

RELATÓRIO DE NEFRECTOMIA

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
 - Degermação + Antissepsia + Colocação de campos estéreis
 - Laparotomia mediana + ampliação lateral + esternotomia
 - Canulação de artéria infrarenal
 - Heparinização
 - Clampeamento da aorta suprailíaca: Data: ____/____/20____ Hora: ____: ____ h
 - Volume de perfusão na aorta _____ ml
 - Horário de retirada rins D ____: ____ h E ____: ____ h, com pedículos vasculares + uretér longo + enxertos de vasos ilíacos
 - Solução de preservação usada: _____ Volume total usado: _____ ml
 Lote _____ Validade _____
 - Retirado linfonodos + fragmento de baço
 - Fechamento em plano único
 - Acondicionamento do órgão, separadamente conforme protocolo estadual
- *OBS.: Em caso de uso de EUROCOLLINS, registrar dados abaixo:**

Solução de glicose 3,57%: Lote: _____ Validade: _____

Solução de Eletrólito: Lote: _____ Validade: _____
- Obs.: () Ausência de visceromegalias ou sinais de câncer no doador.
 - Término da cirurgia: _____ h

3. Intercorrências _____

4. Achados anatômicos

- a. Rim Direito** () total de artéria (s) () total de veia (s) () total de ureter (es)
- Qualidade da perfusão _____
- () Nódulos _____ () Cistos _____
- () Placas ateromatose _____
- Outras alterações _____
-
- b. Rim Esquerdo** () total de artéria (s) () total de veia (s) () total de ureter (es)
- Qualidade da perfusão _____
- () Nódulos _____ () Cistos _____
- () Placas ateromatose _____
- Outras alterações _____

Assinatura e carimbo do médico responsável pelo preenchimento _____



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

CONTÉM: **RIM ESQUERDO**

ORIGEM:

DESTINO:

RGCT DOADOR:

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NO DESTINO:

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

TEMPO MÁXIMO DE ISQUEMIA FRIA: 36

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



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

CONTÉM: **RIM DIREITO**

ORIGEM:

DESTINO:

RGCT DOADOR:

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NO DESTINO:

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

TEMPO MÁXIMO DE ISQUEMIA FRIA: 36h

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

Identificação **OBRIGATÓRIA** para frasco de linfonodo/baço nº 1

Nome completo do doador:

Hospital

Município:

“Proteger frasco identificado em saco plástico”

Identificação **OBRIGATÓRIA** para frasco de linfonodo/baço nº2

Nome completo do doador:

Hospital

Município:

“Proteger frasco identificado em saco plástico”

Identificação **OBRIGATÓRIA** para frasco de linfonodo/baço nº3

Nome completo do doador:

Hospital

Município:

“Proteger frasco identificado em saco plástico”



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

IDENTIFICAÇÃO DE CAIXA DE MATERIAL BIOLÓGICO PARA CROSS MATCH

**CONTEÚDO: FRASCO COM LINFONODOS E FRAGMENTO DE BAÇO
SUBMERSOS EM SORO FISIOLÓGICO**

DESTINO: HEMOSC – FLORIANÓPOLIS

INICIAIS DO DOADOR:

RGCT DO DOADOR:

HOSPITAL DOADOR:

MUNICÍPIO: