Governo do Estado de Mato Grosso
SES – Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta do Complexo Regulador
Superintendência de Regulação
Coordenadoria de Transplantes

FORMULÁRIO DE LIBERAÇÃO DE ESCLERA

RGCT do doador: _____ **Inicias doador:** _____

Data do Óbito	Data da Enucleação	Data Processamento	Data da Preservação
_____ / _____ / _____	_____ / _____ / _____	_____ / _____ / _____	/ _____ / _____
Hora	**Hora**	**Hora**	**Hora**
_____ : _____	_____ : _____	_____ : _____	_____ : _____

Tecido liberado para transplante:

( ) Esclera direita ( ) Esclera esquerda

Meio de preservação: _____ Data de Validade da esclera___/___/_____

Receptor:_____ Olho a ser operado: ( ) Direito ( ) Esquerdo

Médico:_____ Data da solicitação: ___/___/_____

_____ ___/___/_____ ____/____
Responsável pela liberação **Data** **Horas**
Assinatura e carimbo