

ROTEIRO PARA GERENCIAMENTO DO PROTOCOLO PARA DIAGNÓSTICO DE MORTE ENCEFÁLICA- CET/SC

Nome paciente:

PRÉ-REQUISITOS PARA ABERTURA DO PROTOCOLO (RESOLUÇÃO DO CFM 2173/2017)

1. Presença de lesão encefálica de causa conhecida, irreversível e capaz de causar a morte encefálica
2. Ausência de causas tratáveis que possam confundir o diagnóstico de morte encefálica
3. Ausência de drogas depressoras do sistema nervoso central e de bloqueadores neuromusculares
4. Tratamento e observação hospitalar:
 - **≥6 horas** (outras causas)
 - **≥24 horas** para encefalopatia hipóxico-isquêmica, após a PCR ou após o reaquecimento da hipotermia
5. Temperatura: **CENTRAL** (Esófagiana OU retal) **ACIMA** de 35°C
6. Saturação: **ACIMA** de 94%
7. Pressão arterial:
 - **MAIORES DE 16 ANOS**: sistólica igual ou maior 100 mmhg “ou” pam igual ou maior 65 mmhg
 - **MENORES DE 16 ANOS**: Conforme a faixa etária: Vide tabela nas “*Orientações para preenchimento do termo de morte encefálica*”, na sequência desse roteiro

1 - AMOSTRAS DE SANGUE E ASPIRADO TRAQUEAL PARA COVID

sim Enf.

- a. Dúvidas sobre a coleta; Informações sobre o transporte/envio: Entrar em contato com o celular do plantão da CET/SC: (48) 99656-0036 ou 08006437474
- b. Coletar 4 tubos:
 - 1 tubo seco ou com gel: tampa amarela ou vermelha para **SOROLOGIA** - 8,5ml de sangue
 - 1 tubo tipo PPT-K: tampa perolada para **NAT** - 5ml de sangue
 - 2 tubos com EDTA: tampa roxa: para HLA e TIPAGEM SANGUÍNEA - 4ml de sangue cada
- c. **LOCAL DE COLETA**: acesso venoso **EXCLUSIVO** (local que **NÃO TENHA** infusões de soluções ou medicações)
- d. **CENTRIFUGAÇÃO DA AMOSTRA**: somente os tubos com **GEL** e com **PPT-K**. Realizar imediatamente após a coleta
- e. **IDENTIFICAÇÃO DE TODOS OS TUBOS**: é **OBRIGATÓRIA**; com as **ETIQUETAS PADRONIZADAS**, que estão em anexo. Letra legível e sem abreviações. Deve constar: **NOME COMPLETO DO PACIENTE /DATA DE NASCIMENTO**
- f. **REQUISIÇÃO para hemosc**: usar o modelo em anexo, preenchida e assinada por um médico.

→ **Paciente desconhecido: somente enviar amostras quando identificado**

- **AMOSTRA PARA COVID 19**: Seguir as orientações do “Protocolo de coleta para covid-19 em pacientes em investigação de morte encefálica” - Lacen/SC Transplantes, disponível no site <http://sctransplantes.saude.sc.gov.br>
Atenção: Requisição do cadastro do RT-PCR para COVID no GAL/LACEN

2. DOCUMENTAÇÃO E AÇÕES A SEGUIR

Sim Enf.

- **Notificação de abertura do protocolo Morte Encefálica**: preencher as informações solicitadas. Encaminhar para a CET/SC. Pode ir sendo atualizada durante todo o processo de diagnóstico.
- **Cálculo de Hemodiluição**: Preencher após a coleta das amostras de sangue.
- **Prescrição médica**: do dia de abertura do protocolo (início dos testes)

• Evoluções médicas/enfermagem: enviar para a CET/SC a de admissão hospitalar, do dia de abertura do protocolo de ME e todas que contenham informações relevantes da internação; história clínica do paciente; intervenções cirúrgicas, procedimentos, etc...;		
• TC crânio: enviar o laudo da TC de crânio que evidencia a injúria cerebral grave e irreversível que justifique a causa do coma/ME. Pré-requisito para abertura do protocolo ME. <u>TERMO DE MORTE ENCEFÁLICA</u> Respeitar os critérios estabelecidos pelo CFM (RESOLUÇÃO DO CFM 2173/2017) → sinais vitais conforme descritos no próprio Termo ME; → Carimbo e assinatura do médico em cada teste realizado; → <u>teste apnéia</u>: horário registrado no termo ME deve ser IGUAL ao horário da COLETA da amostra que consta no laudo da gasometria arterial pós teste apnéia (2ª gasometria) → intervalo entre as gasometrias arteriais pré e pós teste de apnéia recomendado pelo CFM é de 10 min e será tolerado um limite máximo de até 1h entre cada uma. → O teste de apnéia deve ser realizado por um médico que realizou um dos testes clínicos; → TESTE DE APNÉIA POSITIVO com PCO2 gaso pós teste: ACIMA DE 55 mmHg → Prova Gráfica: O LAUDO DESCRITIVO DO EXAME, deve constar: Data e hora do exame e assinatura do médico responsável		
• Conferir identificação do potencial doador com documento oficial, preferencialmente, com foto (RG, CNH, carteira de trabalho, etc)		
• BIOQUÍMICA: enviar os laudos da bioquímica de ADMISSÃO hospitalar, ou seja, do primeiro dia de internação.		
• BIOQUÍMICA DE ABERTURA DO PROTOCOLO: Sódio, potássio, uréia, creatinina, magnésio, cálcio, fósforo, TGO, TGP, gama-GT, Bilirrubina Total e Direta, TAP/RNI, Fosfatase Alcalina, Glicemia, Amilase, Lipase, Ck, CK-MB, Troponina, hemograma completo, gasometria arterial e venosa		
• Beta HCG: para mulheres em idade fértil		
• BIOQUÍMICA COMPLETA DO DIA DE ENCERRAMENTO DO PROTOCOLO.		
• CULTURAS: coletar no dia da ABERTURA do protocolo: URO, HEMOCULTURA, SECREÇÃO TRAQUEAL		
• Informações relevantes: enviar para a CET laudos de tomografias (tórax, abdome, região cervical, entre outras); USG e outros exames de imagem; laudo de biópsias realizadas; culturas realizadas durante a internação.		
• Roteiro Manutenção Potencial Doador e Acolhimento e Entrevista Familiar para Doação: instrumentos que auxiliam na condução do processo de investigação de ME. http://sctransplantes.saude.sc.gov.br		
• Se Doação será solicitado: → ECG e Ecocardiograma → Pacientes com idade IGUAL ou MENOR que 60 anos: Imagem do Rx Tórax feito á 45 graus e gasometria arterial específica (Adequar do ventilador: PEEP= 5 cm H₂O, Volume Corrente = 10 á 12 ml/Kg ("Peso ideal") e FIO2= 100%. Ventilar por 20m min e coletar a gasometria) → TRIAGEM DE POTENCIAL DOADOR PARA TECIDO OCULAR entre 2 e 70 anos: formulário onde consta um questionário sobre o histórico de saúde do paciente. "Um tópico com resposta sim exclui a doação de tecido ocular.		

