

SMS – HOSPITAL MIGUEL COUTO – CTI ADULTO
TERMO DE DECLARAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA:
(RES. CFM Nº 1.480 de 08/08/97)

NOME: _____
 PAI: _____
 MÃE: _____
 IDADE: _____ ANOS: _____ MESES: _____ DIAS _____ DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / ____
 SEXO: () M () F RAÇA : () A , () B , () N REGISTRO HOSPITALAR : -----

A) CAUSA DO COMA :

A 1- Causa do Coma: _____
 A2 – 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 acima for sim a qualquer um dos itens , interrompe-se o protocolo .

B) EXAME NEUROLÓGICO – Atenção : verificar o intervalo mínimo exigível entre as avaliações clínicas , constantes da tabela abaixo :

IDADE INTERVALO:	
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	6 horas

*(Ao efetuar o exame , assinalar uma das opções **SIM/NÃO** , obrigatoriamente para todos os itens abaixo)

ELEMENTOS DO EXAME NEUROLÓGICO, RESULTADOS :

	1º exame :	2º exame :
Coma aperceptivo	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
Pupilas fixas e arreativas	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
Ausência de reflexo córneo – palpebral	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
Ausência de reflexos oculocefálicos	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
Ausência de respostas às provas calóricas	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
Ausência de reflexo de tosse	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
Apnéia	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO

C- ASSINATURAS DOS EXAMES CLÍNICOS –

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

1º exame:	2º exame :
DATA / / HORA : :	DATA / / HORA : :
MÉDICO:	MÉDICO:
CRM: FONE :	CRM: FONE :
END :	END:
ASSINATURA :	ASSINATURA :

D- EXAME COMPLEMENTAR : Indicar o exame realizado e anexar laudo com identificação do médico responsável .

1) Angiografia Cerebral	2) Cintilografia Radioisotópica	3) Doppler Transcraniano	4) Monitoração da pressão intra-craniana	5) Tomografia computadorizada com xenônio
6) Tomografia por emissão de foton	7) EEG	8) Tomografia por emissão de positrons	9) Monitoração cerebral de oxigênio	10) Outros , citar abaixo .