|  |  |
| --- | --- |
|  | **GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL****SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE - SES/DF****Complexo Regulador em Saúde do DF - CRDF**Central Estadual de Transplante – CETNúcleo de Organização de Procura de Órgãos - NOPO |

# TERMO DE DECLARAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA (Resolução cfm nº 2.173/2017)

## **DADOS DA INSTITUIÇÃO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome:  |  | CNES: |  |
| Endereço: |  |  |  |
| Unidade: |  | Leito: |  |

## **DADOS DO PACIENTE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nome:  | Nascimento: | Idade: |
| Mãe: | Sexo: ( )MASCULINO ( )FEMININO |  |
| Documento: | Nº: |  |
| Nº do Prontuário/SES: |  |  |

## **CAUSA DO COMA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Diagnóstico principal: |  | CID: |
| Diagnóstico secundário: |  | CID: |
| Confirmação: TC RM Angiografia DTC  | Liquor EEG  | Outro: |

## **PRÉ-REQUISITOS**

Presença de lesão encefálica de causa conhecida, irreversível e capaz de causar a morte encefálica? SIM NÃO

Ausência de causas tratáveis que possam confundir o diagnóstico de morte encefálica? SIM NÃO

Tratamento e observação hospitalar ≥ 6 horas ou ≥ 24 horas em encefalopatia hipóxico-isquêmica? SIM NÃO

Temperatura corporal > 35ºC + PaO2 > 94% + PAS ≥ 100 mmHg ou PA média ≥ 65 mmHg ou pela faixa etária (< 16 anos)? SIM NÃO

Ausência de hipotermia? SIM NÃO

Ausência de drogas depressoras do sistema nervoso central ou de bloqueadores neuromusculares? SIM NÃO

## **1º EXAME CLÍNICO**

PA (mmHg): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ TEMP (ºC): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Coma não perceptivo? ( )SIM ( )NÃO

EXAME NEUROLÓGICO (exame dos reflexos): Direito Esquerdo

 Pupila fixa e arreativa SIM NÃO NT SIM NÃO NT

 Ausência de reflexo córneo-palpebral SIM NÃO NT SIM NÃO NT

 Ausência de reflexo óculo-cefálico SIM NÃO NT SIM NÃO NT

 Ausência de reflexo vestíbulo-calórico SIM NÃO NT SIM NÃO NT

 Ausência de reflexo da tosse SIM NÃO

OBS: NÃO TESTADO (NT)

JUSTIFIQUE O MOTIVO DE NÃO TER TESTADO O REFLEXO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura identificada:

# TERMO DE DECLARAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA

## **TESTE DE APNÉIA (examinador 1 ou 2)**

PA (mmHg): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ TEMP (ºC): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PaCO2 inicial: \_\_\_\_\_\_ final: \_\_\_\_\_\_ PaO2 inicial: \_\_\_\_\_\_ final: \_\_\_\_\_\_

Ausência de movimentos respiratórios com PaCO2 > 55 mmHg? SIM NÃO

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura identificada:

## **2º EXAME CLÍNICO**

PA (mmHg): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ TEMP (ºC): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Coma não perceptivo? ( )SIM ( )NÃO

EXAME NEUROLÓGICO (exame dos reflexos): Direito Esquerdo

 Pupila fixa e arreativa SIM NÃO NT SIM NÃO NT

 Ausência de reflexo córneo-palpebral SIM NÃO NT SIM NÃO NT

 Ausência de reflexo óculo-cefálico SIM NÃO NT SIM NÃO NT

 Ausência de reflexo vestíbulo-calórico SIM NÃO NT SIM NÃO NT

 Ausência de reflexo da tosse SIM NÃO

OBS: NÃO TESTADO (NT)

JUSTIFIQUE O MOTIVO DE NÃO TER TESTADO O REFLEXO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura identificada:

## **EXAME COMPLEMENTAR**

PA (mmHg): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ TEMP (ºC): \_\_\_\_\_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tipo: ( )DTC ( )EEG ( )Angiografia ( )Cintilografia ( )Outro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ausência de perfusão sanguínea ou de atividade metabólica ou elétrica encefálica? ( )SIM ( )NÃO

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura identificada:

## **CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL:**

|  |  |
| --- | --- |
| Idade | Pressão arterial (mmHg) |
| Sistólica | PAM |
| Até 5 meses incompletos | 60 | 43 |
| De 5 meses a 2 anos incompletos | 80 | 60 |
| De 2 anos a 7 anos incompletos | 85 | 62 |
| De 7 anos a 15 anos | 90 | 65 |
| 16 anos em diante | 100 | 65 |

## **INTERVALOS ENTRE EXAMES CLÍNICOS:**

|  |  |
| --- | --- |
| INTERVALOS | MÍNIMO |
| 7 dias completos (recém-nato a termo) a 2 meses incompletos | 24 horas |
| De 2 meses a 24 meses incompletos | 12 horas |
| Mais de 24 meses | 1 hora |