim E					
Fígado					
Pulmão					
Pâncreas					
Pâncreas-rim					
Intestino					
Intestino					

Plantonista de distribuição (carimbo e assinatura): _____