



Banco de Homoenxertos Valvares da Santa Casa de Curitiba

**PROTOCOLOS PARA CAPTAÇÃO DE
HOMOENXERTOS VALVARES CARDÍACOS
(SOMENTE FICHAS)**

CURITIBA
2010

ATENÇÃO

Se nos itens: 9,10,11,14,16,17,18,19,20,21 se resposta for **“SIM”**



Banco de Homoeixertos Valvares da Santa Casa de Curitiba

“É CONTRA-INDICAÇÃO PARA CORAÇÃO PARA VALVAS”

QUESTIONÁRIO DA HISTÓRIA MÉDICA E SOCIAL DO DOADOR DE VALVAS

Nome do doador: _____ Data: ____/____/____
Nome do entrevistado: _____
Relação com o doador: _____
Nome do entrevistador: _____
Cargo ou função: _____

QUESTIONÁRIO	SIM	NÃO	ESPECIFIQUE
1. O entrevistado acha que conheceu o doador suficientemente para responder perguntas pessoais a seu respeito ?			
2. O doador era portador de alguma doença?			
3. Foi hospitalizado ou fez algum tratamento de saúde nos últimos 2 anos?			
4. Tomava algum medicamento regularmente?			
5. Fez tratamento com hormônio de crescimento? Qual?			
6. Foi submetido a transplante de órgãos ou tecidos? Quando?			
7. Esteve exposto ou foi contaminado por algum tipo de substância tóxica nos últimos 12 (doze) meses?			
8. Recebeu algum tipo de vacina ou reforço nos últimos 12 meses?			
9. Realizou tatuagem, acupuntura, maquiagem definitiva, adereços corporais ou fez retoques nos mesmos nos últimos 12 meses?			
10. Fez alguma transfusão de sangue ou derivados nos últimos 12 meses? E seu parceiro sexual?			
11. Fazia hemodiálise?			
12. Consumia álcool ou fumava regularmente?			
13. Qual a ocupação (trabalho) do doador?			
14. Estava perdendo peso, com suores exagerados, febre contínua ou diarreia persistente nos últimos 12 meses?			
15. Residiu ou visitou regiões endêmicas de malária? Quando?			
16. Apresentava alguma doença sexualmente transmissível como sífilis, aids, etc.?			
17. Fez uso de drogas injetáveis ilícitas ou sem indicação terapêutica nos últimos 12 (doze) meses?			
18. Era namorado ou tinha muitos parceiros sexuais?			
19. Se relacionava intimamente com pessoas do mesmo sexo?			
20. Se relacionava com pessoas portadoras de doenças como hepatite ou aids ou outra infecção transmissível pelo sangue?			
21. Foi detido nos últimos 12 meses? Por quanto tempo?			
Somente para doadores menores que 5 anos de idade:			
1. Estava sendo amamentado nos últimos 12 meses?			
2. A mãe do doador(a) era portadora ou pertencia a grupo de risco para HIV ou hepatite?			

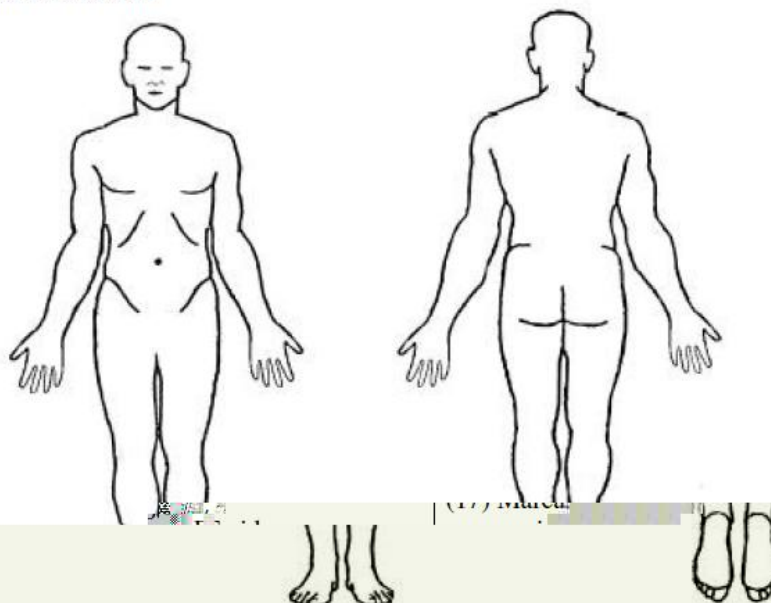
Comentários relevantes do entrevistador:

