



NOTIFICAÇÃO DE DOADOR DE TECIDO OCULAR			
Data:	Hora:	Entrevistador:	
Local: () Hospital:		() DMML	
Nome do PD:		Idade:	
TRIAGEM CLÍNICA E SOCIAL		NÃO	SIM
1. Você tem receio, ou não saberia responder perguntas pessoais sobre o doador?			
2. Nos últimos 28 dias o doador apresentou sintomas de infecção por COVID-19: tosse, febre, cansaço, dor de cabeça, dores no corpo, dificuldade para respirar, dor de garganta, coriza ou dificuldade de deglutir?			
3. Doador teve contato com pessoa diagnosticada por COVID-19 nos últimos 14 dias?			
4. Doador é portador de hepatite B, C, HIV, HTLV I e II			
5. Doador com infecção sistêmicas não controlada no momento do óbito (bacteriana, viral, fúngica ou parasitária)?			
6. Doador possui histórico de:			
- Cirurgia de Lasik (correção de miopia)			
- Transplante com dura-máter; - Transplante de órgão, xenotransplante (órgão/tecido de origem animal).			
- Neurocirurgia por motivo desconhecido			
- Síndrome Reye; Retinoblastoma; Raiva; Rubéola congênita			
- Neoplasias hematológicas (Leucemia, Mieloma múltiplo, Linfoma)			
- Tumores Malignos no segmento anterior do olho			
- Tratamento com agentes imunossupressores por ocasião do óbito			
- Tumores Malignos no segmento anterior do olho			
- Melanoma			
- Portador de demência progressiva rápida ou doença neurodegenerativa de causa desconhecida			
- Tratamento com agentes imunossupressores ou HORMÔNIO DE CRESCIMENTO por ocasião do óbito			
NOS ÚLTIMOS 12 MESES			
7. Esteve exposto ou foi contaminado com alguma substâncias tóxica?			
8. Recebeu algum tipo de vacina ou reforço?			
9. Realizou tatuagem, acupuntura, maquiagem definitiva, adereços corporais ou fez retoques?			
10. Submetido a transplante de tecido			
11. Identificado pela família algum comportamento de risco * para transmissão de doenças (OBS: Drogas ilícitas: somente as injetáveis)			
CONCLUSÃO E CONTRAINDICAÇÃO ABSOLUTA se houver resposta "SIM" para qualquer dos itens acima			
ATENÇÃO: COMPORTAMENTO DE RISCO: São práticas que aumentam o risco de contrair uma infecção sexualmente transmissível (IST), como: prostituição, uso de drogas ilícitas INJETÁVEIS, vítima de violência sexual, sexo com múltiplos parceiros sem proteção, ter ficado preso por mais de 72h, parceiro de portadores de HIV, hepatite B e C ou doenças sexualmente transmissíveis.			

Entrevistador: _____

(Carimbo e assinatura)

TRIAGEM FÍSICA DO DOADOR

Nome do Doador: _____ Idade: _____

Data da Avaliação: _____ Hora da Avaliação: _____

1) Item avaliação da face. Assinale os achados com: X

1a) () Presença de hematoma: () OD () OE b) () Presença de traumas: () OD () OE

1c) () Outros achados:

1d) () NENHUMA OBSERVAÇÃO NA FACE A SER RELATADA.

2) Item avaliação macroscópica dos globos. Assinale os achados com: X

2a) () Presença de infecção () OD () OE 2b) () Presença de pterígio () OD () OE

2c) () Evidência de cirurgia () OD () OE

2d) () Outros achados:

2e) () NENHUMA OBSERVAÇÃO NOS GLOBOS OCULARES A SER RELATADA.

3) Item avaliação de corpo. Assinale os achados com: X

3a) () Hepatomegalia. 3b) () Icterícia 3c) () Desnutrição 3d) () Linfadenopatia

3e) () Lesão de pele tipo:

3f) () Outros achados:

3g) () NENHUMA OBSERVAÇÃO NO CORPO A SER RELATADA.

4) Assinale os achados com X e marque o número no achado correspondente ao local do corpo.

1) () Edemas 8) () Lesões genitais, anais ou perianais:

2) () Hematomas 9) () Tatuagem

3) () Fraturas expostas 10) () Abscessos

4) () Incisões cirúrgicas 11) () Úlceras de pele

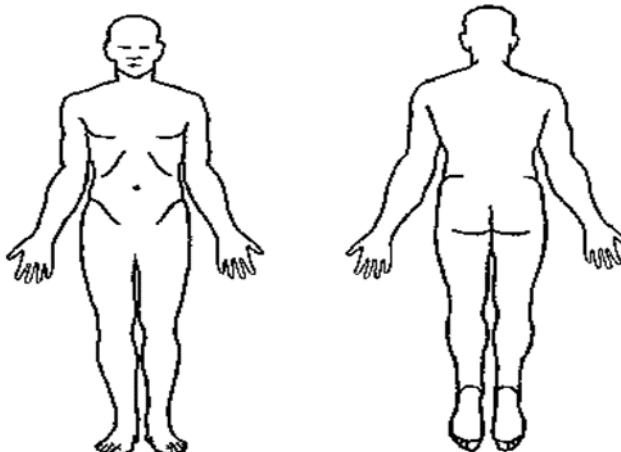
5) () Lesões por esmagamento 12) () Cicatrizes antigas

6) () Orifício por perfuração de arma 13) () Piercing

7) () Marcas de uso de drogas injetáveis 14) () Outros achados

15) () NENHUMA OBSERVAÇÃO NO CORPO A SER RELATADA.

5) Condições de acondicionamento do corpo: () temperatura ambiente () sob refrigeração.



Assinatura e carimbo do avaliador: _____