



GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE CENTRAL ESTADUAL DE  
TRANSPLANTES ORGANIZAÇÃO DE PROCURA DE ÓRGÃOS

**TERMO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS DOADOR FALECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_

grau de parentesco com o falecido: \_\_\_\_\_, natural de: \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_, RG nº. \_\_\_\_\_

residente \_\_\_\_\_

cidade \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_

Respeitando as Leis nº. 9.434/97 e nº. 10.211/01 autorizo a doação de órgão e/ou tecido de

nascido (a) em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, natural de \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_ RG nº. \_\_\_\_\_

residente \_\_\_\_\_

cidade \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_

Autorizo a doação de órgãos e tecidos, para finalidades terapêuticas (uso exclusivo para transplantes)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável Legal

Observação: \_\_\_\_\_

**Testemunhas**

Nome: \_\_\_\_\_

RG nº. \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

RG nº. \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Profissional Responsável pela Entrevista \_\_\_\_\_



## TERMO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS DOADOR FALECIDO (menor de idade)

Eu, \_\_\_\_\_ grau de parentesco com o falecido: \_\_\_\_\_, natural de: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_, RG n.º. \_\_\_\_\_ residente \_\_\_\_\_ cidade \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_

Respeitando as Leis n.º. 9.434/97 e n.º. 10.211/01 autorizo a doação de órgão e/ou tecido de nascido (a) em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, natural de \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ RG n.º. \_\_\_\_\_ residente \_\_\_\_\_ cidade \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_

Autorizo a doação de órgãos e tecidos, para finalidades terapêuticas (uso exclusivo para transplantes)

Assinatura do Responsável Legal (Mãe) \_\_\_\_\_

Assinatura do Responsável Legal (Pai) \_\_\_\_\_

Observação: \_\_\_\_\_

### Testemunhas

Nome: \_\_\_\_\_ RG n.º. \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ RG n.º. \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Profissional Responsável pela Entrevista \_\_\_\_\_

## Termo de Declaração de Morte Encefálica

(Res. CFM Nº 1480 de 08/08/97)

Nome: \_\_\_\_\_ RG Hospitalar: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ anos \_\_\_\_\_ meses \_\_\_\_\_ dias Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino Cor: ( ) Negra ( ) Branca ( ) Amarela Pai: \_\_\_\_\_ Mãe: \_\_\_\_\_

### A. CAUSA DO COMA

- A. 1 - Causa do coma: \_\_\_\_\_  
 A. 2 - Causas do coma que devem ser excluídas durante o exame:  
 a) Hipotermia ( ) SIM ( ) NÃO  
 b) Uso de drogas depressoras do Sistema Nervoso Central: ( ) SIM ( ) NÃO

(Se a resposta for SIM a qualquer um dos itens acima, interrompe-se o protocolo)

### B. EXAME NEUROLÓGICO

ATENÇÃO: verifique o intervalo mínimo legível exigível entre as avaliações clínicas constantes da tabela abaixo:

Idade	Intervalo entre as avaliações
7 dias a 2 meses incompletos	48 horas
2 meses a 1 ano incompleto	24 horas
1 ano a 2 anos incompletos	12 horas
Acima de 2 anos	06 horas

### C. ASSINATURAS DOS EXAMES CLÍNICOS

(Os exames devem ser realizados e assinados por profissionais diferentes, os quais não poderão ser integrantes da equipe de remoção e transplante.)

#### 1. PRIMEIRO EXAME

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_  
 Nome do Médico \_\_\_\_\_  
 CRM \_\_\_\_\_  
 Endereço \_\_\_\_\_  
 Fone \_\_\_\_\_  
 Assinatura \_\_\_\_\_

#### 2. SEGUNDO EXAME

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_  
 Nome do Médico \_\_\_\_\_  
 CRM \_\_\_\_\_  
 Endereço \_\_\_\_\_  
 Fone \_\_\_\_\_  
 Assinatura \_\_\_\_\_

### D. EXAME COMPLEMENTAR (indicar o exame realizado)

- ( ) 1. Angiografia Cerebral  
 ( ) 2. Cintilografia Radionuclídica  
 ( ) 3. Doppler Transcraniano  
 ( ) 4. Monitorização da Pressão-Intracraniana  
 ( ) 5. Tomografia Computadorizada com Xenônio  
 ( ) 6. Tomografia por Emissão de Fóton  
 ( ) 7. EEG  
 ( ) 8. Tomografia por Emissão de Pósitrons  
 ( ) 9. Outros (clar) \_\_\_\_\_ Hora do exame \_\_\_\_\_

Elementos do Ex. Neurológico	Resultados	
	1º Exame SIM NÃO	2º Exame SIM NÃO
Coma aperceptivo	( ) ( )	( ) ( )
Pupilas fixas arreativas	( ) ( )	( ) ( )
Ausência de reflexo córneo-palpebral	( ) ( )	( ) ( )
Ausência de reflexos oculocefálicos	( ) ( )	( ) ( )
Ausência de respostas às provas caloríficas	( ) ( )	( ) ( )
Ausência de reflexo de tosse	( ) ( )	( ) ( )
Apneia	( ) ( )	( ) ( )