3. ENVIAR PARA CET/SC IMEDIATAMENTE APÓS A ABERTURA DO PROTOCOLO		Sim	Enf.
• Notificação de abertura de protocolo para diagnóstico de morte encefálica, com o que tiver de informações			
• Termo de morte encefálica com os exames iniciados			
• TC de Crânio			
• Evoluções médicas e outros laudos de exames com informações relevantes para validação			
OBSERVAÇÃO FINAIS			
• Todos formulários listados nesse roteiro devem estar na CET/SC ANTES DA ENTREVISTA FAMILIAR para ser validado o potencial doador.			
• Verificar com a CET/SC as INFORMAÇÕES LOGÍSTICAS antes de iniciar a entrevista familiar			
• A entrevista familiar deve ser realizada somente após a: → compreensão do óbito pela família, e → validação do diagnóstico de morte encefálica e potencial doador, pelo médico da cet/sc			
1) DOAÇÃO MULTIORGÂNICA		SIM	Enf.
→ SOMENTE PARENTES COSANGUÍNEOS ATÉ 2º GRAU E CÔNJUGE (DECRETO PRESIDENCIAL 9175/17) → Conferir grau de parentesco com os documentos com foto, do DOADOR e do(s) AUTORIZANTE(S) → Preencher corretamente o Termo de Autorização Familiar conforme a idade, e coletar assinatura do(s) autorizante(s) e testemunhas → Comunicar a doação para a CET/SC e enviar documentação			
2) EM CASO DE MORTE VIOLENTA		SIM	Enf.
Preencher a “ COMUNICAÇÃO PARA O IML DA REMOÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS ” e enviar ao IML para CIÊNCIA do patologista de plantão, ANTES da captação (DECRETO PRESIDENCIAL 9175/17, ART.25, §2º)			
3) RECUSA FAMILIAR		SIM	Enf.
• É legal, ético e facultado ao médico, após a família estar ESCLARECIDA sobre a confirmação do diagnóstico de morte encefálica, RETIRAR TODO O SUPORTE TERAPÊUTICO, inclusive a ventilação mecânica e ENTREGAR O CORPO PARA A FAMÍLIA -Resolução CFM Nº 2.173/2017 e Decreto 9175-18/10/2017. • Registrar a recusa familiar, e o motivo desta, na conclusão no formulário de NOTIFICAÇÃO DE ABERTURA DE PROTOCOLO e enviar para CET/SC • Arquivar toda documentação do protocolo no prontuário hospitalar do paciente			
4) AUTORIZAÇÃO JUDICIAL			
Indicação	Sempre solicitar orientação para CET/SC para verificar se o contexto familiar indica necessidade de autorização familiar		
Contato com o plantão da promotoria pública em SC	http://www.mp.sc.br/promotorias-de-justica/plantao		
Documentação padrão necessária para levar para promotoria pública	→ Termo de declaração de morte encefálica preenchido → Laudo da prova gráfica assinado pelo médico executor → Termo de autorização familiar assinado pela pessoa que demonstrou interesse na doação → Documento de identificação do doador e potencial autorizante → Modelo de ofício para solicitação de autorização judicial para doação de órgãos, devidamente preenchido (disponível no site da SC Transplantes: no item “Formulários CHT”- Diagnóstico de ME e entrevista familiar- anexo)		
Quem faz contato com a promotoria para encaminhar o caso	CHT, e se necessário solicitar apoio para CET/SC		

ROTEIRO DE MANUTENÇÃO DE POTENCIAL DOADOR

MODELO: ESTRATÉGIA V. I. P. - BASEADO NAS DIRETRIZES DA AMIB – REVISÃO ABRIL 2019

ATRIBUIÇÃO DA CHT: -Apresentar o roteiro ao intensivista; orientar que os itens abaixo constem da prescrição e checar aplicação dos itens prescritos (check-list abaixo); programar coleta dos exames de laboratório

NOME PACIENTE:

HOSPITAL:

