



NOTIFICAÇÃO DE TRANSPLANTE DE ESCLERA

- ENVIAR PARA O BTOC RESPONSÁVEL PELA ESCLERA -

BANCO DE OLHOS DA ESCLERA: _____	MUNICÍPIO _____
----------------------------------	-----------------

Dados sobre o Receptor

Nome _____	RGCT _____	
Data de nasc. ____/____/____	Idade ____ anos	Sexo _____
Diagnóstico _____	Data de diagnóstico ____/____/____	

Dados sobre o Doador

Nome _____	RGCT _____
Instituição/Hospital de Doação _____	Esclera ()D ()E
Data da doação: ____/____/____	

Dados sobre o Transplante

Centro de transplante/Hospital _____	Município _____
Data de Transplante ____/____/____	Horário _____ h
1º Transplante () Sim () Não	
Retransplante () Sim () Não	{ () 2º () 3º () + de 4 }
Fonte pagadora () SUS () Convênio () Particular	
Cirurgia Proposta _____	Olho operado () OD () OE

Data ____/____/____

Nome do médico responsável _____ CRM _____
Assinatura e carimbo _____

OBS: ENVIAR PARA O BTOC DA ESCLERA EM ATÉ 10 DIAS APÓS O TRANSPLANTE

BTOC DE SANTA CATARINA

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