

RECUSA DE ESCLERA PARA TRANSPLANTE

Centro de Transplante: _____

Data da recusa: _____

Doador: _____

Receptor: _____

Médico responsável: _____

Motivo da recusa:

() Indisponibilidade da equipe para o transplante

() Indisponibilidade de sala, material cirúrgico.

() Condições clínicas do receptor

() Recusa do receptor

() Condições do tecido

() Receptor não localizado

() Recuperação da função

() Transplante para outro centro

() Transferência

() Outros _____

Data: _____

Assinatura e carimbo do médico: _____

Enviar imediatamente para cncdosc@gmail.com ; processo@saude.sc.gov.br