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: transplantemt@ses.mt.gov.br

ATA DO PROCESSO DOAÇÃO/TRANSPLANTE	
PD:	RGCT:
Causa Morte:	Hospital de retirada:
Hospital Notificador:	
Nome do Responsável:	
ContatoTelefônico:	Parentesco:( ) Mãe ( ) Filho ( ) Cônjuge ( ) Outros ( )

CHECK LIST DE DOCUMENTOS	
1. Documentos relacionados a comprovação da ME:	
2. Documentação relacionados a Autorização Familiar;	
3. Laudos dos Exames: ABO e Sorologia	
4. Relatórios de Retirada de Órgãos e Tecidos	
5. Morte por causa externa - Guia de Encaminhamento ao IML ( ) + Boletim de Ocorrência do Óbito ( )	

CHECK LIST DE ATIVIDADES					
Notificação	**Data:**___/___/____ ____:_____	**Conclusão do Protocolo**	**Data:**___/___/____ ____:_____	**Tempo**	
Entrevista	**Data:**___/___/____ ____:_____	**Validação do doador**	**Data:**___/___/____ ____:_____	**Tempo**	
Agendamento da cirurgia pela CIHDOTT/ CET	**Data:**___/___/____ ____:_____	**Necessidade de transferência do P. D.**	**( ) SIM ( ) NÃO** **Data:**___/___/____ ____:_____	**Tempo**	
Início de Retirada	**Data:**___/___/____ ____:_____	**Clanpeamento da Aorta**	____:_____	**Tempo**	
Clampeamento da Suprailíaca	____:_____	**Fim de Retirada**	**Data:**___/___/____ ____:_____	**Tempo**	
Coordenador de centro cirúrgico:		**Entrega do corpo a família:**	**Horário**____:_____ **Responsável:**	**Tempo**	

Intercorrências: ( ) SIM ( ) NÃO
Qual:_____
_____

RETIRADA/IMPLANTE DOS ÓRGÃOS E TECIDOS

ÓRGÃOS E TECIDOS RETIRADOS	DADOS SOBRE A RETIRADA/AVALIAÇÃO DO ÓRGÃO E / OU TECIDO					ÓRGÃOS IMPLANTADOS		
	HORÁRIO PERFUSÃO	ALTERAÇÕES MORFOLÓGICAS	INSTITUIÇÃO/ EQUIPE RESPONSÁVEL	BIÓPISA	INSTITUIÇÃO	HORÁRIO	INSTITUIÇÃO	DATA
CORAÇÃO								
FÍGADO								
RIM E								
RIM D								
PÂNCREAS								
PULMÃO								
OUTROS:								
CÓRNEAS								
OUTROS TECIDOS :								

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: transplantemt@ses.mt.gov.br