

PROTOCOLO

HC-UFTM/EBSERH

Transplante de Córnea - Anexos

Versão: 1 | 2025

SUPERINTENDENTE

LUCIANA DE ALMEIDA SILVA TEIXEIRA

GERENTE DE ATENÇÃO À SAÚDE

LUIZ ANTÔNIO PERTILI RODRIGUES DE RESENDE

CHEFE DA DIVISÃO DE GESTÃO DO CUIDADO

FERNANDO DE FREITAS NEVES

CHEFE DO SETOR DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS

IVONE APARECIDA VIEIRA DA SILVA

CHEFE DA UNIDADE DE OFTALMOLOGIA, OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL

FIRMANI MELLO BENTO DE SENNE

ELABORAÇÃO

José Roberto Costa Reis, Unidade Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Cirurgia Bucomaxilofacial
Emerson Oliveira Horta Martins, Unidade Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Cirurgia Bucomaxilofacial
Firmani Mello Bento de Senne, Unidade Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Cirurgia Bucomaxilofacial

ANÁLISE

Firmani Mello Bento de Senne, Unidade Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Cirurgia Bucomaxilofacial

VALIDAÇÃO TÉCNICA

Ivone Aparecida Vieira da Silva, Setor de Cuidados Especializados
Fernando de Freitas Neves, Divisão de Gestão do Cuidado
Raquel Bessa Ribeiro Rosalino, Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente

REGISTRO, VALIDAÇÃO DE FORMA E REVISÃO

Ana Paula Corrêa Gomes, Comissão de Gestão da Qualidade Documental

APROVAÇÃO

Luiz Antonio Pertili Rodrigues de Resende, Gerência de Atenção à Saúde

Data da emissão: 9/7/2025

Vigência: dois anos

Código do documento: PRT.HC-UFTM-UOCB.001

ISBN:

*Cópia eletrônica não controlada. Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. O uso deste documento em meio físico pode disseminar informação e/ou procedimento desatualizados © 2025, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados
www.ebserh.gov.br*



Hospital de Clínicas



ANEXO I – INSCRIÇÃO DE RECEPTOR DE CórNEA



INSCRIÇÃO DE RECEPTOR DE CórNEA

Como oftalmologista responsável pelo paciente abaixo identificado, encaminho as informações necessárias ao cadastro do mesmo e sua inclusão na lista única de receptores de córnea. **Estão anexados a este formulário: cópia do documento de identidade ou certidão de nascimento, CPF e CNS e o termo de consentimento devidamente assinado pelo paciente ou responsável.**

RGCT: _____ Data Entrada: ____/____/____ Hora: ____:____ (a ser preenchido pelo MG Transplantes)
Responsável Inclusão no Sistema : _____

Nome do Receptor: _____

CPF: _____ Data de nascimento: ____/____/____ Cor: Branca Amarela Sexo: Feminino
 Negra Parda Masculino

Endereço: _____

CEP: _____ CNS (cartão nacional de saúde) : _____

Cidade: _____ UF: _____ Telefone(s): _____

Nome da mãe: _____

Equipe ou Médico Responsável: _____ Estabelecimento autorizado: _____

Olho a ser operado: Esquerdo Direito Aceita Doador com idade entre: Mínima: anos Máxima: anos

Tipo de transplante: Penetrante Lamelar Tectônico

URGÊNCIA:

- Perfuração corneal: Por traumatismo Secundária.(Especificar): _____
 Descemetocle Iminência de perfuração Úlcera de córnea resistente ao tratamento clínico
 Falência primária (solicitação até 90 dias da data do transplante) Leucoma bilateral em menores de 07 anos
 Cirurgia Combinada (Especificar): _____

Diagnóstico Ocular

ELETIVA:

- Ceratopatia bolhosa afáica Ceratopatia bolhosa pseudofáica
 Ceratocone Outras distrofias (Especificar): _____
 Degenerações (Especificar): _____
 Falência primária Falência tardia Rejeição Ectasia iatrogênica
 Leucoma Leucoma aderente Esclerocórnea Queimaduras Químicas
 Opacidades congênitas Hematocórnea Outros _____

Fonte Pagadora: SUS Convênio: _____ Particular

Local e Data _____ Carimbo e Assinatura do Médico Oftalmologista Autorizado _____

Para uso do MG Transplantes:

Recebido por (Funcionário do MGTX) : _____ Data: ____/____/____ Horário: _____

* ANEXAR : Cópia de RG , CPF , COMPROVANTE DE ENDEREÇO



ANEXO II – CADASTRO DE RECEPTOR DE ESCLERA

SECRETARIA DE ESTADO DE MINAS GERAIS
 SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
 COORDENADORIA MG TRANSPLANTES
 CNCDO - Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos.
 MG Transplantes - Regional Oeste Uberlândia-MG
 CIH-DOTT - Hospital Escola – Universidade Federal do Triângulo Mineiro
 Uberaba – MG

**CADASTRO DE RECEPTOR DE ESCLERA**

Como oftalmologista responsável pelo paciente abaixo identificado, encaminho as informações necessárias ao cadastro do mesmo na CNCDO-Regional Oeste/MG Transplantes. **Estão anexados a este formulário: cópia do documento de identidade ou certidão de nascimento, CPF e o termo de consentimento devidamente assinado pelo paciente ou responsável.**

