

RELATÓRIO DE CORAÇÃO

1. Identificação

Hospital _____ Cidade _____/SC
Nome do Paciente _____ RGCT _____
Data do explante ____/____/_____
Cirurgião _____ 1º auxiliar _____
Anestesista _____
Coordenador de Sala (CHT) _____
Diagnóstico pré-operatório: *Morte encefálica – doador de órgãos*

2. Descrição da Operação

- Início da cirurgia _____ h
- Paciente em decúbito dorsal sob anestesia geral.
- Degermação + Antissepsia + Colocação de campos estéreis
- Toracotomia transternal mediana, pericardiotomia e exposição do coração.
- Inspeção do coração emitida primeira informação à equipe de implante sobre aspectos do coração e previsão do tempo de explante e tempo de transporte a fim de estabelecer estimativa do horário de chegada do coração do doador para a correta sincronização dos tempos da equipe de explante com a equipe de implante.
- Heparinização
- Clampeamento da aorta data: ____/____/20____ Hora: ____: ____ h
- Infusão de solução cardioplégica gelada na raiz aórtica
- Solução de preservação usada _____ Volume total usado _____ ml
Lote _____ Validade _____
- Remoção completa do coração do tórax do doador seguido de irrigação e lavagem com solução isotônica gelada.
- Fechamento do tórax
- Acondicionamento do órgão conforme protocolo da equipe de transplante
- Término da cirurgia _____ h

3. Intercorrências

4. Achados cirúrgicos dignos de relato ou possíveis razões para suspensão do transplante

Médico responsável pelo preenchimento



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SISTEMA NACIONAL DE TRANSPLANTES
ÓRGÃOS PARA **TRANSPLANTES**

CONTÉM:

CORAÇÃO

ORIGEM:

DESTINO:

RGCT DOADOR:

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NO DESTINO:

ATENÇÃO – Clampeamento: Data / / 20__ Hora : h

TEMPO MÁXIMO DE ISQUEMIA FRIA: 4h

Obs.: O “RGCT DOADOR” deve ser solicitado a CET/SC
Por questões legais **não deve** ser registrado o nome do doador.

1