EXAME FÍSICO

Nome completo do Doador: _____

Alguma evidência de:	SIM	NÃO	Explique se sim ou se impossível visualizar
Cirurgia cardíaca (incisão no tórax) prévia			
Trauma / infecção (no local da retirada)			
Coloração amarelada de pele, mucosa, esclera (branco dos olhos)			
Alterações cutâneas: manchas pigmentadas ou avermelhadas irregulares, espinhas disseminadas, crostas ou feridas abertas			
“Rash” cutâneo ou petéquias generalizadas			
Manchas ou lesões azuis / roxas (cinza/preto) na pele			
Tatuagem (descrever)			
Piercing (descrever)			
Marcas de agulha não relacionadas a uso médico (ver se não estão encobertas pelas tatuagens)			
Lesões genitais e/ou perianais			
Fígado aumentado			
Nódulos linfáticos aumentados			
Placas brancas na boca			
Achado ocular anormal			

Higiene pessoal: boa _____
ruim _____ Descreva: _____



Favor colocar os números correspondentes nos locais dos achados

tes de

(1) Trauma abdominal	(7) Lesão de pele	(17) Marcas rece
(2) Tubo endo-traqueal / nasogástrico	(8) Laceração / Ferida	vacina
(3) Punção endovenosa / arterial	(9) Abrasão	(18) Tumor
(4) Cateter uretral	(10) Infecção	(19) _____
(5) Local de entrada de agulha	(12) Hematoma	(20) _____
relacionado a uso médico	(13) Piercing	(21) _____
(6) Local onde a amostra sanguínea	(14) Tatuagem	(22) _____
foi coletada	(15) Cicatriz(cirúrgica/traumática)	
(6.1) sorologia	(16) Incisão retirada de órgãos	
(6.2) enviada com o coração captado		

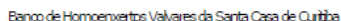
Comentários _____

Responsável pela avaliação física:

Nome: _____ Data: ____/____/____

Cargo / Função: _____

Assinatura: _____



Identificação do doador: _____
Data e hora da coleta da amostra: ____/____/____ ____ : ____
Peso do doador: _____ kg

VP: Peso do doador (kg) _____ ml
0.025

VS : Peso do doador (kg) _____ ml
0.015

A Volume total de transfusão sangue / 48hrs _____ ml
 Volume de: concentrado de hemácias / 48hrs _____ ml
 Sangue total / 48hrs _____ ml
 Sangue reconstituído _____ ml

TOTAL A = ml

B	Volume total de infusão de colóide / 48hrs	
	Volume de : dextran	_____ ml
	Plasma	_____ ml
	Plaquetas	_____ ml
	Albumina	_____ ml
	Amido Hidroxietílico	_____ ml
	Outros:	_____ ml
		_____ ml

TOTAL B = _____ ml

C	Volume total de infusão de cristalóide / 1h	
	Volume de : salina	_____ ml
	Dextrose em água	_____ ml
	Ringer lactato	_____ ml

TOTAL C = _____ ml

1. $B + C > VP$	SIM	NÃO
2. $A + B + C > VS$	SIM	NÃO

Caso uma das respostas seja positiva, rejeite o doador RUBRICA: _____



Banco de Homoeixertos Valvares da Santa Casa de Curitiba

RELATÓRIO DE CAPTAÇÃO DE CORAÇÃO PARA VALVAS

IDENTIFICAÇÃO DO DOADOR

Nome completo: _____

Idade : _____ Sexo: _____ Peso: _____ Altura: _____ Raça: _____ Tipo sanguíneo: _____