	IMEDIATO		EM 1 HORA	
	VENTILAÇÃO PROTETORA	SIM	OUTROS CUIDADOS VENTILATÓRIOS	SIM
V entilação	• VC = 6 a 8 ml/kg		• Higiene de vias aéreas	
	• PEEP = 8 a 10 cm H ₂ O			
	• SaO ₂ > 90%		• Teste de apneia em CPAP	
I nfusão	Infundir cristaloides (20 ml/kg) se PAM < 65 mmHg		Desmopressina e/ou Vasopressina se diurese > 4 ml/kg/h	
	Avaliar fluidoresponsividade para infusão adicional de fluidos (VPP, PVC...)		Dosar e corrigir Na ⁺ , K ⁺ e Mg ⁺⁺	
			Insulina IV se HGT >180 mg/dl	
P ressão	PAM continua < 65 mmHg	SIM	Se baixa função ventricular	SIM
	• NA + Vasopressina + hidrocortisona		• Dobutamina	
			• Temperatura > 35° C	

OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES	• Instalar TERMÔMETRO CENTRAL • Se não houver necessidade de vasopressor, induzir hipotermia moderada (34 a 35° C)
	PREVENIR hipotermia (TEMPERATURA CENTRAL menor que 35° C): ➢ Aquecer ar ambiente ➢ FluidoTERAPIA INTRAVENOSA a 43° C ➢ Mantas térmicas ➢ Umidificador aquecido no ventilador mecânico (NÃO usar HME[#])
	REVERTER hipotermia se temperatura CENTRAL menor que 35° C: ➢ Ações de prevenção de hipotermia ➢ Inserir lavagem gástrica com líquidos aquecidos a 43° C
	QUANDO 1º EXAME CLÍNICO POSITIVO: ➢ OBRIGATÓRIO solicitar CULTURAS (URO, TOT, HEMOCULTURA) ➢ SUSPEITA CLÍNICA DE SEPSE: iniciar/manter ANTIBIOTICOTERAPIA
	BIOQUÍMICA OBRIGATÓRIA PARA O POTENCIAL DOADOR: ➢ Hemograma completo com contagem de plaquetas, TAP/RNI, uréia, creatinina, sódio, potássio, glicemia, CPK, CK-MB, troponina, amilase, TGO, TGP, fosfatase alcalina, GamaGT, bilirrubina total e direta, BE arterial, lactato arterial, FiO₂ arterial, SvcO₂, PaCO₂ “venoso”, magnésio, lipase, cálcio, fósforo ➢ Mulher fértil: BETA HCG na abertura do protocolo

- **Vasopressina:** Diluição: 5 ampolas ou 100 UI / SG5% 250 mL = 0,4 UI/mL
- **Desmopressina:** 1-2 mcg EV, até 4/4h
- **HME:** “Heat and Moisture Exchanger” ou “filtro trocador de calor e umidade”

ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO TERMO DE MORTE ENCEFÁLICA- CFM 2173/2017

Preencher o termo com **LETRA E CARIMBOS LEGÍVEIS**

Usar **PREFERENCIALMENTE COM CANETA PRETA**

CAUSA DO COMA:

É obrigatório constar o **diagnóstico principal** e o **diagnóstico secundário**, ambos com o respectivo CID

Deve ser enviado para CET o **laudo do exame que evidenciar a causa do coma**

DIAGNÓSTICO DE ME:

Os testes para o diagnóstico de ME **devem** OBRIGATORIAMENTE ser realizados respeitando os pré-requisitos definidos pelo CFM, conforme idade.

→ **Temperatura CENTRAL** (ESOFAGIANA OU RETAL): deve estar **ACIMA de 35°C**

→ **SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO**: evidenciar valor **ACIMA de 94%**

→ **PRESSÃO ARTERIAL**:

- **MAIOR DE 16 ANOS**: SISTÓLICA IGUAL/MAIOR que 100mmHg ou PAM: IGUAL/MAIOR que 65mmHg.

- **MENOR DE 16 ANOS**: usar como referência de pressão, a tabela a seguir:

Idade	Pressão arterial (mmhg) para realização do diagnóstico de me	
	Sistólica (igual ou maior)	Pam (igual ou maior)
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 anos a 15 anos	90	65

INTERVALO entre os EXAMES CLÍNICOS deve ser de acordo com a idade:

Idade	Tempo mínimo entre os exames clínicos
7 dias completos (recém-nato a termo) a 2 meses incompletos	24 horas
De 2 meses a 24 meses incompletos	12 horas
Mais de 24 meses	1 hora

→ É confirmado o coma aperceptivo na **AUSÊNCIA DE TODOS OS REFLEXOS**

→ Em caso de **IMPOSSIBILIDADE** de **AVALIAÇÃO** dos **REFLEXOS** por **LESÃO** de 1 dos OLHOS ou 1 dos OUVIDOS: deve ser justificado no campo: "JUSTIFIQUE O MOTIVO DE NÃO TER TESTADO O REFLEXO (NT*)"

TESTE DE APNEIA

→ É necessário somente 1 teste, que pode ser feito após o 1º ou 2º exame clínico positivo

→ O teste de apnéia deve ser realizado por um médico que realizou um dos testes clínicos;

→ Horário registrado no termo ME deve ser IGUAL ao horário da COLETA da amostra que consta no laudo da gasometria arterial pós teste apnéia (2ª gasometria)

→ Intervalo entre as gasometrias arteriais pré e pós teste de apnéia recomendado pelo CFM é de 10 min e será tolerado um limite máximo de até 1h entre cada uma.

→ **TESTE DE APNÉIA POSITIVO** com PCO2 gaso pós teste: **ACIMA DE 55 mmHg** e ausência de movimentos respiratórios

EXAME COMPLEMENTAR

Independente da idade é necessário realizar apenas 1 exame; Pode ser realizado em qualquer momento do diagnóstico: na abertura do diagnóstico, entre os exames clínicos ou no encerramento do diagnóstico.

