

TERMO DE RECUSA DE FÍGADO

RGCT:		Iniciais do doador:	
Idade:	Data da Oferta:	Hora:	
Direito ()			
Esquerdo ()			

Recusa para todos os receptores do ranking?	SIM ()	NÃO ()
Recusa para qual receptor?		
Nome completo do potencial receptor:		
RGCT:		

CRITÉRIOS DE RECUSA, CONFORME DETERMINAÇÃO DO SISTEMA NACIONAL DE TRANSPLANTES – SNT	
Condições do doador (Marque com "x")	
<input type="checkbox"/> Alterações laboratoriais	<input type="checkbox"/> Nefropatia
<input type="checkbox"/> Parada cardíaca do doador	<input type="checkbox"/> Idade
<input type="checkbox"/> Hipertensão	<input type="checkbox"/> Infecção
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Instabilidade Hemodinâmica
<input type="checkbox"/> Droga vasopressora	<input type="checkbox"/> Sorologia positiva
<input type="checkbox"/> Idade	<input type="checkbox"/> Usuário de drogas injetáveis
<input type="checkbox"/> Tempo prolongado de internação	<input type="checkbox"/> Antecedentes mórbidos
<input type="checkbox"/> Outro (descreva):	
Condições do órgão (Marque com "x")	
<input type="checkbox"/> Alterações morfológicas	<input type="checkbox"/> Contaminação do órgão
<input type="checkbox"/> Lesão no órgão	<input type="checkbox"/> Preservação inadequada
<input type="checkbox"/> Tamanho ou peso	<input type="checkbox"/> Tempo de isquemia
<input type="checkbox"/> Má perfusão do órgão	<input type="checkbox"/> Sem meio de preservação
<input type="checkbox"/> Outro (descreva):	

Relacionado ao receptor (Marque com "x")	
<input type="checkbox"/> Receptor distante	<input type="checkbox"/> Receptor com exames incompletos
<input type="checkbox"/> Receptor não localizado	<input type="checkbox"/> Recusa do receptor
<input type="checkbox"/> Receptor sem condições clínicas	<input type="checkbox"/> Recuperação da função no receptor
<input type="checkbox"/> Incompatibilidade anatomica	<input type="checkbox"/> Outro (descreva):
Relacionado a Equipe (Marque com "x")	
<input type="checkbox"/> Equipe indisponível	<input type="checkbox"/> Equipe e/ou estabelecimento com credenciamento vencido
<input type="checkbox"/> Equipe não respondeu em 1 hora	<input type="checkbox"/> Descarte do órgão no implante Justificar:
<input type="checkbox"/> Outro (descreva):	

OUTRAS INFORMAÇÕES:

- 1) A manutenção e atualização das informações sobre os potenciais receptores inscritos para a realização de transplantes é de responsabilidade da equipe especializada a qual o inscreveu (Portaria 2600/2009, Art. 29, § 1º).
- 2) Potenciais receptores inscritos para transplante de órgãos, que acumularem 365 dias no *status* semiativo serão removidos automaticamente pelo sistema, podendo ocorrer remoção em menor/maior tempo, de acordo com particularidades de cada órgão.
- 3) Este Termo de Recusa de Rim deverá ser preenchido para cada potencial receptor contemplado no ranking da oferta e deverá ser fidedigno nas informações, conforme cada individualidade.
- 4) Este Termo de Recusa deverá ser preenchido, assinado e carimbado e enviado para Central Estadual de Transplantes no prazo máximo de 48 horas, seguindo o fluxo estabelecido.

Hospital _____

Assinatura e carimbo do médico

Central Estadual de Transplantes de Goiás (CET-GO)
Rua 94 nº 188 – Setor Sul. Goiânia-GO. 74083-105
Telefone para contato: (62)3201-6025 / (62)32012200 / (62)32013961
e-mail: transplantes.saude@goias.gov.br