



INFORMAÇÃO DE STATUS DE CÓRNEA

Equipe Credenciada: _____

Receptor (Nome): _____

RGCT: _____ CPF: _____

RG: _____ Data de Nasc.: ____/____/____

Lateralidade: () OD () OE

Solicito a partir desta data a atualização do status do paciente acima para:

Ativo (Receptor preparado para o Transplante)

() Óptico () Tectônico

PRIORIZAÇÃO – URGÊNCIA

Descementocèle

Idade inferior a 7 (sete) anos e opacidade corneana bilateral

Olho perfurado

Retransplante após falência primária do enxerto (até 90 dias)

Úlcera de córnea sem resposta ao tratamento

Visão OD: _____ Visão OE: _____

Assinatura e Carimbo do Médico: _____ Data: ____/____/____

Ciência do Paciente: _____ Data: ____/____/____

Assinatura do Paciente/Responsável

Obs.: Todos os itens devem ser preenchidos, legível e sem rasura.

Atualizado Janeiro/2020