SES
SECRETARIA DE
ESTADO DE SAÚDE

COORDENADORIA DE TRANSPLANTES/SUREG/SAREG/SES-MT
Rua Comandante Costa, Nº 1.262, Centro-Sul, CEP: 78.020-400, Cuiabá-MT
Fone: 65 3317 3215
E-mail: captacaomt@ses.mt.gov.br

VALIDAÇÃO DO POTENCIAL DOADOR

Data:	Hora:	Telefone:	Falar com:		
Hospital:		Unidade:	Leito:		
PD:			D.N.:	RGCT:	
Familiar Acompanhante:			Parentesco:		
Sexo: ( ) M ( )F	Cor:	ABO (RH):	Peso: kg	Altura: cm	Perímetro Tórax: cm
PA: mmHg	T: °C	FC: bcpm	Diurese em 24hs:		Diurese: ml/kg/hora

Causa Morte Encefálica e Evolução clínica: História e Evolução clínica (incluir Doenças Autoimune, Neoplasias, Aneurismas, AVC's, IAM's, trauma abdominal / torácica / face, lesões de órgãos internos, cirurgias realizadas, presença de drenos, etc.).

Data Internação:	UTI:	Data Intubação:

EVENTOS:	NÃO	SIM	SE RESPOSTA "SIM" COMPLETAR ABAIXO (Obrigatório)			
Hemoterapia:			( ) CH	( ) PFC	Total transfundido: ml	
			( ) PQT	( ) CRIO	Data da Última transfusão:	
Parada cardíaca:			Data:	Duração:	Desfibrilação: ( ) SIM ( ) NÃO	Drogas usadas:
Choque:			Tipo:		Data de controle:	
Fraturas/ Trauma/ Infecção:			Local:			
Lesões de mucosas:			Local:			
Alterações cutâneas:			Local:			
Nódulos Linfáticos aumentados :			Causa:			
Alterações visíveis em algum órgão:			Local:			
Infecção:			Local:			
Antibiótico:			1 º ATB		Dose:	Data de início:
			2 º ATB		Dose:	Data de início:
Drogas vasoativas:			( ) Dopamina _____ mcg/Kg/min		( ) Noradrenalina _____ mcg/Kg/min	
			( ) Vasopresina _____ UL/min		( ) mcg/Kg/min	

Informações relevantes :	Cabeça:	
	Tronco/ quadril:	
	MMSS:	
	MMII:	

EVOLUÇÃO DOS PARÂMETROS LABORATORIAIS (Resultados de início de internação e atuais)

Data:				Data:			
HB				TGO (ASTL)			
HT				TGP (ALT)			
GB				Fos Alc			
PLTS				GamaGT			
Uréia				Bil Total			
Creat				Bil Direta			
Na				FiO2			
K				Ph			
Glic				PO2			
CPK				PCO2			
CK-MB				SatO2			
Amilase				**Creatinina de entrada**			

SES
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

COORDENADORIA DE TRANSPLANTES/SUREG/SAREG/SES-MT
Rua Comandante Costa, Nº 1.262, Centro-Sul, CEP: 78.020-400, Cuiabá-MT
Fone: 65 3317 3215
E-mail: captacaomt@ses.mt.gov.br

EXAMES DE IMAGEM	
RX Tórax	ECG
ECO	Cateterismo
OUTROS EXAMES	

TRIAGEM CLÍNICA E SOCIAL				
ANTECEDENTES	**NÃO**	**SIM**	**DETALHES**	
Diabetes Mellitus			( ) Paciente	Tempo de diagnóstico:
			Medicação:	
			( ) No Pai	( ) Na Mãe
DPOC			Tipo:	Tempo de diagnóstico:
HAS			Tempo de diagnóstico:	Medicações de uso contínuo:
História de neoplasia no paciente			Tipo:	Tempo de cura:
Cicatrizes ou incisão cirúrgicas anteriores			Local:	Causa:
Vacinas nos últimos 12 meses			Qual:	
Viagem para fora do Estado ou Pais no últimos 12 meses			Quando:	
			Onde:	
Hemodiálise			( ) no potencial doador	( ) no parceiro sexual
			Data do último procedimento:	
Piercing			Descrição do local:	Há quanto tempo:
Tatuagem			Descrição do local:	Há quanto tempo:
Culturas - Anteriores ao protocolo			Se Sim: ENVIAR LAUDOS PARA CET-MT	
Culturas - Após abertura de Protocolo			Data da coleta:	Quais:

Drogas Injetáveis: ( ) Não ( )Sim	Drogas Inalatórias: ( ) Não ( ) Sim	Álcool: ( ) Não ( )Sim	Tabagista: ( ) Não ( ) Sim
Qual:	Qual:	Quantidade:	Quantidade:

RESULTADOS DE SOROLOGIAS			
TIPO	**RESULTADO**	**TIPO**	**RESULTADO**
CHAGAS		HIV	
Anti-HCV		HTLV I-II	
HbS-Ag		Toxoplasmose	
Anti-HBs		Citomegalovirus	
Anti-HBc		VDRL	

CONCLUSÃO

( ) RECUSA FAMILIAR – MOTIVO:_____

( ) CONTRAINDICAÇÃO – MOTIVO:_____

( ) PC – Dia: ____/____/_____ **Hora:**____:_____

( ) NÃO CONCLUÍDO/LOGISTICA E ESTRUTURA – MOTIVO: _____

( ) DOADOR VALIDADO – ELEGÍVEL PARA RETIRADA DE ÓRGÃOS

Profissional Responsável/Assinatura e Carimbo