O **LAUDO DESCRITIVO DO EXAME**, deve constar: **Data e hora do exame e assinatura do médico responsável**

→ Tipo de exame de acordo com a idade:

7 dias completos (recém-nato a termo) até 2 anos: EEG ou Cintilografia

Acima de 2 anos: EEG ou exames de fluxo (arteriografia, doppler transcraniano ou cintilografia)

TERMO DE DECLARAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA (OBRIGATÓRIO PREENCHER TODOS OS CAMPOS) – CFM: 2173/17										
HOSPITAL:						CNES				
MUNICÍPIO DO HOSPITAL:						UF: STA CATARINA				
PACIENTE:						NASCIMENTO				
REGISTRO HOSPITALAR DO PACIENTE:										
IDENTIDADE DO PACIENTE		TIPO				Nº				
MÃE:										
1. CAUSADO COMA		DIAGNÓSTICO PRINCIPAL				CID				
		DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO				CID				
CONFIRMAÇÃO		() TC () RM () Angiografia () DTC () Líquor () EEG () Outro:								
2. PRÉ-REQUISITOS OBRIGATÓRIOS PARA REALIZAR O DIAGNÓSTICO DE MORTE ENCEFÁLICA									SIM	NÃO
• Presença de lesão encefálica 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?										
• Ausência de drogas depressoras do sistema nervoso central e de bloqueadores neuromusculares?										
• TEMPERATURA CENTRAL (retal ou esofagiana ou vesical): ACIMA de 35°C?										
• SATURAÇÃO: ACIMA de 94%?										
• PA: SISTÓLICA IGUAL ou MAIOR que 100 mmHg “OU” PAM: IGUAL ou MAIOR 65 mmHg ou conforme idade?										
3. DIAGNÓSTICO DE MORTE ENCEFÁLICA										
3.a. PRIMEIRO EXAME CLÍNICO										
() COMA NÃO PERCEPTIVO		Temp:	Saturação:	PA:	PAM:	DATA:	HORA:			
EXAME NEUROLÓGICO (EXAME DOS REFLEXOS)										
DIREITO		SIM	NÃO	NT*	ESQUERDO		SIM	NÃO	NT*	
PUPILA FIXA e ARREATIVA					PUPILA FIXA e ARREATIVA					
AUSÊNCIA DE REFLEXO CÔRNEO-PALPEBRAL					AUSÊNCIA DE REFLEXO CÔRNEO-PALPEBRAL					
AUSÊNCIA DE REFLEXO ÓCULO-CEFÁLICO					AUSÊNCIA DE REFLEXO ÓCULO-CEFÁLICO					
AUSÊNCIA DE REFLEXO VESTÍBULO-CALÓRICO					AUSÊNCIA DE REFLEXO VESTÍBULO-CALÓRICO					
AUSÊNCIA DE REFLEXO DA TOSSE () SIM () NÃO										
JUSTIFIQUE O MOTIVO DE NÃO TER TESTADO O REFLEXO (NT*):										
MÉDICO:			ASSINATURA :				CRM:			
3.b. TESTE DE APNEIA										
() Ausência de movimentos respiratórios com PaCO ₂ acima de 55 mmHg		Temp..	Saturação:	PA:	PAM	DATA:	HORA:			
Pa CO ₂	INICIAL (PRÉ teste):		FINAL (PÓS teste):							
MÉDICO:			ASSINATURA :				CRM:			
3.c. SEGUNDO EXAME CLÍNICO										
() COMA NÃO PERCEPTIVO		Temp:	Saturação:	PA:	PAM:	DATA:	HORA:			
EXAME NEUROLÓGICO (EXAME DOS REFLEXOS)										
DIREITO		SIM	NÃO	NT*	ESQUERDO		SI M	NÃO	NT*	
PUPILA FIXA e ARREATIVA					PUPILA FIXA e ARREATIVA					
AUSÊNCIA DE REFLEXO CÔRNEO-PALPEBRAL					AUSÊNCIA DE REFLEXO CÔRNEO-PALPEBRAL					
AUSÊNCIA DE REFLEXO ÓCULO-CEFÁLICO					AUSÊNCIA DE REFLEXO ÓCULO-CEFÁLICO					
AUSÊNCIA DE REFLEXO VESTÍBULO-CALÓRICO					AUSÊNCIA DE REFLEXO VESTÍBULO-CALÓRICO					
AUSÊNCIA DE REFLEXO DA TOSSE () SIM () NÃO										
JUSTIFIQUE O MOTIVO DE NÃO TER TESTADO O REFLEXO (NT*):										
MÉDICO:			ASSINATURA :				CRM:			
3.d. EXAME COMPLEMENTAR										
AUSÊNCIA DE PERFUSÃO SANGÜÍNEA OU DE ATIVIDADE METABÓLICA OU ELÉTRICA ENCEFÁLICA? () SIM										
TEMP:	Saturação:		PA:		PAM:	DATA:	HORA:			
TIPO	() DTC () EEG () Angiografia () Cintilografia		OUTRO:							
MÉDICO:			ASSINATURA IDENTIFICADA:				CRM:			

