



**NOTIFICAÇÃO DE POSSÍVEL MORTE ENCEFÁLICA**

Esse documento deverá ser preenchido integralmente, com letra legível e sem rasuras, em **todas as situações que houver paciente em Coma Glasgow 3** e ausência de pelo menos 01 reflexo de tronco. Após preenchimento, deve ser informado imediatamente a CET e-mail: **captacaomt@ses.mt.gov.br** Fone: 65 9 99835974 (24h). A CET passará a acompanhar o manejo do paciente até a determinação do diagnóstico, de acordo com a Resolução CFM nº 2.173/2017. **A notificação independe da possibilidade de doação de órgãos e/ou tecidos.**

**DADOS DA IDENTIFICAÇÃO**

Paciente: \_\_\_\_\_  
 Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino  
 Data de Internação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_ Setor: \_\_\_\_\_  
 Documento de Identificação: ( ) CNS ( ) CPF: Nº \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_  
 Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
 Familiar responsável: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

**DADOS CLÍNICOS**

**Diagnóstico principal  
(causa da internação hospitalar)**

<b>AVC:</b> ( ) isquêmico ( ) hemorrágico	( ) Ferimentos por armas: Qual: _____
<b>Tumor cerebral</b> ( )	( ) Encefalopatia Hipóxica Isquêmica
<b>TCE:</b> ( ) por acidente de trânsito ( ) outras causas: _____	( ) Anóxia Cerebral
	( ) Outras causa: _____

Causa do Coma Glasgow 3: \_\_\_\_\_  
 Confirmação: ( ) TC ( ) RM ( ) Angiografia ( ) DTC ( ) Liquor ( ) EEG  
 ( ) Outro: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_

**Uso de Sedação** ( ) sim ( ) não Qual: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_  
 Comunicado à Família sobre a possível Morte Encefálica: ( ) sim ( ) Não  
 Médico Notificador: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_  
 Hospital: \_\_\_\_\_ Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo do Médico Notificador

**DADOS DA CENTRAL DE TRANSPLANTES**

Notificação: ( ) Busca Ativa ( ) Espontâneo ( ) In Loco Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_  
 Envio do Termo de Declaração de ME: ( ) Sim ( ) Não Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_  
 Observação: \_\_\_\_\_  
 Registrado na CET/SIG: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_ RGCT: \_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo do Técnico Responsável