

## ROTEIRO PARA CONDUÇÃO DE PROCESSO DE DOADOR DE FÍGADO PAF

RESPONSABILIDADE DA EQUIPE DE TRANSPLANTE		SIM
1	Coletar amostra de sangue para realização de sorologia, no dia do aceite do fígado primário e enviar imediatamente para o Hemosc Florianópolis	
2	Comunicar a CNCDO/SC dos dados de transporte da amostra de sangue para o hemosc	
3	Notificação de Doador de fígado PAF	
4	Bioquímica completa de protocolo de doador do dia do procedimento	
5	Laudo da sorologia	
6	Laudo de grupo sanguíneo	
7	Termo de autorização assinado pelo doador PAF ( se maior de 18 anos) ou responsável(is) legal( is) se menor de 18 anos ou maior de 18 anos e incapaz	
8	Enviar a documentação dos itens 1 a 7 o mais breve possível após o aceite do fígado primário para o doador PAF	
9	CNCDO/SC deve enviar o laudo de sorologia com o RGCT do doador PAF para as identificações da captação	
10	Relatório de hepatectomia do enxerto PAF	
11	Acondicionar o enxerto PAF conforme o Protocolo Estadual de Acondicionamento de Órgão para Transplante, identificando a caixa térmica com etiqueta específica	
12	Enviar a documentação de captação do enxerto PAF para CNCDO/SC o mais breve possível	

## NOTIFICAÇÃO DE DOADOR DE FÍGADO - PAF

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hospital \_\_\_\_\_

Setor \_\_\_\_\_ Telefone para contato \_\_\_\_\_ Município \_\_\_\_\_

Responsável pela notificação \_\_\_\_\_ Conselho \_\_\_\_\_

### 1-IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

RGCT (registro da CNCDO/SC) \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_

Sexo ( ) Masculino ( ) Feminino Data Nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nacionalidade \_\_\_\_\_

Município \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Nome do Pai \_\_\_\_\_

Nome da Mãe \_\_\_\_\_

Estado civil \_\_\_\_\_ Nome do Conjuge \_\_\_\_\_

( ) RG ( ) CPF Nº: \_\_\_\_\_ Cor ( ) Branca ( ) Amarela ( ) Indígena ( ) Negra ( ) Parda

Data internação		Hospital / / UTI / /		Entubação / /	
<b>ANTECEDENTES</b>		<b>NÃO</b>	<b>SIM</b>	<b>SE RESPOSTA "SIM" COMPLETAR ABAIXO</b>	
Diabetes Mellitus				( ) No paciente ( ) No pai	Tempo de diagnóstico: _____ Medicação: _____
DPOC				Tipo: _____	Tempo de diagnóstico _____
HAS				Tempo de diagnóstico _____	Medicações de uso contínuo _____
História de neoplasia no paciente				Tipo _____	Tempo de cura _____
Etilismo				Tipo _____	Quantidade/dia _____ Tempo de consumo _____
Tabagismo				Quantidade/dia _____	Tempo de dependência _____
Outras drogas				Qual (is) _____	Tempo de dependência _____
Culturas		Anteriores a doação		Se sim: ENVIAR LAUDOS PARA CNCDO/SC	
		<b>DE DOAÇÃO</b>		<b>DATA DA COLETA</b>	
		(Obrigatório: UROCULTURA, SECREÇÃO TRAQUEAL E HEMOCULTURA)		/ /	
<b>INFORMAÇÕES CLÍNICAS</b>					
<b>Dados antropométricos</b>		Altura _____ m		Peso _____ Kg	
<b>EVENTOS</b>		<b>NÃO</b>	<b>SIM</b>	<b>SE RESPOSTA "SIM" COMPLETAR ABAIXO (obrigatório)</b>	
Hemoterapia				( ) CH ( ) PFC ( ) PQT ( ) CRIO	Total transfundido _____ ml Data da última transfusão _____/_____/____
Parada cardíaca				Data _____/_____/____ Duração _____	Desfibrilação ( ) Sim ( ) Não Drogas usadas _____
Choque				Tipo choque _____	Data de controle do choque _____
Infecção				Local _____	
Antibiótico				1° ATB _____	Dose _____ Data de início _____/_____/____
				2° ATB _____	Dose _____ Data de início _____/_____/____
<b>Informações relevantes do EXAME FÍSICO</b>		<b>Cabeça:</b> _____			
		<b>Tronco / quadril:</b> _____			
		<b>MMSS:</b> _____			
		<b>MMII:</b> _____			
<b>CONCLUSÃO</b>		( ) DOAÇÃO PAF			

**CONTROLE DE BIOQUÍMICA DIÁRIO- OBRIGATÓRIO**

<b>Paciente:</b>			
<b>Bioquímica</b>	<b>Admissão</b>	<b>/</b>	<b>/</b>
NA (130 a 150)			
K(3,5 a 5,5)			
Cr(< 1,5)			
M g(>19)			
Ca			
Ur			
Fósforo			
TGO			
TGP			
Gama-GT			
Bilirrubina Total			
Bilirrubina Direta			
Fosfatase Alcalina			
Glicemia/HGT(< 180)			
Amilase			
Lipase			
Ck			
CK-MB			
Troponina			
HT(> 21%)			
Hb			
Plaquetas			
Leucócitos			
Bastões			
TAP/RNI (< 1,5)			
Fio2			
pH			
pO2			
pCO2			
SatO2			
<b>LAUDO DA TIPAGEM SANGUÍNEA</b>			
<b>MEMBRO DA CIHDOTT</b>			



**REQUISIÇÃO DE EXAMES  
DE DOADOR DE FÍGADO PAF**

HMR.03.04.23

HEMOCENTRO: Florianópolis

Nº 000

**Dados de Identificação:**

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ CNS: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ Registro de Internação: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

**Dados da coleta**

Data da **COLETA** da amostra: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data do ACONDICIONAMENTO NA CAIXA TÉRMICA : \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_ Hora: \_\_\_\_: \_\_\_\_

Profissional **RESPONSÁVEL PELA COLETA** \_\_\_\_\_ Coren: \_\_\_\_\_

**REQUISIÇÃO/RESULTADO DE EXAMES**



ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

HOSPITAL/CLINICA

NOME										ETIQUETA - HEMOSC	
IDADE	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	COR <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A	PESO	ALTURA	CLINICA	ENFERMARIA	LEITO				
DADOS CLÍNICOS											
<b>CANDIDATO A DOADOR FÍGADO PAF (MOTIVO 23)</b>											
MATERIAIS A EXAMINAR											
<b>SANGUE TOTAL 8,5 mL COLETADO EM TUBO COM GEL OU SEM ANTICOAGULANTE</b>											
EXAMES SOLICITADOS											
<p>( X ) 19 - SOROLOGIA COMPLETA ( TUBO COM GEL): ANTI-HIV 1 e 2</p> <p>ANTI-HTLV I/II</p> <p>HBsAg, ANTI-HBc, ANTI-HBs,</p> <p>ANTI-HCV,</p> <p>SOROLOGIA PARA SÍFILIS E DOENÇA DE CHAGAS</p> <p>SOROLOGIA PARA CITOMEGALOVÍRUS (ANTI-CMV IgM/IgG)</p> <p>SOROLOGIA PARA TOXOPLASMOSE (ANTI-TOXO IgM/IgG)</p> <p>SOROLOGIA PARA EPSTEIN BARR (ANTI-IgM/IgG)</p>											
DATA			CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO								

**ENVIAR JUNTO COM A AMOSTRA DE SANGUE PARA O HEMOSC - FPOLIS  
OBRIGATÓRIO ASSINATURA E CARIMBO MÉDICO**

**MAIOR DE 18 ANOS**
**1- DOADOR**

Nome legível \_\_\_\_\_

Idade \_\_\_\_\_ anos Sexo ( ) M ( ) F Data de Nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_ RG/CPF n° \_\_\_\_\_

Endereço completo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Município \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Hospital \_\_\_\_\_ Município \_\_\_\_\_/SC

Registro Hospitalar \_\_\_\_\_

**2- RESPONSÁVEL PELA AUTORIZAÇÃO : DOADOR PAF**

Nome \_\_\_\_\_

Idade \_\_\_\_\_ Sexo ( ) M ( ) F RG( ) CPF( ) n° \_\_\_\_\_

Grau de escolaridade \_\_\_\_\_ Religião \_\_\_\_\_ Profissão \_\_\_\_\_

Endereço completo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Município \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Telefone( s ) ( ) \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

Data da autorização \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Hora da autorização \_\_\_\_: \_\_\_\_ h

**OBRIGATÓRIO** enviar **CÓPIA DO DOCUMENTO** do **DOADOR AUTORIZANTE E TESTEMUNHAS** para CNCDO/SC

**3- AUTORIZADO A RETIRADA DE ÓRGÃOS E/ OU TECIDOS**

( ) SOMENTE PARA FINS DE TRANSPLANTE

**Testemunha-1**

Nome legível \_\_\_\_\_

( ) RG ( ) CPF n° \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Telefone ( ) \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

**Testemunha-2**

Nome legível \_\_\_\_\_

( ) RG ( ) CPF n° \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Telefone ( ) \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

**Profissional (is) responsável(s) pela Equipe de Transplantes**

1-Nome completo \_\_\_\_\_ Conselho \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

2-Nome completo \_\_\_\_\_ Conselho \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

**1ª VIA – HOSPITAL**
**2ª VIA – FAMILIARES**
**3ª VIA- CNCDO**

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE DOAÇÃO DE FÍGADO- PAF**

**MENOR DE 18 ANOS**

**1- DOADOR**  
 Nome legível \_\_\_\_\_  
 Idade \_\_\_\_\_ anos      Sexo ( ) M ( ) F      Data de Nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Estado Civil \_\_\_\_\_ RG/CPF nº \_\_\_\_\_  
 Endereço completo \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Município \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
 Hospital \_\_\_\_\_ Município \_\_\_\_\_/SC  
 Registro Hospitalar \_\_\_\_\_

**2- RESPONSÁVEL PELA AUTORIZAÇÃO:** ( ) Pai ( ) Mãe ( ) Tutor legal comprovado  
 Nome \_\_\_\_\_  
 Idade \_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ RG ( ) CPF ( ) nº \_\_\_\_\_ Profissão \_\_\_\_\_  
 Religião \_\_\_\_\_ Grau de escolaridade \_\_\_\_\_  
 Endereço completo \_\_\_\_\_  
 Município \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Telefone(s) ( ) \_\_\_\_\_  
**ASSINATURA** \_\_\_\_\_  
 1) **Nome** \_\_\_\_\_  
 Idade \_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ RG ( ) CPF ( ) nº \_\_\_\_\_ Profissão \_\_\_\_\_  
 Religião \_\_\_\_\_ Grau de escolaridade \_\_\_\_\_  
 Endereço completo \_\_\_\_\_  
 Município \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Telefone(s) ( ) \_\_\_\_\_  
**ASSINATURA** \_\_\_\_\_ **Data** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Hora** \_\_\_\_: \_\_\_\_ h  
**OBRIGATÓRIO** enviar **CÓPIA DO DOCUMENTO: DOADOR, AUTORIZANTES e TESTEMUNHAS** para CNCDO/SC

**Testemunha-1**

**Nome legível** \_\_\_\_\_  
 ( ) RG ( ) CPF nº \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Telefone ( ) \_\_\_\_\_  
 Endereço \_\_\_\_\_  
**Assinatura** \_\_\_\_\_

**Testemunha-2**

**Nome legível** \_\_\_\_\_  
 ( ) RG ( ) CPF nº \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Telefone ( ) \_\_\_\_\_  
 Endereço \_\_\_\_\_  
**Assinatura** \_\_\_\_\_

**Profissional (is) responsável(s) pela Equipe de Transplantes**

1-Nome completo \_\_\_\_\_ Conselho \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_  
 2-Nome completo \_\_\_\_\_ Conselho \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

**1ª VIA – HOSPITAL**

**2ª VIA – FAMILIARES**

**3ª VIA- CNCDO**