NOTIFICAÇÃO DE ABERTURA DE PROTOCOLO PARA DIAGNÓSTICO DE MORTE ENCEFÁLICA

Data		Hospital		Município	
Setor		Telefone para contato		Responsável pela notificação	
Nome do paciente					Idade
Sexo () Masculino () Feminino		Data Nascimento		Nacionalidade	
Município de origem		Estado		RGCT	
Nome da Mãe			Nome do Pai		
Estado civil		Nome do Cônjuge			
RG:		CPF:		Cor: () Branca () Amarela () Indígena () Negra () Parda	
Causa da ME	TCE: () Acidente de trânsito () Outras causa de TCE: Qual(is): AVC: () Isquêmico () Hemorrágico			() Encefalopatia Hipóxica - Isquêmica () Outras causas: Qual?	
	Uso depressor do SNC	NÃO	SIM	Qual(is)	Data última dose
Bloqueador muscular					
Data internação	Hospital / /		UTI / /		Entubação / /
ANTECEDENTES	NÃO	SIM	SE RESPOSTA "SIM" COMPLETAR ABAIXO		
Diabetes Mellitus			() No paciente Tempo de diagnóstico: Medicação: () No pai () Na mãe		
DPOC			Tipo: Tempo de diagnóstico:		
HAS			Tempo de diagnóstico: Medicamentos de uso contínuo:		
Neoplasia no paciente (história)			Tipo: Tempo de CURA :		
Consumo de álcool			Tipo: Frequência : Tempo de uso:		
Tabagismo			Quantidade/dia: Tempo de dependência:		
Outras drogas			Qual (is) Tempo de dependência:		
Cirurgias anteriores			Qual(is) (inclusive ocular):		
Vacina nos últimos 12 meses			Qual (is):		
Viagem nos últimos 12 meses			Onde: Quando:		
Culturas	Anteriores		Se sim: ENVIAR LAUDOS PARA CET/SC		
	ABERTURA DO PROTOCOLO: UROCULTURA, SECREÇÃO TRAQUEAL E HEMOCULTURA				Diada coleta: / /
INFORMAÇÕES CLÍNICAS					
Dados antropométricos		Altura m		Peso Kg	
EVENTOS	NÃO	SIM	SE RESPOSTA "SIM" COMPLETAR ABAIXO (obrigatório)		
Hemoterapia			() potencial doador () CH () PFC () parceiro sexual () PQT () CRIO		
Parada cardíaca			Data	Duração	Desfibrilação () Sim () Não
Choque			Tipo choque		Data de controle do choque
Hemodiálise			() no potencial doador () no parceiro sexual Data do último procedimento:		
Infecção			Local		
Antibiótico			1º ATB	Dose	Início de uso: Fim de uso
			2º ATB	Dose	Início de uso: Fim de uso
			3º ATB	Dose	Início de uso: Fim de uso
		EXAME FÍSICO: Identifique no desenho ao lado as ALTERAÇÕES ENCONTRADAS (secreção, lesão, hematoma, equimose, cicatrizes) 1. Cabeça _____ 2. Tórax/abdome _____ 3. MS D. _____ MS E. _____ 4. Genitália _____ Região anal _____ 5. MI D _____ MI E _____			
CONCLUSÃO PROTOCOLO		() DOAÇÃO () RECUSA FAMILIAR - MOTIVO NÃO CONCLUÍDO - MOTIVO: PCR: () Antes da conclusão () após a conclusão - Data PCR: Hora PCR:			

BIOQUÍMICA DO PROTOCOLO PARA POTENCIAL DOADOR DE ÓRGÃOS - CONTROLE DIÁRIO

Paciente:

Bioquímica				
Hemoglobina				
HT-Hematócrito				
Leucócitos				
PLTS-Plaquetas				
Bastões				
TAP/RNI (< 1,5)				
Uréia				
Creatinina				
Na-Sódio				
K-Potássio				
Glicemia				
CPK				
CK-MB				
Troponina				
Amilase				
TGO				
TGP				
Fosfatase alcalina				
GamaGT				
Bilirrubina total				
Bilirrubina direta				
BE arterial(> -3)				
Lactato arterial(<2,1)				
FiO2 arterial				
SvcO2 (central>70%)				
PaCO2 "venoso"				
Magnésio				
Lipase				
Calcio				
Fósforo				
BETA HCG (somente mulheres férteis)				

ROTEIRO DE ACOLHIMENTO E ENTREVISTA FAMILIAR - RECOMENDAÇÕES AOS PROFISSIONAIS				
Hospital:	Contato:	Data:		
PACIENTE:	Idade:	Prontuário:		
1- ACOLHIMENTO (equipe assistencial direta acompanhada da CHT) Responsável:				
a. Convocar a família: Familiares de 1º e 2º grau mais próximos: () esposo(a) () companheiro(a) () filhos () pais () irmãos() avós () netos				Sim
b. Preparo:				
• Sala reservada				
• Local onde todos possam sentar				
• Checar prontuário				
• Apresentar a equipe				
c. Identificar a estrutura família (familiares com poder de decisão)				
• Estado civil: () Casado () União estável () Divorciado () Solteiro () Viúvo				
• Companheiro: Nome				
• Pai: Nome				
• Mãe: Nome				
• Irmão(s): Nomes				
• Filhos: Nomes				
• Outros: Nomes				
d. Comunicar o início do processo de diagnóstico de ME (Não falar sobre doação)				Sim
• Esclarecer gravidade da lesão, evolução desfavorável e suspeita de morte				
• Informar etapas de acordo com a necessidade e capacidade da família				
e. Estabelecer relação de ajuda				
• Colocar-se a disposição com empatia para atender às necessidades da família				
• Agendar novo encontro				
2- RESULTADOS (equipe assistencial direta acompanhada da CHT) Responsável:				
f. Comunicar resultado de cada fase do diagnóstico				Sim
• Perguntas abertas para identificar o grau de entendimento				
• Fornecer informações com empatia				
g. Estabelecer relação de ajuda				
• Colocar-se a disposição com empatia para atender às necessidades da família				
3- COMUNICAÇÃO DO ÓBITO (equipe assistencial direta e CHT) Responsável:				
h. Confirmar o entendimento dos resultados anteriores				Sim
• Garantir a presença do maior número possível de membros com poder de decisão				
• Perguntas abertas para identificar o grau de entendimento				
• Fornecer informações com empatia				
i. Comunicar a morte (usar termos como: morreu) Data: Horário				Sim
• Permitir a expressão dos sentimentos pela família				
• Respeitar silêncio				
• Manter relação de ajuda				
j. Confirmar o entendimento da morte				Sim
• Tratar com a família os trâmites funerários e IML				
• Confirmar validação e logística com a CET para entrevista				
4- ENTREVISTA FAMILIAR (enfermeiro ou médico da CHT) Responsável:				
k. Familiares presentes:				
l. Oferecer a possibilidade de doação Data: Horário: Entrevistador:				Sim
• Avaliar cuidadosamente o momento para definir se a família está pronta para falar no assunto				
• Esclarecer a família que somente a morte nessas circunstâncias permite a doação				
• Oferecer a doação como um direito do paciente e da família				
• Reforçar que o desejo da família será respeitado				
• Mostrar interesse e paciência para resolver dúvidas com empatia				
• Caso a família se mostre disponível para escutar, lançar mão de argumentos que envolvam solidariedade, reciprocidade e altruísmo para demonstrar quem poderia se beneficiar.				
m. Doação Autorizada				
() Sim. Data e Horário da Entrega do corpo				
() Não. Motivo não doação				

