

NOTIFICAÇÃO DE DOADOR DE TECIDO OCULAR/PCR **RGCT (CET):**

Data da notificação / /20..... Hora: h Tel(s). ()

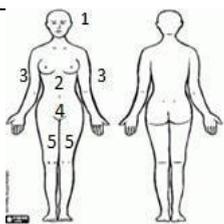
NOME DO DOADOR _____
 Data de Nascimento ____/____/____ Idade ____ anos Sexo ____ Registro Hospitalar nº _____
 Estado Civil _____ RG/CPF _____ Nacionalidade _____
 Grau de escolaridade _____ Profissão _____
 Nome da Mãe _____
 Cor: ()Branca () Amarela () Indígena () Negra () Parda Cidade de origem _____ UF _____

Instituição/Hospital notificante _____
 Cidade _____
 Responsável pela informação/registo: _____

História clínica: _____
Causa da PCR _____
 Data da PCR ____/____/____ Hora da PCR: _____ h

| INFORMAÇÕES OBRIGATÓRIAS PARA O BTOC | Não | Sim | Observações se resposta “ SIM ” |
|--|-----|-----|---|
| Cicatrizes ou incisões cirúrgicas anteriores | | | Causa das cirurgias ou cicatrizes: |
| Cirurgia de catarata | | | Qual olho? |
| HAS | | | |
| Diabetes Mellitus | | | |
| Etilismo | | | |
| Uso de drogas ilícitas INALATÓRIAS | | | Quais? Quanto tempo? |
| Icterícia | | | Motivo? |
| Hepatomegalia | | | Motivo? |
| Linfadenopatia difusa | | | Motivo? |
| Vacinação nos últimos 12 meses | | | Qual(is)?: Quando? |
| Infecção ocular no momento da doação | | | Qual olho? |
| História de doença crônica, sistêmica e autoimune | | | Qual doença?: |
| Viagem fora de Santa Catarina nos últimos 12 meses | | | Onde? Quando? |
| Ingestão ou exposição a substâncias tóxicas nos últimos 12 (doze) meses | | | Qual substância ?: Quando?: |
| Uso de antibiótico(s) nas últimas 72 horas | | | Motivo? Quais? |
| Droga vasoativa em uso no dia do óbito | | | Tipo: Dose em ml/h do dia do óbito: |

OBRIGATÓRIO Enviar para CET/SC o “Roteiro de triagem de potencial doador e o cálculo de hemodiluição”



EXAME FÍSICO: Identifique no desenho ao lado as **ALTERAÇÕES ENCONTRADAS (secreção, lesão, hematoma, equimose, cicatrizes)** no exame físico do doador

1. Cabeça _____

2. Tórax _____

3. MSD _____ MSE _____

4. Genitália / região anal _____

MID _____ MIE _____

| NOME POTENCIAL DOADOR: | | |
|---|-----|-----|
| ROTEIRO DE TRIAGEM CLÍNICA, SOCIAL E FÍSICA (RDC 564/2021) | sim | não |
| 1. Causa de morte sem possibilidade de definição | | |
| 2. Infecção suspeita ou confirmada por SARs-CoV-2 há menos de 28 dias | | |
| 3. Contato com casos suspeitos ou confirmados há menos de 14 dias | | |
| 4. Portador de hepatite B, C, HIV, HTLV I e II | | |
| 5. Com infecção sistêmica não controlada no momento do óbito (bacteriana, viral, fúngica ou parasitária) | | |
| 6. Cirurgia de Lasik (correção miopia) | | |
| 7. Transplante com dura-máter | | |
| 8. Transplante de órgão ou xenotransplante (órgão/tecido de origem animal) | | |
| 9. Neurocirurgia por motivo desconhecido | | |
| 10. Portador de síndrome de Reye | | |
| 11. Retinoblastoma | | |
| 12. Em tratamento com agentes imunossupressores na ocasião do óbito | | |
| 13. Raiva | | |
| 14. Rubéola Congênita | | |
| 15. Neoplasias hematológicas (leucemia, Mieloma múltiplo, Linfoma) | | |
| 16. Tumores malignos do segmento anterior do olho | | |
| 17. Melanoma | | |
| 18. Portador da doença de Creutzfeldt-Jakob no paciente ou familiar | | |
| 19. Portador de demência progressiva rápida ou doença neurodegenerativa de causa desconhecida | | |
| 20. Em tratamento com hormônio do crescimento (de origem humana ou outro hormônio de origem hipofisária não recombinante) na ocasião do óbito | | |
| 21. Realização de piercing, tatuagem, maquiagem nos últimos 12 meses | | |
| 22. Transplante de tecidos nos últimos 12 meses | | |
| Ocorrências nos últimos 6 meses | | |
| Indivíduo com comportamento de risco para transmissão de doenças infecto-contagiosas, incluindo prática sexual com parceiros que apresentam: | | |
| 23. Prostituição, uso de drogas injetáveis, vítima de violência sexual, encarceramento por mais de 72h, parceiro com HIV, hepatite B ou C, ou doença sexualmente transmissível; | | |
| 24. Terapia Renal Substitutiva CRÔNICA (hemodiálise) ; | | |
| 25. Histórico de uso de medicamentos hemoderivados (albumina, imunoglobulinas, complexos protrombínicos e fatores de coagulação) | | |
| É contra indicação absoluta se houver qualquer resposta “SIM” | | |

Profissional responsável : _____ COREN/CRM: _____

| | | |
|---|-------|-------|
| Nome do paciente | | |
| CÁLCULO DE HEMODILUIÇÃO | | |
| COLETA DAS AMOSTRAS | DATA: | HORA: |
| PESO DO POTENCIAL DOADOR | KG | |
| CÁLCULOS DE REFERÊNCIA* | | |
| Volume PLASMÁTICO (VP)= peso ÷ 0,025 | | ml |
| Volume SANGUÍNEO (VS)= peso ÷ 0,015 | | ml |

| | | |
|---|----|---------------------------|
| VOLUME ADMINISTRADO 48h ANTES DA DATA/HORA COLETA DA AMOSTRA | | |
| A - VOLUME TOTAL DE SANGUE TRANSFUNDIDO | | |
| CONCENTRADO DE HEMÁCIAS | ml | TOTAL "A": _____ml |
| SANGUE TOTAL | ml | |
| SANGUE RECONSTITUÍDO | ml | |
| B - VOLUME TOTAL DE COLÓIDE INFUNDIDO | | |
| DEXTRAN | ml | TOTAL "B": _____ml |
| PLASMA | ml | |
| PLAQUETAS | ml | |
| ALBUMINA | ml | |
| HETASTARCH | ml | |
| outros | ml | |

| | | |
|--|----|---------------------------|
| C - VOLUME ADMINISTRADO 1h ANTES DA DATA/HORA COLETA DA AMOSTRA | | |
| SF (soro fisiológico) | ml | TOTAL "C": _____ml |
| SG (soro glicosado) | ml | |
| RINGER LACTATO | ml | |
| outros | ml | |

| CÁLCULO DE HEMODILUIÇÃO | | | |
|--------------------------------|-----------|---|----------------------------|
| Cálculo | Resultado | Pergunta | Assinale a resposta abaixo |
| Somar TOTAL B+C | | Esse resultado é MAIOR que o valor do volume PLASMÁTICO ? | SIM NÃO |
| Somar TOTAL A+B+C | | Esse resultado é MAIOR que o valor do volume SANGUÍNEO | SIM NÃO |

| | | |
|---|----------------------------------|---|
| CONCLUSÃO DO CÁLCULO DE HEMODILUIÇÃO | | |
| RESULTADO DO CÁLCULO DE HEMODILUIÇÃO | Ao menos uma resposta SIM | CONTRA INDICAÇÃO ABSOLUTA para doação de tecido ocular |
| | Todas as respostas: NÃO | Se aprovado na triagem clínica, social e física: VALIDADO PARA REALIZAR ENTREVISTA FAMILIAR PARA DOAÇÃO DE TECIDO OCULAR |

Profissional responsável: _____

Coren/CRM: _____

| | | |
|---|--|---------------------|
|  | REQUISIÇÃO DE EXAMES DOADORES DE <u>TECIDO OCULAR</u> | HMR.03.04.23 |
| | HEMOCENTRO: Florianópolis | Nº 000 |

