

**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