

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: _____

 <p>Centro de Hematologia e Hemoterapia de Santa Catarina HEMOSC</p>	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/CLINICA _____

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: _____

_____ **ASSINATURA RESPONSÁVEL** Data: ___/___/___ Hora _____ h

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 Enucleação _____

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

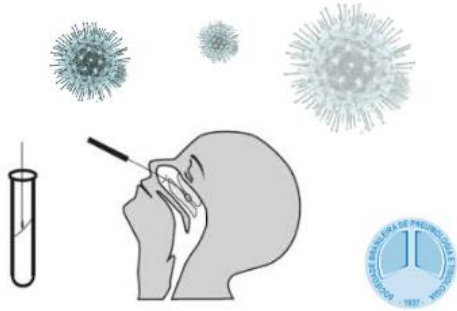
Material a ser coletado para realizar RT-PCR	SWAB-NASAL COLETADO DA NASOFARINGE BILATERAL
Fazer o cadastro no sistema GAL/Lacen	Na tela OBSERVAÇÕES: DOADOR DE TECIDO OCULAR-SC TRANSPLANTES

<p>Material para realizar o acondicionamento da amostra</p> <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**



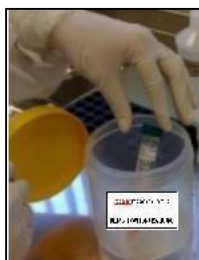
Identificar o tubo com secreção com a etiqueta padronizada específica, preenchida corretamente



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



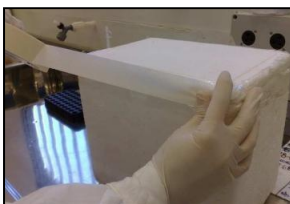
Identificar o frasco com tampa rosqueada com a etiqueta padronizada específica, preenchida corretamente



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

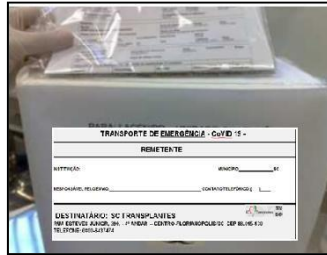


Lacrar a caixa térmica



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