NOME: _____
 Nome da Mãe: _____
 Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Sexo: _____ CNS: _____
 RG: _____ Registro de Internação: _____

ENDEREÇO DO DOADOR: _____ Município _____
 CEP _____

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/CLÍNICA _____

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|---|--|--|--|------|--------|---------|------------|-------|
| NOME | | | | | | | | | | ETIQUETA - HEMOSC | | | | | | | | | | |
| IDADE | | | | | | | | | | SEXO | | COR | | | | PESO | ALTURA | CLÍNICA | ENFERMARIA | LEITO |
| | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> Par. <input type="checkbox"/> Pret. <input type="checkbox"/> Ind <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |

DADOS CLÍNICOS

DOADOR DE TECIDO OCULAR (MOTIVO 24)

MATERIAIS A EXAMINAR

SANGUE TOTAL 8,5 mL COLETADO em tubo com GEL ou SEM ANTICOAGULANTE
SANGUE TOTAL 5,0 ml COLETADO COM EDTA (PPT-K) - (para o NAT)

EXAMES SOLICITADOS

(X) 20 - SOROLOGIA COMPLETA: ANTI-HIV 1 e 2
 ANTI-HTLV I/II
 HBsAg, ANTI-HBc, ANTI-HBs,
 ANTI-HCV
 (X) TESTE DE AMPLIFICAÇÃO DE ÁCIDOS NUCLÉICOS (NAT)

| | |
|------|-----------------------------------|
| DATA | CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO |
|------|-----------------------------------|

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

| PROTOCOLO DE COLETA DE AMOSTRA DE SANGUE PARA O HEMOSC | |
|--|---|
| LOCAL DE COLETA | Acesso venoso EXCLUSIVO (local que NÃO TENHA infusões de soluções ou medicações) |
| TUBOS | Total de tubos → 2 tubos, sendo: |
| | SOROLOGIA 1 tubo tampa laranja com GEL : com 8,5 ml de sangue 1 tubo com PPTK(NAT) : com 5 ml de sangue |
| | Centrifugar amostra SIM |
| IDENTIFICAÇÃO DOS TUBOS | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Usar etiquetas do modelo abaixo ✓ OU etiqueta padronizada da própria instituição, que contenha os dados de identificação do paciente e data de nascimento |
| REQUISIÇÕES DE EXAMES | Disponível no site da SC transplantes e deve acompanhar os tubos |

ATENÇÃO CHT

→ Abaixo são etiquetas padronizadas de identificação dos tubos para sorologia

→ Recortar e fixar em cada um dos tubos de amostra de sangue

- USO OBRIGATÓRIO-

| |
|-------------------------|
| Nº registro internação: |
| Nome: |
| Data de nascimento: |
| Hospital |

| |
|-------------------------|
| Nº registro internação: |
| Nome: |
| Data de nascimento: |
| Hospital |

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE DOAÇÃO DE TECIDO OCULAR MAIOR DE 18 ANOS

1. DOADOR

Nome legível: _____ idade: _____ anos
Sexo: M() F() data nasc: ___/___/___ Estado civil: _____
Endereço: _____
Município: _____ Estado: _____ CPF/RG: _____
Nome da mãe: _____
Hospital: _____ Município: _____
Registro Hospitalar: _____
Data Óbito: ___/___/___ Horário: _____ h

2. **RESPONSÁVEL PELA AUTORIZAÇÃO:** Avô/ó () Pai() Mãe() Irmão/ã() Filho/a()
Neto/a() Cônjuge/Companheiro/a() Curador comprovado() Autorização Judicial comprovada()
***Decreto 9175 out/2017, art.20**

Nome legível: _____ idade: _____ anos
Sexo: M() F() Profissão: _____ CPF/RG: _____
Religião: _____ Telefone: () _____
Endereço: _____
Município: _____ Estado: _____ Grau escolaridade: _____

* Autorizo o acesso ao prontuário do paciente e a cópia da "Declaração de Óbito" nos casos de encaminhamento ao Serviço de Verificação de Óbitos - SVO. A causa do Óbito é necessária para fins de triagem conforme RDC 55 dez/2015, art 107.

AUTORIZANTE PARENTE DE 1º GRAU (pai, mãe, filho, filha) () Sim () Não, motivo: _____

_____ Data: ___/___/___ Hora _____ h

ASSINATURA RESPONSÁVEL

OBRIGATÓRIO enviar **CÓPIA DO DOCUMENTO** do **DOADOR** e do **AUTORIZANTE** para **CET/SC**

3. AUTORIZADO A RETIRADA DO TECIDO OCULAR

() somente para fins de transplante

() o tecido ocular que não for utilizado para transplante, devido sua qualidade, pode ser utilizado para fins científicos (ensino/pesquisa).

Testemunha (1) Nome: _____
RG/CPF: _____ Parentesco: _____ Telefone: () _____
Endereço completo: _____

Assinatura: _____

Testemunha (2) Nome: _____
RG/CPF: _____ Parentesco: _____ Telefone: () _____
Endereço completo: _____

Assinatura: _____

Profissional CHT:

Nome: _____ Registro: _____ ASS: _____
Nome: _____ Registro: _____ ASS: _____

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE DOAÇÃO DE TECIDO OCULAR MENOR DE 18 ANOS

1. DOADOR

Nome legível: _____ idade: _____ anos
Sexo: M() F() data nasc: ___/___/___ Estado civil: _____
Endereço: _____
Município: _____ Estado: _____ CPF/RG: _____
Nome da mãe: _____
Hospital: _____ Município: _____
Registro Hospitalar: _____
Data Óbito: ___/___/___ Horário: _____ h

2. RESPONSÁVEL PELA AUTORIZAÇÃO:

Pai() Mãe() Tutor legal() Autorização Judicial comprovada() *Decreto 9175 out/2017, art.20

Nome legível: _____ idade: _____ anos
Sexo: M() F() Profissão: _____ CPF/RG: _____
Religião: _____ Telefone: () _____
Endereço: _____
Município: _____ Estado: _____ Grau escolaridade: _____

Assinatura: _____

Pai() Mãe()

Nome legível: _____ idade: _____ anos
Sexo: M() F() Profissão: _____ CPF/RG: _____
Religião: _____ Telefone: () _____
Endereço: _____
Município: _____ Estado: _____ Grau escolaridade: _____

Assinatura: _____

* Autorizo o acesso ao prontuário do paciente e a cópia da "Declaração de Óbito" nos casos de encaminhamento ao Serviço de Verificação de Óbitos - SVO. A causa do Óbito é necessária para fins de triagem conforme RDC 55 dez/2015, art 107.

OBRIGATÓRIO enviar **CÓPIA DO DOCUMENTO** do **DOADOR** e do **AUTORIZANTE** para **CET/SC**

3. AUTORIZADO A RETIRADA DO TECIDO OCULAR

() somente para fins de transplante

() o tecido ocular que não for utilizado para transplante, devido sua qualidade, pode ser utilizado para fins científicos (ensino/pesquisa).

Testemunha (1) Nome: _____
RG/CPF: _____ Parentesco: _____ Telefone: () _____
Endereço completo: _____

Assinatura: _____

Testemunha (2) Nome: _____
RG/CPF: _____ Parentesco: _____ Telefone: () _____
Endereço completo: _____

Assinatura: _____

Profissional CHT:

Nome: _____ Registro: _____ ASS: _____
Nome: _____ Registro: _____ ASS: _____

ENUCLEAÇÃO

Doador: _____

Idade: _____ anos Sexo: M () F ()

Hospital/Instituição notificante: _____

Município da captação: _____

Causa da PCR: _____

Corpo mantido em câmara fria **até a enucleação** () Sim () Não

Data da PCR : ____/____/____ Hora da PCR : ____ h

Enucleação : Data ____/____/____ Horário: ____ h

Antibiótico Tópico utilizado: _____

AVALIAÇÃO MACROSCÓPICA DO ENUCLEADOR (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)

| ESQUERDA | | | | DIREITA | | | | | | | | | | | |
|-----------|---|---|---|------------------------|--|--|--|---------|---|---|---|-----------|--|--|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | SECREÇÃO OCULAR | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | TRAUMA NA ENUCLEAÇÃO | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | TRANSPARÊNCIA CORNEANA | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | EROSÃO EPITELIAL | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | ARCO SENIL | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | PTERÍGIO | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | CICATRIZES | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | |
| 1-Ausente | | | | 2-Mínimo | | | | 3-Médio | | | | 4-Intenso | | | |

