



SOLICITAÇÃO DE DOPPLER TRANSCRANIANO - DTC

(O exame de DOPPLER TRANSCRANIANO não é indicado para pacientes com: Idade inferior a 2 anos, Craniotomia, Derivação Ventricular ou Fratura craniana)

À CENTRAL ESTADUAL DE TRANSPLANTES		
NOME DO PD:		
SEXO: () M () F	DATA NASCIMENTO:	IDADE:
NOME DA MAE:		
CNS:		
PACIENTE COM SUSPEITA DE MORTE ENCEFÁLICA – Em protocolo de determinação do diagnóstico, realizado pelo menos 01 (um) teste clínico no Termo de Declaração de ME.		

PARA A REALIZAÇÃO DO EXAME O PACIENTE DEVERÁ APRESENTAR AS SEGUINTESS CONDIÇÕES HEMODINÂMICAS:

Temp. corporal $>35^{\circ}\text{C}$ + SaO_2 94% + PAS \geq 100 mmHg ou PA média \geq 65 mmHg ou de acordo com os parâmetros estabelecidos na Resolução - CFM 2.173/2017 para a faixa etária <16 anos.

Paciente apresenta condições hemodinâmicas viáveis? () Sim () Não
Instituídas medidas de controle e manutenção hemodinâmica? () Sim () Não

Justificativa de impossibilidade de realização do exame complementar pela Unidade Notificante:

Data: ____/____/____ Hora: ____:____ MÉDICO SOLICITANTE:

PARECER DA CET: EXAME AUTORIZADO? () NÃO () SIM SE SIM, HORÁRIO: ____:____
SE NÃO, JUSTIFICATIVA: