

ORIENTAÇÕES PARA ACONDICIONAMENTO DE TECIDO OCULAR PARA DEVOLUÇÃO AO BANCO DE OLHOS

CENTRO DE TRANSPLANTE _____

MUNICÍPIO _____

RECEPTOR DO TRANSPLANTE CANCELADO: _____

RGCT: _____

INFORMAÇÕES PARA TRANSPORTE

ACONDICIONAMENTO: Data ___/___/___ Hora __:__h

TEMPERATURA DA CAIXA TÉRMICA NO MOMENTO DO ENVIO PARA BTOC: _____°C

RESPONSÁVEL PELO ACONDICIONAMENTO: _____

Atenção: Temperatura aceitável para transporte: 2º a 8ºC

1. MATERIAL NECESSÁRIO PARA ACONDICIONAMENTO:

- Caixa térmica de parede **rígida** de +/- 15 litros
- 6 **GELOX®** congelados (**NÃO PODE** ser usado gelo em cubo)
- Suporte para fixar o frasco com a **tecido ocular** (córnea/ esclera)
- Este formulário de **ACONDICIONAMENTO DE TECIDO OCULAR** preenchido
- 1 **saco plástico** para proteção deste formulário
- **ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO DE CAIXA TÉRMICA PARA TRANSPORTE** de **MATERIAL BIOLÓGICO**, conforme a empresa de ônibus a ser utilizada
- **Frasco com o tecido ocular a ser devolvido**

2. **Antes** de colocar a córnea/esclera na caixa térmica, climatizar a caixa térmica **com GELOX®**, deixando a **temperatura interna entre 2º a 8ºC**

3. Colocar os materiais **DENTRO** da caixa térmica, conforme modelo da foto

- Os frascos com córnea/esclera, **SEM CONTATO DIRETO** com o **Gelox®**
- Este formulário de **ACONDICIONAMENTO DE TECIDO OCULAR HUMANO PARA BANCO DE OLHOS** protegido por 1 **SACO PLÁSTICO** lacrado com fita adesiva par não molhar



4. Caixa térmica **LACRADA** e **IDENTIFICADA** com a **ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO PARA TRANSPORTE de MATERIAL BIOLÓGICO** abaixo, conforme a **empresa de ônibus utilizada (Reunidas ou outras)**

5. A caixa térmica será devolvida para equipe pelo **BTOC**

ORIENTAÇÕES PARA ACONDICIONAMENTO DE TECIDO OCULAR PARA DEVOLUÇÃO AO BANCO DE OLHOS

IDENTIFICAÇÃO DE CAIXA TÉRMICA

MATERIAL BIOLÓGICO: FRÁGIL

REMETENTE

INSTITUIÇÃO: _____ MUNICÍPIO _____ SC
RESPONSÁVEL PELO ENVIO: _____ CONTATO TELEFÔNICO: () _____

INFORMAÇÕES DA EMPRESA ÔNIBUS

Nome da empresa de ônibus: _____ Nº ÔNIBUS: _____
SAÍDA: DATA: ____/____/____ HORÁRIO: _____ H

CHEGADA NO DESTINO: LOCAL: RODOVIÁRIA () GARAGEM ()
DATA: ____/____/____ HORÁRIO: _____ H
RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NO DESTINO: _____ Telefone () _____

DESTINATÁRIO

BANCO DE OLHOS DE: _____

PAGADOR DO FRETE: CNPJ: Fundo Estadual de Saúde: Nº 80673-411 / 0001-87