



CONFIRMAÇÃO DE ACEITE DE CórNEA PARA TRANSPLANTE

ESPAÇO RESERVADO PARA O CENTRO TRANSPLANTADOR

NOME DA INSTITUIÇÃO:		Município	
DADOS DA CórNEA ACEITA			
INICIAIS DO DOADOR	RGCT DO DOADOR	LATERALIDADE* da córnea aceita	Validade da Córnea
			/ /
Lateralidade*: ESQUERDA ou DIREITA			
RECEPTOR			
NOME		DATA TX	HORA TX
		/ /	: h
MÉDICO RESPONSÁVEL:			
DATA DA INFORMAÇÃO / / 20			
RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:			
A córnea aceita será reservada para o receptor, <u>SOMENTE</u> após o <u>ENVIO</u> desse formulário para a SC Transplantes, para o e-mail: processo@saude.sc.gov.br			
ESPAÇO RESERVADO PARA CNCDO/SC			
BTOC de origem da córnea:			
<input type="checkbox"/> Tx Eletivo		<input type="checkbox"/> Tx Priorizado	
AUTORIZADO A LIBERAÇÃO DA CórNEA ACIMA			
Envio ao BTOC			
Técnico da CNCDO/SC	DATA	HORA	
	/ / 20	: h	

ESPAÇO RESERVADO PARA BTOC

LATERALIDADE LIBERADA:	
TEMPERATURA DA CAIXA TÉRMICA NA LIBERAÇÃO: °C	
TÉCNICO RESPONSÁVEL PELA LIBERAÇÃO:	
RESPONSÁVEL PELA RETIRADA ORIENTAÇÕES PARA EQUIPE DE TRANSPLANTES	
NOME:	Identificação (RG/CPF/Matrícula)
Assinatura	
DATA DA RETIRADA: / / 20	HORA DA RETIRADA: H

ESPAÇO RESERVADO PARA EQUIPE DE TRANSPLANTE

TEMPERATURA DA CAIXA TÉRMICA NO RECEBIMENTO: °C	
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:	
DATA DO RECEBIMENTO: / / 20	HORA : H

HRHMG-Florianópolis: (48) 3664-7292 / (48) 996560021 (whatsapp) bancodeolhosrsj@saude.sc.gov.br
HMSJ- Joinville: (47) 3433 – 3431 bolhosjoinville@gmail.com
HRO- Chapecó: (49) 3321 – 6523 captacao@hro.org.br