



RELATÓRIO DE RETIRADA DE RINS

Hospital _____ Cidade _____
Nome do Doador _____
RGCT _____ Data de Retirada ____/____/____
Cirurgião _____ 1º auxiliar _____
Anestesista _____
Coordenador de Sala _____

Diagnóstico pré-operatório: *Morte encefálica – doador de órgãos*

- Início da cirurgia _____ h
- Paciente em decúbito dorsal sob anestesia
- Degermação + Antissepsia + Colocação de campos estéreis
- Laparotomia mediana + ampliação lateral + esternotomia
- Canulação de artéria infra-renal
- Heparinização
- Clampeamento da aorta supra ilíaca: Data: ____/____/20____ Hora: ____:____ h
- Perfusão com _____, _____ ml na AORTA
- Lote _____ Validade _____
- Horário de retirada rins **D** ____:____ **E** ____:____ h, com pedículos vasculares + ureter longo + enxertos de vasos ilíacos
- Retirado linfonodos + fragmento de baço
- Fechamento em plano único
- Perfusão em bancada e acondicionamento do órgão, separadamente conforme protocolo estadual, com a solução de preservação*: _____: Volume usado _____ ml
- Lote _____ Validade _____
- ***OBS.: SE FOR USADO EUROCOLLINS, REGISTRAR DADOS ABAIXO:**
- Solução de glicose 3,57%: Lote: _____ Validade: _____
- Solução de Eletrólito: Lote: _____ Validade: _____
- Término da cirurgia: _____ h
- Obs.: () Ausência de visceromegalias ou sinais de câncer no doador.
- **CIRURGIÃO CONFERIU:**
- () **ÓRGÃO ACONDICIONADO NAS 4 EMBALAGENS ESTÉREIS E LACRADOS**
- () **ETIQUETA DE LATERALIDADE CORRETAMENTE PREENCHIDA**
- () **ACONDICIONAMENTO DOS RINS E LINFONODOS NAS CAIXAS TÉRMICAS**
- () **IDENTIFICAÇÃO EXTERNA DA CAIXA TÉRMICA (SNT)**
- () **LACRE EXTERNO DA CAIXA TÉRMICA**
- () **ACONDICIONAMENTO DOS LINFONODOS**

Intercorrências _____

Achados anatômicos

a. **Rim Direito** () total de artéria(s) () total de veia (s) () total de ureter (es)

Qualidade da perfusão _____
() Nódulos _____ () Cistos _____
() Placas ateromatose _____
Outras alterações _____

b. **Rim Esquerdo** () total de artéria (s) () total de veia (s) () total de ureter (es)

Qualidade da perfusão _____
() Nódulos _____ () Cistos _____
() Placas ateromatose _____
Outras alterações _____

Assinatura e carimbo do médico responsável pelo preenchimento _____