RELATÓRIO DE PULMÃO

1. Identificação

Hospital_____ Cidade_____/SC
Nome do Paciente_____RGCT _____
Data do explante _____/_____/_____
Cirurgião_____1ºauxiliar_____
Anestesista_____
Coordenador de Sala (CET/SC)_____
Diagnóstico pré-operatório: *Morte encefálica – doador de órgãos*

2. Descrição da Operação

- Início da cirurgia _____h
- Paciente em decúbito dorsal sob anestesia geral.
- Degermação + Antissepsia + Colocação de campos estéreis
- Toracotomia transesternal mediana, pericardiotomia e exposição do PULMÃO.
- Inspeção do PULMÃO emitida primeira informação à equipe de implante sobre aspectos do PULMÃO e previsão do tempo de explante e tempo de transporte a fim de estabelecer estimativa do horário de chegada do PULMÃO do doador para a correta sincronização dos tempos da equipe de explante com a equipe de implante.
- Heparinização
- Clampeamento da aorta data: _____/____/20____ Hora: _____: _____h
- Infusão de solução gelada na raiz aórtica tipo
- Solução de perfusão usada: _____ Volume total usado _____ml
  Lote_____ Validade_____
- Remoção completa do PULMÃO do tórax do doador seguido de irrigação e lavagem com solução isotônica gelada.
- O órgão é novamente inspecionado, agora pós explante, acondicionado em triplo saco plástico e transferido para uma caixa térmica com gelo para o transporte.
- Fechamento do tórax sendo o primeiro plano a esternorrafia , e no segundo plano subcutâneo e pele.
- Acondicionamento do órgão conforme protocolo da equipe de retirada
- Término do procedimento _____h

3. Intercorrências

_____

_____

4. Achados cirúrgicos dignos de relato ou possíveis razões para suspensão do transplante

_____

_____

, assinatura/carimbo do enfermeiro coordenador de sala cirúrgica_____

_____

Médico responsável pelo preenchimento do relatório
Assinatura/carimbo

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SISTEMA NACIONAL DE TRANSPLANTES

ÓRGÃOS PARA **TRANSPLANTES**

CONTÉM: PULMÃO

ORIGEM: **DESTINO:**
RGCT DOADOR:
RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NO DESTINO:
ATENÇÃO – Clampeamento: Data / / 20___ Hora : h
TEMPO MÁXIMO DE ISQUEMIA FRIA: **6 h**

Obs.: O **"RGCT DOADOR"** deve ser solicitado a **CET/SC**
Por questões legais **não deve** ser registrado o nome do doador.