Informações relevantes encontradas no procedimento: _____

Responsável pela Eucleação _____

Assinatura e carimbo

| ESPAÇO PARA USO EXCLUSIVO DA CET/SC | |
|-------------------------------------|--------------------------------|
| TECIDO OCULAR () SC | TECIDO OCULAR () Outro Estado |
| Nº Alfa Numérico: _____ | |
| DATA: ____/____/20____ | HORA: ____ h |
| Téc. CET/SC _____ | |

ACONDICIONAMENTO de TECIDO OCULAR HUMANO e AMOSTRA de SANGUE para SOROLOGIA, para envio ao BANCO DE OLHOS

Instituição Captadora de Tecido Ocular

Inst./Hospital _____ Município _____

Doador: _____ (iniciais)

Responsável pelo envio _____ Coren _____

Condições de transporte do tecido ocular

Banco de Olhos de destino _____

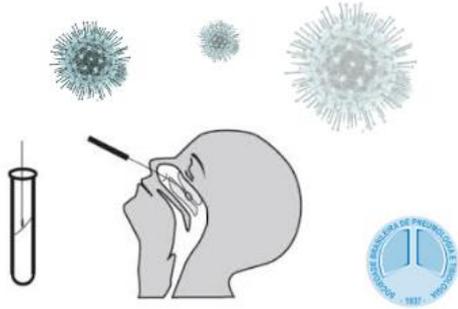
Acondicionamento: Data ____/____/____ Hora ____:____h

Temperatura da caixa térmica no momento do envio para BTOC _____ °C

Atenção: Temperatura aceitável para transporte: 2° a 8°C



1. Material necessário para acondicionamento:
 - Caixa térmica de parede rígida de +/- 15 litros
 - 6 placas de gelo reutilizável congelados, tipo **GELOX®**
 - 3 sacos plásticos
 - 3 folhas de papel absorvente (Ex. papel toalha)
 - Fita adesiva
 - Requisição do Hemosc para sorologia preenchida e assinada por médico
 - Este formulário de **ACONDICIONAMENTO DE TECIDO OCULAR HUMANO PARA BANCO DE OLHOS** preenchido
 - **ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO PARA TRANSPORTE de MATERIAL BIOLÓGICO**, conforme a empresa de ônibus a ser utilizada
2. Antes de colocar os globos oculares e a amostra de sangue, climatizar a caixa térmica **com GELOX®** (no mínimo **6 e congelados**), deixando a **temperatura interna entre 2° a 8°C (NÃO USAR** gelo comum)
3. Colocar **DENTRO** da caixa térmica:
 - Os tubos com amostra de sangue **PROTEGIDOS CADA UM POR PAPEL ABSORVENTE, colocando estes dentro de 1 SACO PLÁSTICO**
 - Os frascos com os globos oculares e os com as amostras de sangue, **SEM CONTATO DIRETO** com o **Gelox®**
 - **Requisição de exame** específica para sorologia no Hemosc protegida por **1 SACO PLÁSTICO** lacrado com fita adesiva
4. Caixa térmica **LACRADA** e com **ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO PARA TRANSPORTE de MATERIAL BIOLÓGICO** conforme a empresa de ônibus utilizada (Reunidas ou outras)