	REQUISIÇÃO DE EXAMES CANDIDATOS A DOADORES DE MÚLTIPLOS ÓRGÃOS	HMR.03.04.23
	HEMOCENTRO: Florianópolis	Nº 000

Data de Nascimento	Sexo () Masculino () Feminino	CNS
RG	Registro de Internação	
Nome da Mãe		
Endereço	CEP	Município
INFORMAÇÕES DA COLETA DA AMOSTRA		
Data da COLETA	Horário da COLETA	
Responsável pela COLETA	COREN	
Data do ACONDICIONAMENTO na caixa térmica	Horário do ACONDICIONAMENTO	

Em caso de dúvida favor entrar em contato com o Laboratório de Sorologia/NAT através dos fones: (48) 3251-9719 / 9721

.....



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

REQUISIÇÃO/RESULTADO DE EXAMES

HOSPITAL/CLINICA

NOME																		ETIQUETA - HEMOSC																																													
<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td> </tr> </table>																		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td> </tr> </table>										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18																																														
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18																																														
IDADE	SEXO ☐ M ☐ F		Raça /COR A ☐ B ☐ Par. ☐ Pret. ☐ Ind ☐				PESO	ALTURA	CLÍNICA	ENFERMARIA	LEITO																																																				

DADOS CLÍNICOS

CANDIDATO A DOADOR DE MÚLTIPLOS ÓRGÃOS/TECIDO OCULAR (motivos 23/24)

MATERIAIS A EXAMINAR

SANGUE TOTAL COLETADO SEM ANTICOAGULANTE (COM GEL): 8,5 ml
SANGUE TOTAL COLETADO COM EDTA/PPT-K – BIOLOGIA MOLECULAR- NAT: 5,0 ml
SANGUE TOTAL COLETADO COM EDTA: 4,0 ml

EXAMES SOLICITADOS:

(X) 05 - LABORATÓRIO DE SOROLOGIA: ANTI-HIV 1 e 2, ANTI-HTLV I/II, HBsAg, ANTI-HBc, ANTI-HBs, ANTI-HCV, SOROLOGIA PARA SÍFILIS, DOENÇA DE CHAGAS, CITOMEGALOVÍRUS (ANTI-CMV IgM/IgG) e TOXOPLASMOSE (ANTI-TOXO IgM/IgG).

(X) 22 - LABORATÓRIO NAT: TESTE DE AMPLIFICAÇÃO DE ÁCIDOS NUCLÉICOS (NAT) HIV e HCV.

(X) 6 – LABORATÓRIO DE IMUNO-HEMATOLOGIA: TIPAGEM SANGUINEA (ABO/Rh).

DATA	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO
------	--------------------------------

**ETIQUETAS PARA SEREM FIXADAS NOS TUBOS DE AMOSTRAS DE SANGUE
PARA O HEMOSC**

Nº registro internação:

Nome:

Data de nascimento:

Nº registro internação:

Nome:

Data de nascimento:

Nº registro internação:

Nome:

Data de nascimento:

Nº registro internação:

Nome:

Data de nascimento:

ATENÇÃO CHT

- 1-** Recortar e fixar em cada um dos tubos de amostra de sangue individualmente
- 2-** O nome do paciente deve estar **POR EXTENSO** e **COMPLETO**
- 3-** *Fazer dupla conferência* (ou seja, por 2 pessoas diferentes) nos registros da requisição e na identificação da amostra

Hospital			Município:
Nome do paciente			
CÁLCULO DE HEMODILUIÇÃO			
COLETA DAS AMOSTRAS	DATA:	HORA	
PESO DO POTENCIAL DOADOR	KG		
CÁLCULOS DE REFERÊNCIA*			
Volume PLASMÁTICO (VP)= peso ÷ 0,025	ml		
Volume SANGUÍNEO (VS)= peso ÷ 0,015	ml		
VOLUME ADMINISTRADO 48h ANTES DA DATA/HORA COLETA DA AMOSTRA			
VOLUME TOTAL DE SANGUE TRANSFUNDIDO			
CONCENTRADO DE HEMÁCIAS	ml	TOTAL "A": _____ml	
SANGUE TOTAL	ml		
SANGUE RECONSTITUÍDO	ml		
VOLUME TOTAL DE COLÓIDE INFUNDIDO			
DEXTRAN	ml	TOTAL "B": _____ml	
PLASMA	ml		
PLAQUETAS	ml		
ALBUMINA	ml		
HETASTARCH	ml		
OUTROS	ml		
VOLUME ADMINISTRADO 1h ANTES DA DATA/HORA COLETA DA AMOSTRA			
SOLUÇÃO SALINA	ml	TOTAL "C": _____ml	
SOLUÇÃO GLICOSADA _	ml		
RINGER LACTATO	ml		
OUTROS	ml		
CÁLCULO DE HEMODILUIÇÃO			
Cálculo	Resultado	Pergunta	Assinale a resposta abaixo
Somar TOTAL B+C		Esse resultado é MAIOR que o valor do volume PLASMÁTICO ?	SIM
			NÃO
Somar TOTAL A+B+C		Esse resultado é MAIOR que o valor do volume SANGUÍNEO	SIM
			NÃO
CONCLUSÃO DO CÁLCULO DE HEMODILUIÇÃO			
RESULTADO DO CÁLCULO DE HEMODILUIÇÃO	Ao menos uma resposta SIM	CONTRA INDICAÇÃO ABSOLUTA para doação de tecido ocular	
	Todas as respostas: NÃO	Se aprovado na triagem clínica, social e física: VALIDADO PARA REALIZAR ENTREVISTA FAMILIAR PARA DOAÇÃO DE TECIDO OCULAR	

