**TERMO DE DEVOLUÇÃO DE CÓRNEA**

|  |
| --- |
| **RGCT: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Iniciais do Doador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Olho: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Data da Oferta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hora:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  |

|  |
| --- |
| **RGCT: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Receptor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Hospital: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Equipe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Médico Responsável:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

**MOTIVO DA DEVOLUÇÃO**

|  |
| --- |
| ( ) Falta de condições clínicas no momento ( ) Falta de insumos/medicação( ) Indisponibilidade do Centro Cirúrgico ( ) Não comparecimento do paciente( ) Outros:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( ) Descrição do evento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. |

**HOUVE CONTROLE DE TEMPERATURA:**

|  |
| --- |
| ( ) Sim (Tirar cópia do mapa de temperatura) ( ) Não |

**DEVOLUÇÃO POR TECIDO NÃO CONFORME:**

|  |
| --- |
| ( ) Mudança da cor do meio ( ) Contaminação do tecido( ) Acidente na trepanação ( ) Outros:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**OUTRAS INFORMAÇÕES:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**OBS: Conforme a portaria nº 2600, de 21 de outubro de 2009**

**Art. 112.** Parágrafo único. Havendo perda da qualidade ou mesmo perda do tecido ocular devido à demora excessiva da equipe em utilizá-lo, esta deverá enviar justificativa por escrito, podendo ocorrer suspensão e/ou cancelamento da autorização para a realização de transplante de córnea, emitida pelo Ministério da Saúde.

**Anexo XII, item 5 - No caso de não utilização da córnea ou da esclera no receptor para o qual o tecido foi destinado, o profissional transplantador deverá devolvê-lo imediatamente ao Banco de Tecidos Oculares, obedecendo às exigências para transporte referidas no item 5.13 (Identificação, Acondicionamento e Transporte da Córnea e da Esclera Liberadas), acompanhado da justificativa documentando por escrito a devolução.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_\_)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Assinatura do médico e Carimbo**

|  |
| --- |
| **RECEPÇÃO DA DEVOLUÇÃO DA CÓRNEA – USO EXCLUSIVO CET-GO** |
| NOME DO PLANTONISTA: |
| DATA DO RECEBIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HORÁRIO:\_\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_ INFORMOU SIG: **□ sim □ não** |