BANCO DE OLHOS DE CUIABÁ
Rua general Ramiro de Noronha, 453 - Jardim Cuiabá
Fone (65) 3027-9968 / 3027-9999
Email: btocuiaba@gmail.com

RELATÓRIO DE ENUCLEAÇÃO

Nome do doador:_____

Local de Captação:_____

Data da enucleação:_____/_____/_____ **Hora Enucleação**:____:____

Amostra Sanguínea Coletada? Sim ( ) Não ( ) **Local de coleta de amostra sanguínea**: _____

Tipo de operação: ( ) Enucleação Bilateral ( ) Enucleação Unilateral: ( ) globo direito ( ) globo esquerdo

DESCRIÇÃO DA ENUCLEAÇÃO

1. Cadáver em decúbito dorsal anterior;
2. Realizado assepsia e antissepsia em face;
3. Posicionamento de campos cirúrgicos estéreis;
4. Blefarostose;
5. Hidratação de globos oculares com água destilada;
6. Abertura conjuntival 360 graus perilimbar e desprendimento escleral;
7. Ressecção músculo reto superior, inferior, lateral e reto medial;
8. Desprendimento nervo óptico retrobulbar (+- 3 mm);
9. Ressecções dos músculos oblíquos superior/inferior
10. Desprendimento e retirada globo ocular;
11. Preenchimento de cavidade orbitária com algodão;
12. Colar pálpebra com éster de cianoacrilato (super bonder)
13. Instilar em cada globo ocular 20 ml de sf 0,9%;
14. Acondicionamento dos globos oculares em câmara úmida;
15. Instilação de colírio antibiótico;
16. Identificação dos frascos;
17. Armazenamento de globos em caixa térmica com gelox.
18. Encaminhamento dos globos oculares para preservação.

_____

Profissional Responsável pela Enucleação
Assinatura e Carimbo