Observação: _____

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL : _____ COREN _____

NOME POTENCIAL DOADOR:

ROTEIRO DE TRIAGEM CLÍNICA, SOCIAL E FÍSICA (RDC 564/2021)	sim	não
1. Causa de morte sem possibilidade de definição		
2. Infecção suspeita ou confirmada por SARs-CoV-2 há menos de 28 dias		
3. Contato com casos suspeitos ou confirmados há menos de 14 dias		
4. Portador de hepatite B, C, HIV, HTLV I e II		
5. Com infecção sistêmica não controlada no momento do óbito (bacteriana, viral, fúngica ou parasitária)		
6. Cirurgia de Lasik (correção miopia)		
7. Transplante com dura-máter		
8. Transplante de órgão ou xenotransplante (órgão/tecido de origem animal)		
9. Neurocirurgia por motivo desconhecido		
10. Portador de síndrome de Reye		
11. Retinoblastoma		
12. Em tratamento com agentes imunossupressores na ocasião do óbito		
13. Raiva		
14. Rubéola Congênita		
15. Neoplasias hematológicas (leucemia, Mieloma múltiplo, Linfoma)		
16. Tumores malignos do segmento anterior do olho		
17. Melanoma		
18. Portador da doença de Creutzfeldt-Jakob no paciente ou familiar		
19. Portador de demência progressiva rápida ou doença neurodegenerativa de causa desconhecida		
20. Em tratamento com hormônio do crescimento (de origem humana ou outro hormônio de origem hipofisária não recombinante) na ocasião do óbito		
21. Realização de piercing, tatuagem, maquiagem nos últimos 12 meses		
22. Transplante de tecidos nos últimos 12 meses		
Ocorrências nos últimos 6 meses		
Indivíduo com comportamento de risco para transmissão de doenças infecto-contagiosas, incluindo prática sexual com parceiros que apresentam:		
23. Prostituição, uso de drogas injetáveis, vítima de violência sexual, encarceramento por mais de 72h, parceiro com HIV, hepatite B ou C, ou doença sexualmente transmissível;		
24. Terapia Renal Substitutiva CRÔNICA (hemodiálise) ;		
25. Histórico de uso de medicamentos hemoderivados (albumina, imunoglobulinas, complexos protrombínicos e fatores de coagulação)		
É contra indicação absoluta se houver qualquer resposta “SIM”		

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL : _____ COREN _____

Termo de autorização de doação de múltiplos órgãos e tecidos / MAIOR DE 18 ANOS

DOADOR

Nome legível _____

Idade _____ anos Data de Nascimento ____/____/____ Estado Civil _____

Sexo () M () F RG/CPF nº _____ Registro Hospitalar _____

Nome da mãe: _____

Endereço completo _____

Município _____ Estado: _____ CEP: _____

Hospital _____ Município _____

***Data do óbito:** ____/____/20____ **Horário* do óbito:** _____h

(Deve ser a data/hora do **ÚLTIMO PROCEDIMENTO** realizado para que **CONCLUIR** o diagnóstico de ME)

RESPONSÁVEL PELA AUTORIZAÇÃO: Avô/ó () Pai () Mãe () Irmão/ã () Filho/a ()
Neto/a () Cônjuge/Companheiro/a () Curador comprovado () Autorização Judicial comprovada ()

***Decreto 9175 out/2017, art.20**

Nome _____

Idade _____ Sexo () M () F RG()CPF()nº _____

Graude escolaridade _____ Religião _____ Profissão _____

Endereço completo _____ Município _____

Estado _____ Telefone(s) _____

Assinatura _____

Data da autorização ____/____/____ Hora da autorização ____:____h

AUTORIZANTE PARENTE DE 1º GRAU (pai, mãe, irmão, filho) () Sim; () Não: motivo _____

OBRIGATÓRIO enviar **CÓPIA DO DOCUMENTO** do **DOADOR** e **AUTORIZANTE** para **CET/SC**

AUTORIZADO A RETIRADA DE ÓRGÃOS / TECIDOS

() Somente para fins de transplante

() O órgão ou tecido que não for utilizado para transplante, devido sua qualidade, pode ser utilizado para fins científico (ensino/pesquisa)

Observação: O autorizante "**não aceita**" a retirada, especificamente, do órgão/tecido: _____

Testemunha-1

Nome legível _____

() RG () CPF nº _____ Parentesco _____ Telefone () _____

Endereço _____

Assinatura _____

Testemunha-2

Nome legível _____

() RG () CPF nº _____ Parentesco _____ Telefone () _____

Endereço _____

Assinatura _____

Profissional (is) responsável(s) pela CHT

1- Nome completo _____ Conselho _____ Assinatura _____

2- Nome completo _____ Conselho _____ Assinatura _____

Termo de autorização de doação de múltiplos órgãos e tecidos / MENOR DE 18 ANOS

DOADOR

Nome legível: _____ idade: _____ anos
data nasc: ____/____/____ Estado civil: _____ Sexo: M() F()
Endereço: _____
Município: _____ Estado: _____ CEP: _____
Nome da mãe: _____
Hospital: _____ Município: _____
Registro Hospitalar: _____ CPF/RG: _____
Data Óbito: ____/____/____ Horário: _____ h

