



NOTIFICAÇÃO DE TRANSPLANTE DE ESCLERA

Dados sobre o Receptor

Nome _____ RGCT _____

Data de nasc. ____/____/____ Idade ____ anos Sexo _____

Diagnóstico _____ Data de diagnóstico ____/____/____

Dados sobre o Doador

Nome _____ RGCT _____

Instituição/Hospital de Doação _____ Esclera () D () E

Data da doação: ____/____/____

Dados sobre o Transplante

Centro de transplante/Hospital _____ Município _____

Data de Transplante ____/____/____ Horário _____ h

1º Transplante () Sim () Não

Retransplante () Sim () Não { () 2º () 3º () + de 4 }

Fonte pagadora () SUS () Convênio () Particular

Cirurgia Proposta _____ Olho operado () OD () OE

Banco de Olhos (que processou a esclera) () BO – HRHMG – São José

() BO – HMSJ – Joinville

() BO – HRO - Chapecó

Data ____/____/____

Nome do médico responsável _____ CRM _____

Assinatura e carimbo _____

Obs: Enviar a CET/BANCO DE TECIDOS até 10 dias após o transplante.