

RECUSA DE Córnea para transplante – Instituição responsável pelo transplante: _____

INICIAIS DOADOR: _____ RGCT: _____ DATA DA OFERTA: _____ / _____ / 20_____

CÓDIGO	RECUSA INDIVIDUAL	RECUSA PARA LISTA (TODOS RECEPTORES DA EQUIPE)	CÓDIGO
1	Receptor SEM CONDIÇÕES CLÍNICAS	INDISPONIBILIDADE DE ESTRUTURA para transplante ATÉ O VENCIMENTO do conservante – <i>para TODOS receptores da equipe</i> Motivo da indisponibilidade: _____	11
2	Receptor NÃO LOCALIZADO		
3	Recusa do receptor		
4	Óbito do receptor	INDISPONIBILIDADE DA EQUIPE – <i>para TODOS receptores da equipe</i>	12
5	Receptor com TRANSPLANTE JÁ AGENDADO		
6	Condições do doador – Qual? _____		
7	Qualidade da córnea / Condições do tecido	CONDIÇÕES DO TECIDO – <i>para TODOS receptores da equipe</i>	13
8	Recuperação da função ocular		
9	Cancelamento do Transplante: _____ _____		
10	Outro motivo _____		

RECEPTORES	CÓDIGO	RECEPTORES	CÓDIGO

MÉDICO TRANSPLANTADOR (ASSINATURA E CARIMBO) : _____

TEMPO PARA RESPOSTA DAS OFERTAS: 2 HORAS

*ENVIAR FORMULÁRIO DE RECUSA POR EMAIL: processo@saude.sc.gov.br / *DÚVIDAS OU INFORMAÇÕES: 0800-643-7474 / WhatsApp: (48) 99656-0028 ou 99656-0036