

TERMO DE RECUSA DE CÓRNEA

RGCT:		Iniciais do doador:	
Idade:	Data da Oferta:	Hora:	
Lateralidade da córnea			
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 Tecido (Marque com "x")	
() Alterações morfológicas	() Contaminação do Tecido
() Lesão no tecido	() Preservação inadequada
() Relacionado a idade	() meio de preservação
() Relacionado a qualidade do tecido	() validade do tecido
() Outro (descreva):	

Relacionado ao receptor (Marque com "x")	
() Receptor distante	() Receptor com exames incompletos/sem exames
() Receptor não localizado	() Receptor sem condições clínicas
() Mudança de convênio/ sus	() Melhora clínica do receptor
() Sorologia positiva	() Transplantes com outro doador
() Receptor recusou	() Outro (descreva):

Relacionado a Equipe
(Marque com "x")

<input type="checkbox"/> Equipe descredenciada	<input type="checkbox"/> Equipe e/ou estabelecimento com credenciamento vencido
<input type="checkbox"/> Equipe não respondeu em 1 hora	<input type="checkbox"/> Outro (descreva):
<input type="checkbox"/> Equipe não disponível/cirurgia conjugada	<input type="checkbox"/> Equipe não localizada
<input type="checkbox"/> Equipe não disponível/congresso	<input type="checkbox"/> Equipe não disponível/férias

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 Córneas 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 via e-mail para Central Estadual de Transplantes no momento da recusa.

Hospital _____

Assinatura e carimbo do médico