DADOS HOSPITALARES

Hospital: _____ Cidade: _____ Estado: _____ Prontuário: _____

Data do internamento: ____/____/____ Causa Mortis: _____

Tempo em UTI: _____ dias _____ horas

Coleta de amostra sanguínea para sorologia Data ____/____/____ Hora ____:____

DESCRIÇÃO DA TRANSFUSÃO DE SANGUE / COLÓIDES / CRISTALÓIDES

Volumes infundidos nas últimas **48 HORAS ANTES DA COLETA DE SANGUE** para exames sorológicos

Hemácias	
Sangue total	
Sangue reconstituído	
Dextran	
Plasma	
Plaquetas	
Albumina	
Amido hidroxietílico	
Haesteril / Voluven	
Outro Hemocomponente ou Colóide	

Volumes infundidos na última **1 HORA ANTES DA COLETA DE SANGUE** para exames sorológicos

Soro fisiológico 0,9% / NaCl 0,9% / SSI	
Soro glicosado 5%	
Ringer lactato	
Dextrose em água	
Outro cristalóide	

	Sim	Não	Especificar
Respirador			Quanto tempo:
Febre			Quantos dias:
Infecção			Local:
Antibiótico			Quais:

Leucograma: acima de 10.000 _____ abaixo de 10.000 _____ desconhecido _____

Hemocultura: Pos: _____ Neg: _____ Especificar: _____ VIRE →

Praça Rui Barbosa, nº 694 – Curitiba – Pr. • Fone/Fax: (41) 3322-6414 / 3013-0237 / 3013-0294 • e-mail: homoenxertos@yahoo.com.br
CGC: 76.613.835/0001-89



Banco de Homoenxertos Valeres da Santa Casa de Curitiba

DADOS DO DOADOR

	Sim	Não	Informações adicionais
Hipertensão arterial sistêmica			
Neoplasia			
Diabete			
Trauma de tórax			
Doença reumática			
Endocardite bacteriana			
Doença em alguma das valvas			
Miocardio patia viral			
Cirurgia cardíaca prévia			
Ressuscitação cardiopulmonar			
Desfibrilação cardíaca			
Ferimento cardíaco penetrante			
Outras intervenções			
Utilização de catéter intracavitário cardíaco			

No caso de doador pediátrico: término do período de amamentação: _____

RETIRADA

Cirurgião: _____

Local da retirada: Centro cirúrgico: _____ CTI: _____ Sala de necrópsias: _____ Outro: _____

Coleta de amostra sanguínea enviada junto com o coração: Data ____/____/____ Hora ____ : ____

	Data	Hora
Óbito / Morte encefálica (2º exame)		
Parada cardíaca ou clampeamento da aorta		
Retirada do coração (início)		
Imersão do coração no soro gelado		

	Fabricante	Lote	Validade
Ringer lactato			
Saco plástico			
Fio			

Observações relevantes:

Nome: _____
(Cirurgião responsável pela retirada)

Nome: _____
(Pessoa que preencheu este formulário)

Assinatura: _____

Assinatura: _____

DECLARAÇÃO

Eu, _____

RG _____, profissão _____, registro profissional _____

Telefone () _____

Celular () _____

Declaro estar ciente e ter compreendido o conteúdo dos PROTOCOLOS PARA CAPTAÇÃO DE HOMOENXERTOS VALVARES CARDÍACOS do Banco de Valvas Cardíacas Humanas da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba. Proponho-me a seguir os protocolos ali descritos.

Assinatura

Data: ____/____/____

Supervisor ou Diretor Médico

Data: ____/____/____

IDENTIFICAÇÃO DA CAIXA TÉRMICA PARA TRANSPORTE DE CORAÇÃO PARA VALVAS

CORAÇÃO HUMANO PARA VALVAS

CUIDADO FRÁGIL



Origem:

Destino: Banco de Valvas Cardíacas Humanas da Santa Casa de Curitiba
Rua Imaculada Conceição, 1155 - Curitiba - PR
Tel.: (41) 3322-6414 / 3013-0294 / 3013-0237

Transporte por cortesia das empresas filiadas ao Sindicato Nacional de Empresas Aeroviárias