

## TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA ENTREGA/ACONDICIONAMENTO DE ÓRGÃOS

RESPONSÁVEL PELA DISTRIBUIÇÃO		
<b>DADOS DO RECEPTOR (identificar no prontuário)</b>		
Nome completo do RECEPTOR:		
TIPO SANGUÍNEO do RECEPTOR:	RGCTdo RECEPTOR:	
ÓRGÃO/LATERALIDADE:		
Data da oferta:        /        /	Hora da oferta: _____:_____ h	Hora do aceite da oferta: _____:_____ h
Conferir dados do doador e receptor após Crossmatch:        (    ) SIM		
Confirmar com a equipe transplantadora o nome do receptor:        (    ) SIM		
Hospital a ser entregue o órgão:		
Data e hora para entrega do órgão: ____/____/____ às _____:_____ h		
Iniciais do DOADOR:	RGCTdo DOADOR:	
Assinatura e carimbo do plantonista da distribuição:		
Assinatura e carimbo do conferente da distribuição:		

RESPONSÁVEL PELO PLANTÃO TÉCNICO (OPO)		
<b>DADOS DO DOADOR (identificar no prontuário)</b>		
Iniciais do DOADOR:	RGCT do DOADOR:	
ÓRGÃO/LATERALIDADE:		
TIPO SANGUÍNEO do DOADOR (RH por extenso):		
Data da captação:        /        /	Data e hora do clampeamento da aorta: ____/____/____ _____:_____ h	
Data da oferta:        /        /	Hora da oferta: _____:_____ h	Hora do aceite da oferta: _____:_____ h
Conferir dados do receptor com a ficha de inscrição do receptor:        (    ) SIM		
Hospital a ser entregue o órgão:		
Data e hora da entrega do Centro cirurgico: ____/____/____ às _____:_____ h		
Equipe transplantadora:		
Anexar na caixa térmica o impresso para identificação da caixa (RDC 66/09):        (    ) SIM		
Acondicionar o tubo roxo (EDTA) com amostra sanguínea para retipagem: (    ) SIM (    ) NÃO _____		
Solicitar a conferência da documentação e preparo da caixa:        (    ) SIM		
Assinatura e carimbo do plantonista técnico:		
Assinatura e carimbo do conferente da OPO:		

RECEBIMENTO NO CENTRO CIRURGICO		
Nome completo do RECEPTOR:		
RGCTdo RECEPTOR:		
ÓRGÃO/LATERALIDADE:		
TIPO SANGUÍNEO do DOADOR (RH por extenso):		
Iniciais do DOADOR:	RGCT do DOADOR:	
Data do Recebimento:        /        /	Hora da recebimento: _____:_____ h	Hora do implante: _____:_____ h
Conferir dados do envelope:        (    ) SIM		
Órgão acondicionado adequadamente:        (    ) SIM		
Tubo roxo (EDTA) com amostra sanguínea para retipagem entregue: (    ) SIM (    ) NÃO _____		
Assinatura e carimbo do profissional do centro cirúrgico:		