| PROTOCOLO COLETA DE MATERIAL PARA DE TRIAGEM DE RT-PCR PARA COVID-19 - EXCLUSIVO PARA DOADORES DE TECIDO OCULAR POR PCR- | |
|--|--|
| Momento da coleta | Após a entrevista familiar e antes da enucleação |
| Enviar para CET/SC cópia da requisição emitida pelo GAL/LACEN | Enviar para o e-mail cncdosc@gmail ou processo@saude.sc.gov.br |
| COLETA, ACONDICIONAMENTO E TRANSPORTE DA AMOSTRA | |
| Material a ser coletado para realizar RT-PCR | SWAB-NASAL COLETADO DA NASOFARINGE BILATERAL |
| Fazer o cadastro no sistema GAL/Lacen | Na tela OBSERVAÇÕES: DOADOR DE TECIDO OCULAR-SC TRANSPLANTES |
| Material para realizar o acondicionamento da amostra <ul style="list-style-type: none"> → Frasco de parede rígida com tampa rosqueada: servirá para colocar o tubo contendo a secreção dentro, para protegê-lo durante o transporte → Caixa de isopor com tampa → 5 Gelox® ou gelo comum o suficiente para manter a temperature de transporte entre 4-8°C → Fita adesiva larga → Etiqueta de identificação do tubo com secreção → Etiqueta de identificação do frasco com tampa rosqueada: → Etiqueta de identificação da caixa térmica para o transporte → Envelope ou saco plastic: para proteger a requisição, pois deverá ser fixada por for a da caixa térmica → Requisição do exame, impressa do sistema GAL/LACEN, após ter cadastrado o paciente, que será anexada na caixa térmica para envio a SC Transplantes | |
| MÉTODO DE COLETA | |
| Climatizar a caixa de isopor, ou 5 Gelox®, ou gelo comum, de maneira a manter uma temperatura de transporte entre 2 °C a 8 °C | |
| Realizar a coleta com o swab em NASOFARÍNGE BILATERAL <div style="text-align: center; margin: 10px 0;">  </div> | |
| Identificar o tubo com secreção com a etiqueta padronizada específica, preenchida corretamente <div style="text-align: center; margin: 10px 0;">  </div> | |

Colocar o tubo com secreção identificado, dentro do frasco com tampa rosqueada, na posição vertical



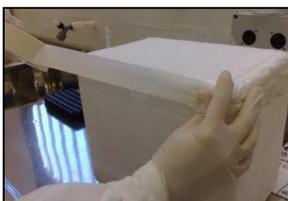
Identificar o frasco com tampa rosqueada com a etiqueta padronizada específica, preenchida corretamente



Colocar o frasco com tampa rosqueada dentro da caixa de isopor, fixando-o na parede interna da caixa, de maneira a ficar seguro para o transporte



Lacrar a caixa térmica



Fixar na parte externa da caixa de isopor:

- De um lado a “ Etiqueta de identificação para transporte”, em anexo neste protocolo
- Do outro lado a “Requisição de exame” emitida pelo sistema GAL, protegida por um envelope ou saco plástico (**jamais dentro da caixa**)



POR DETERMINAÇÃO DO LACEN O NÃO CUMPRIMENTO DESSAS NORMAS IMPLICARÁ EM DEVOLUÇÃO DO MATERIAL SEM A EXECUÇÃO DO EXAME.

Importante:

A caixa térmica com as amostras suspeitas de COVID -19 é de USO EXCLUSIVO O LACEN NÃO ACEITARÁ SE HOUVER OUTROS MATERIAIS BIOLÓGICOS DENTRO

Patricia Taha
Coordenadora de Biossegurança

Marlei Pickler Debiasi dos Anjos
Diretora do LACEN/SUV/SES

Anexos-COVID 19

ETIQUETAS PADRONIZADAS- USO OBRIGATÓRIO

(RECORTE E FIXE NO TUBO e no RECIPIENTE DE TAMPA ROSQUEADA)

TECIDO OCULAR - SC TRANSPLANTES – TUBO

Paciente:

Data:

Hora:

Hospital :

Cidade:

TECIDO OCULAR-
TRIAGEM DE COVID-19

(RECIPIENTE COM TAMPA ROSQUEADA)

Paciente:

HOSPITAL

MUNICÍPIO

TRANSPORTE DE AMOSTRA DE COVID 19 – RISCO BIOLÓGICO

REMETENTE

Instituição:

Município:

Responsável pelo envio:

Telefone:

DESTINATÁRIO

SC TRANSPLANTES

RUA: ESTEVES JÚNIOR, Nº 390, 4º ANDAR - CENTRO FLORIANÓPOLIS

TELEFONE: 0800-6437474