

TERMO DE DECLARAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA (Resolução CFM 2.173/2017)									
Uma vez constatada a morte encefálica, cópia deste Termo de Declaração deverá ser enviado ao órgão de controle Estadual (Lei 9.424/97 e Dec. 9.175/17).									
Hospital:						CNES:			
Município:				Registro Hospitalar:					
Paciente:						Nascimento: ____/____/____			
Filiação		Pai:							
		Mãe:							
() RG () CPF Nº:				Sexo: () M () F					
Causa do Coma		Diagnóstico Principal:				CID:			
		Diagnóstico Secundário:				CID:			
Confirmação	() TC () RM () Angiografia () DTC () Liquor () EEG () Outro: _____								
PRÉ-REQUISITOS								SIM	NÃO
Presença de lesões encefálicas de causa conhecida, irreversível e capaz de causar a morte encefálica?									
Ausência de causas tratáveis que possam confundir o diagnóstico de morte encefálica?									
Tratamento e observação hospitalar ≥ 6 horas ou ≥ 24 horas em encefalopatia hipóxico-isquêmica?									
Temp. corporal >35°C + SaO ₂ 94% + PAS ≥ 100 mmHg ou PA média ≥ 65 mmHg ou pela faixa etária (<16 anos)?									
Ausência de hipotermia (T<35,0°C)?									
Ausência de drogas depressoras do SNC ou de bloqueadores neuromusculares?									
A) 1º EXAME CLÍNICO									
Data:	Hora:	Saturação:	%	PA:	mmHg	T:	°C		
COMA NÃO PERCEPTÍVEL? () SIM () NÃO									
Exame neurológico (exames dos reflexos)									
DIREITO		SIM	NÃO	NT	ESQUERDO		SIM	NÃO	NT
Pupila fixa e arreativa					Pupila fixa e arreativa				
Ausência de reflexo córneo-palpebral					Ausência de reflexo córneo-palpebral				
Ausência de reflexo óculo-cefálico					Ausência de reflexo óculo-cefálico				
Ausência de reflexo vestibulo-calórico					Ausência de reflexo vestibulo-calórico				
Ausência de reflexo da tosse		SIM () NÃO ()							
Justifique motivo de Não Testado (NT) reflexo:									
MÉDICO:				ASSINATURA IDENTIFICADA:				CRM:	
B) TESTE DE APNÉIA									
Data:	Hora:	Saturação:	%	PA:	mmHg	T:	°C		
PaCO ₂ Inicial (pré teste):				PaCO ₂ Final (pós teste):					
PaO ₂ Inicial (pré teste):				PaO ₂ Final (pós teste):					
AUSÊNCIA DE MOVIMENTOS RESPIRATÓRIOS COM PaCO ₂ > 55 MMHG? SIM () NÃO ()									
MÉDICO:				ASSINATURA IDENTIFICADA:				CRM:	
C) 2º EXAME CLÍNICO									
Data:	Hora:	Saturação:	%	PA:	mmHg	T:	°C		
COMA NÃO PERCEPTÍVEL? () SIM () NÃO									
Exame neurológico (exames dos reflexos)									
DIREITO		SIM	NÃO	NT	ESQUERDO		SIM	NÃO	NT
Pupila fixa e arreativa					Pupila fixa e arreativa				
Ausência de reflexo córneo-palpebral					Ausência de reflexo córneo-palpebral				
Ausência de reflexo óculo-cefálico					Ausência de reflexo óculo-cefálico				
Ausência de reflexo vestibulo-calórico					Ausência de reflexo vestibulo-calórico				
Ausência de reflexo da tosse		SIM () NÃO ()							
Justifique motivo de Não Testado (NT) reflexo:									
MÉDICO:				ASSINATURA IDENTIFICADA:				CRM:	
D) EXAME COMPLEMENTAR									
Data:	Hora:	Saturação:	%	PA:	mmHg	T:	°C		
TIPO DE EXAME		() DTC () EEG () Angiografia () Cintilografia () Outro:							
Ausência de perfusão sanguínea ou de atividade metabólica ou elétrica encefálica () SIM () NÃO									
MÉDICO:		ASSINATURA IDENTIFICADA:				CRM:			
						Anexar laudo de exame complementar			
Contatos para notificação e envio deste Termo				Fone: 65 9 9983 5974 (24H)			E-mail: captacaomt@ses.mt.gov.br		

E) OBSERVAÇÕES		verso - Termo de Declaração Morte Encefálica																	
Coma não perceptivo: Estado de inconsciência permanente com ausência de resposta motora supraespinhal a qualquer estimulação, particularmente dolorosa intensa em região supraorbitária, trapézio e leito ungueal dos quatro membros. A presença de atitude de descebração ou decorticação invalida o diagnóstico de ME. Poderão ser observados reflexos tendinosos profundos, movimentos de membros, atitude em opistótono ou flexão do tronco, adução/elevação de ombros, sudorese, rubor ou taquicardia, ocorrendo espontaneamente ou durante a estimulação. A presença desses sinais clínicos significa apenas a persistência de atividade medular e não invalida a determinação de ME.																			
Ausência de reflexos de tronco cerebral:																			
Ausência do reflexo fotomotor – as pupilas deverão estar fixas e sem resposta à estimulação luminosa intensa (lanterna), podendo ter contorno irregular, diâmetros variáveis ou assimétricos.																			
Ausência de reflexo córneo-palpebral – ausência de resposta de piscamento à estimulação direta do canto lateral inferior da córnea com gotejamento de soro fisiológico gelado ou algodão embebido em soro fisiológico ou água destilada.																			
Ausência do reflexo óculo-cefálico – ausência de desvio do(s) olho(s) durante a movimentação rápida da cabeça no sentido lateral e vertical. Não realizar em pacientes com lesão de coluna cervical suspeitada ou confirmada.																			
Ausência do reflexo vestibulo-calórico – ausência de desvio do(s) olho(s) durante um minuto de observação, após irrigação do conduto auditivo externo com 50 a 100 ml de água fria ($\pm 5^{\circ}\text{C}$), com a cabeça colocada em posição supina e a 30° . O intervalo mínimo do exame entre ambos os lados deve ser de três minutos. Realizar otoscopia prévia para constatar a ausência de perfuração timpânica ou oclusão do conduto auditivo externo por cerume.																			
Ausência do reflexo de tosse – ausência de tosse ou bradicardia reflexa à estimulação traqueal com uma cânula de aspiração.																			
OBS: Na presença de alterações morfológicas ou orgânicas, congênitas ou adquiridas, que impossibilitam a avaliação bilateral dos reflexos fotomotor, córneo-palpebral, óculo-cefálico ou vestibulo-calórico, sendo possível exame em um dos lados, e constatada ausência de reflexos do lado sem alterações morfológicas, orgânicas, congênitas ou adquiridas, dar-se-á prosseguimento às demais etapas para determinação de ME. A causa dessa impossibilidade deverá ser fundamentada no prontuário.																			
Na repetição do exame clínico (segundo exame) por outro médico será utilizada a mesma técnica do primeiro exame. Não é necessário repetir o teste de apneia quando o resultado do primeiro teste for positivo (ausência de movimentos respiratórios na vigência de hipercapnia documentada). O intervalo mínimo de tempo a ser observado entre 1º e 2º exame clínico é de uma hora nos pacientes com idade igual ou maior a dois anos de idade. Nas demais faixas etárias, esse intervalo é variável, devendo ser observada a seguinte tabela:																			
Faixa etária		Intervalo mínimo (horas)																	
7 dias (recém-nato à termo) até 2 meses incompletos		24																	
De 2 a 24 meses incompletos		12																	
Mais de 24 meses		1																	
Teste de Apneia																			
A realização do teste de apneia é obrigatória na determinação da ME. A apneia é definida pela ausência de movimentos respiratórios espontâneos, após a estimulação máxima do centro respiratório pela hipercapnia (PaCO_2 superior a 55 mmHg). A metodologia proposta permite a obtenção dessa estimulação máxima, prevenindo a ocorrência de hipóxia concomitante e minimizando o risco de intercorrências.																			
