

IDENTIFICAÇÃO

Paciente a ser Transplantado: _____ Prontuário: _____

Registro: _____ Leito: _____ Convênio: _____ Data: _____

Hora: _____ Idade: _____ Peso: _____

DADOS SOBRE O ÓRGÃO OU ENXERTO A SER TRANSPLANTADO

Data: ____/____/____ Horário de Recebimento: ____:____

DOCUMENTAÇÃO DO DOADOR

- Check list de captação de órgãos (Checar: nome completo do doador, tipo sanguíneo e RGCT);
- Protocolo de morte encefálica, laudo do exame complementar, termo de autorização de doação de múltiplos órgãos, cópia dos documentos do doador e familiar que autorizou a doação, ficha de informação do doador de múltiplos órgãos, tipagem sanguínea;

Identificação do órgão na mala térmica e no acondicionamento; *

Especificação da quantidade, lado e espécie do órgão recebido; *

Amostra tipagem sanguínea do doador: Sim Não

Se não, justificativa: _____

Amostra de sangue do doador para exame; **

Enxerto vascular; **

Horário do clampeamento do enxerto; * _____

Tipo sanguíneo do doador. Especificar: _____

Enfermeira Responsável – COREN

Responsável pela Entrega do órgão – Conselho (COREN, CRM)

VALIDAÇÃO DO ÓRGÃO PELA EQUIPE DE CIRURGIA

- Checagem obrigatória entre Equipe de Enfermagem e Equipe Cirúrgica no ato do recebimento do órgão no Centro Cirúrgico.

Tipo Sanguíneo do **DOADOR**: Especificar: _____

Tipo Sanguíneo do **RECEPTOR**: Especificar: _____

1. Os tipos sanguíneos são compatíveis, conforme informação da documentação? Sim Não
2. A identificação, especificação, quantidade e lateralidade do órgão estão compatíveis com o procedimento a ser realizado e como o RECEPTOR? Sim Não

VALIDAÇÃO EM SALA CIRURGICA
TIME OUT ESPECÍFICO PARA TRANSPLANTE

OBSERVAÇÃO: Confrontar os 3 identificadores relacionados ao DOADOR do órgão X Paciente RECEPTOR

- **Os três identificadores do doador x receptor (nome completo, RGCT e tipo sanguíneo) estão corretos e compatíveis para continuidade do Transplante?** Sim Não

Inclui o resultado de tipagem sanguínea realizada pelo Banco de Sangue do HE.

Nome do DOADOR: _____
Nº RGCT: _____ Tipo Sanguíneo: _____
Convênio: _____ Data: _____ Hora: _____
Idade: _____ Peso: _____

Nome do RECEPTOR: _____
Nº RGCT: _____ Tipo Sanguíneo: _____
Convênio: _____ Data: _____ Hora: _____
Idade: _____

Enfermeira do CC e COREN

Equipe Cirúrgica e CRM

*Itens Obrigatórios
**Itens Facultativos