RESPONSÁVEL PELA AUTORIZAÇÃO:

Pai() Mãe() Tutor legal() Autorização Judicial comprovada()

*Decreto 9175 out/2017, art.20

Nome legível: _____ idade: _____ anos
Sexo: M() F() Profissão: _____ CPF/RG: _____
Religião: _____ Telefone: () _____
Endereço: _____
Município: _____ Estado: _____ Grau escolaridade: _____

Assinatura: _____

Pai() Mãe()

Nome legível: _____ idade: _____ anos
Sexo: M() F() Profissão: _____ CPF/RG: _____
Religião: _____ Telefone: () _____
Endereço: _____
Município: _____ Estado: _____ Grau escolaridade: _____

Assinatura: _____

OBRIGATÓRIO enviar **CÓPIA DO DOCUMENTO** do **DOADOR** e do **AUTORIZANTE** para CET/SC

AUTORIZADO A RETIRADA DE ÓRGÃOS / TECIDOS

() Somente para fins de transplante

() O órgão ou tecido que não for utilizado para transplante, devido sua qualidade, pode ser utilizado para fins científico (ensino/pesquisa)

Observação: O autorizante “**não aceita**” a retirada, especificamente, do órgão/tecido: _____

Testemunha-1

Nome legível _____

() RG () CPF n _____ Parentesco _____ Telefone () _____

Endereço _____

Assinatura _____

Testemunha-2

Nome legível _____

() RG () CPF n _____ Parentesco _____ Telefone () _____

Endereço _____

Assinatura _____

Profissional (is) responsável(s) - CHT

1- Nome completo _____ Conselho _____ Assinatura _____

2- Nome completo _____ Conselho _____ Assinatura _____

COMUNICAÇÃO PARA O IML
DA REMOÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS DOADOS PARA
TRANSPLANTES

IDENTIFICAÇÃO DO HOSPITAL NOTIFICANTE

Hospital: _____

Município: _____

Profissional responsável _____

COMUNICAÇÃO

1. Informamos a autorização familiar para remoção de órgãos e tecidos do doador:

• NOME: _____

• Idade: _____ anos Sexo () Masculino () Feminino

• () CPF ou () RG _____

2. Causa de morte encefálica _____

3. Diagnóstico de morte encefálica em **ANEXO** (Termo de declaração de morte encefálica, laudo das gasometrias do teste de apnéia, prova gráfica)

Data _____ / _____ /20 _____

Hora: _____ : _____ h

IML

Ciente da remoção de órgãos e tecidos do doador acima informado

Responsável pela ciência: _____

Data: _____ / _____ /20 _____

Observação: A ciência ao IML está prevista no DECRETO PRESIDENCIAL Nº9173/17 ARTIGO 25:

§2º: A retirada será realizada com o **CONHECIMENTO PRÉVIO** do serviço médico-legal ... responsável pela investigação, e os dados pertinentes serão circunstanciados no relatório de encaminhamento do corpo para necropsia.

§ 3º O corpo será acompanhado, **APÓS A CAPTAÇÃO** dos órgãos, do **RELATÓRIO COM A DESCRIÇÃO DA CIRURGIA DE RETIRADA** e dos **EVENTUAIS PROCEDIMENTOS REALIZADOS** e a documentação será anexada ao prontuário legal do doador, com cópia destinada à instituição responsável pela realização da necropsia.

§4º Ao doador de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano será dada a **PRECEDÊNCIA PARA A REALIZAÇÃO** da necropsia, imediatamente após a cirurgia de retirada, sem prejuízo aos procedimentos descritos nos § 2º e § 3º.

ORDEM DE SERVIÇO/CI AOS IMLs DO ESTADO

	Estado de Santa Catarina Secretaria de Estado da Segurança Pública Instituto Geral de Perícias Instituto Médico Legal Professor Fernando Emilio Wendhausen	
Ordem de Serviço/CI		Nº 0069/14/SC
DO: Gerente Técnico do IML		DATA 07/01/2014
PARA: Peritos Médicos Legistas e Auxiliares de Medicina Legal		
ASSUNTO: Necropsias em vítimas submetidas à exanteração de órgãos		
Considerando-se a importância dos transplantes de órgãos à luz dos conhecimentos médicos atuais;		
Considerando-se o elevado gesto das famílias num momento de luto e dor;		
Considerando-se a necessidade de colaboração do IML/IGP com as equipes de captação de órgãos visando dar agilidade aos procedimentos, diminuindo o tempo de espera dos familiares;		
Considerando-se a necessidade de que o procedimento médico pericial seja realizado no ambiente adequado, ou seja, a sala de necropsia do IML,		
DETERMINA-SE QUE:		
1) As necropsias em vítimas que tiveram seus órgãos exanterados para transplante deverão ter <u>PRIORIDADE</u> em relação aos outros exames em vivos ou mortos;		
2) Caso haja necessidade dos familiares (translado, questões religiosas, etc.), as necropsias, nestes casos, <u>DEVERÃO SER REALIZADAS A QUALQUER MOMENTO (DIA, NOITE OU MADRUGADA).</u>		
Revogam-se disposições em contrário. A inobservância desta Ordem de Serviço será levada ao conhecimento da Corregedoria do IGP.		
 Rodinei Cassio Birkold Temporio Gerente Técnico IML/IGP Perito Médico Legista CRM/SC 9536		