Na realização dos procedimentos de determinação de ME os pacientes devem apresentar temperatura corporal (esofágica, vesical ou retal) superior a 35°C , saturação arterial de oxigênio acima de 94% e pressão arterial sistólica maior ou igual a 100 mmHg ou pressão arterial média maior ou igual a 65 mmHg para adultos, ou conforme a tabela a seguir para menores de 16 anos:																			
<table><tr><th rowspan="2">Idade</th><th colspan="2">Pressão Arterial</th></tr><tr><th>Sistólica (mmHg)</th><th>PAM (mmHg)</th></tr><tr><td>Até 5 meses incompletos</td><td>60</td><td>43</td></tr><tr><td>De 5 meses a 2 anos incompletos</td><td>80</td><td>60</td></tr><tr><td>De 2 anos a 7 anos incompletos</td><td>85</td><td>62</td></tr><tr><td>De 7 a 15 anos</td><td>90</td><td>65</td></tr></table>			Idade	Pressão Arterial		Sistólica (mmHg)	PAM (mmHg)	Até 5 meses incompletos	60	43	De 5 meses a 2 anos incompletos	80	60	De 2 anos a 7 anos incompletos	85	62	De 7 a 15 anos	90	65
Idade	Pressão Arterial																		
	Sistólica (mmHg)	PAM (mmHg)																	
Até 5 meses incompletos	60	43																	
De 5 meses a 2 anos incompletos	80	60																	
De 2 anos a 7 anos incompletos	85	62																	
De 7 a 15 anos	90	65																	
Técnica.																			
- Ventilação com FiO_2 de 100% por, no mínimo, 10 minutos para atingir PaO_2 idealmente, igual ou maior a 200 mmHg e PaCO_2 entre 35 e 45 mmHg.																			
- Instalar oxímetro digital e colher gasometria arterial inicial (idealmente por cateterismo arterial). - Desconectar ventilação mecânica.																			
- Estabelecer fluxo contínuo de O_2 por um cateter intratraqueal ao nível da carina (6 L/min), ou tubo T (12 L/min) ou CPAP (até 12 L/min + até 10 cm H_2O). - Observar a presença de qualquer movimento respiratório por oito a dez minutos. Prever elevação da PaCO_2 de 3 mmHg/min em adultos e de 5 mmHg/min em crianças para estimar o tempo de desconexão necessário. - Colher gasometria arterial final. - Reconectar ventilação mecânica.																			
Interrupção do teste.																			
Caso ocorra hipotensão (PA sistólica < 100 mmHg ou PA média < que 65 mmHg), hipoxemia significativa ou arritmia cardíaca, deverá ser colhida uma gasometria arterial e reconectado o respirador, interrompendo-se o teste. Se o PaCO_2 final for inferior a 56 mmHg, após a melhora da instabilidade hemodinâmica, deve-se refazer o teste.																			
Interpretação dos resultados.																			
- <u>Teste positivo</u> (presença de apneia) – PaCO_2 final superior a 55 mmHg, sem movimentos respiratórios, mesmo que o teste tenha sido interrompido antes dos dez minutos previstos. - <u>Teste inconclusivo</u> – PaCO_2 final menor que 55 mmHg, sem movimentos respiratórios.																			
- <u>Teste negativo</u> (ausência de apneia) – presença de movimentos respiratórios, mesmo débeis, com qualquer valor de PaCO_2 . Atentar para o fato de que em pacientes magros ou crianças os batimentos cardíacos podem mimetizar movimentos respiratórios débeis.																			
Exame complementar: O diagnóstico de ME é fundamentado na ausência de função do tronco encefálico confirmado pela falta de seus reflexos ao exame clínico e de movimentos respiratórios ao teste de apneia. É obrigatória a realização de exames complementares para demonstrar, de forma inequívoca, a ausência de perfusão sanguínea ou de atividade elétrica ou metabólica encefálica e obtenção de confirmação documental dessa situação. A escolha do exame complementar levará em consideração a situação clínica e as disponibilidades locais, devendo ser justificada no prontuário. Os principais exames a ser executados em nosso meio são os seguintes:																			
Angiografia Cerebral; Eletroencefalograma; Doppler Transcraniano; Cintilografia, SEPCT Cerebral.																			
Um exame complementar compatível com ME realizado na presença de coma não perceptivo, previamente ao exame clínico e teste de apneia para determinação da ME, poderá ser utilizado como único exame complementar para essa determinação.																			