Código do doador: _____ Data de inscrição: ____/____/____ (P/ MG Transplantes)

Nome do receptor: _____

Data do Nascimento: ____/____/____ CPF: _____ Sexo: () F () M

Profissão: _____

Endereço: _____ Bairro: _____ CEP: _____

Cidade: _____ UF: _____

Outras pessoas para contato:

Nome: _____ Telefone: _____

Nome: _____ Telefone: _____

Olho a ser operado: () Olho Direito () Olho Esquerdo Diagnóstico cirúrgico: _____

Data provável da cirurgia: ____/____/____ as ____:____hs

Fonte pagadora: () SUS () Convênio: _____ () Particular

Equipe médica ou médico responsável: _____

Estabelecimento onde será realizada a cirurgia: _____

Breve relato do caso, com justificativa para utilização da esclera e diagnóstico:

_____/____/____
 Local e data

 Carimbo e Assinatura do Médico Oftalmologista

Para uso do MG Transplantes

Recebido por (Funcionário do MG-TX): _____

Data: ____/____/____ Horário: _____

Responsável pelo cadastro do receptor: _____ Data: ____/____/____ Horário: _____

ANEXO III - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA INGRESSO EM LISTA DE ESPERA)



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
 Av. Frei Paulino, 30 – Abadia - 38025 - (34) 3318-5010 – uftm@uftm.edu.br – 38025-180

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Ingresso em Lista de Espera

Eu _____ (nome do paciente) estou ingressando em lista de espera para receber transplante de _____ (nome do órgão) no Hospital _____ e aceito receber um _____ (nome do órgão) de um doador cadáver

Fui adequadamente informado sobre os riscos, benefícios e complicações potenciais da realização deste tipo de transplante.

Li as informações e entendi as explicações do Dr. _____

Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não exista garantia dos resultados esperados em relação à sobrevida geral, à do enxerto e complicações.

Sei que está resguardado meu direito de desistir, a qualquer tempo, da realização do transplante dentro destes critérios, enquanto ainda não o tiver realizado.

Concordo com tudo que foi apresentado.

() Paciente () Responsável Grau de parentesco _____

Nome em letra de forma: _____

Assinatura: _____

Identidade N°: _____

Assinatura da testemunha: _____

A testemunha confirma que a assinatura é do () Paciente () Responsável

Nome em letra de forma: _____

Identidade N°: _____

_____, ____/____/____
 Local e data dia mês ano

ANEXO IV - TERMO DE RESPONSABILIDADE MÉDICA



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
 Av. Frei Paulino, 30 – Abadia - 38025 - (34) 3318-5010 – uftm@uftm.edu.br – 38025-180

TERMO DE RESPONSABILIDADE MÉDICA

Certifico que expliquei por escrito e verbalmente, com detalhes, ao paciente _____ acima referido ou a seu responsável, o procedimento de transplante _____ (tipo de transplante) com órgão de doador falecido, seus riscos e benefícios.

Respondi satisfatoriamente a todas as perguntas formuladas e considero que o paciente/responsável _____ compreendeu o que lhe foi explicado.

Nome do Médico _____ CRM _____

Assinatura do Médico: _____

_____, ____/____/____

(local e data) dia mês ano



ANEXO V – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE TRANSPLANTE

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
Av. Frei Paulino, 30 - Abadia - 38025 - (34) 3318-5010 - uftm@uftm.edu.br - 38025-180

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE
TRANSPLANTE – GERAL**

Autorizo a equipe do Hospital _____ a realizar a cirurgia de transplante _____ (nome do órgão) de doador falecido.

Fui adequadamente informado sobre os riscos, benefícios, e complicações potenciais da realização do transplante com este _____ (nome do órgão) a mim oferecido.

Li as informações e ouvi atentamente as explicações do Dr _____.

Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não exista garantia dos resultados em relação à sobrevida geral, à do enxerto e complicações.

Autorizo qualquer outro tratamento/procedimento incluindo transfusão de sangue, ou de hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer, e que necessitem de cuidados outros diferentes daqueles inicialmente propostos.

Caracterização do _____ (nome do órgão). Concordo com tudo que foi apresentado.

() Paciente () Responsável Grau de parentesco _____

Assinatura: _____

Nome em letra de forma _____

Identidade N°. _____

Assinatura da testemunha: _____

A testemunha confirma que a assinatura é do () Paciente () Responsável

Nome em letra de forma _____

Identidade N°. _____

_____, ____ / ____ / ____
(local e data) dia mês ano

ANEXO VI – TERMO DE CONSENTIMENTO PARA TRANSPLANTE DE CÓRNEA



SECRETARIA DE ESTADO DE MINAS GERAIS
SUPERINTENDÊNCIA DE REDES ASSISTENCIAIS
DIRETORIA DE REDES ASSISTENCIAIS
CNCDO - Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos
MG Transplante Regional Oeste

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA TRANSPLANTE DE CÓRNEA

Declaro estar ciente e de acordo com o tratamento nos termos do artigo 10 – Lei 9434/ 97

“ O transplante ou enxerto só se fará com o consentimento expresso do receptor, após aconselhamento sobre a excepcionalidade e os riscos do procedimento.

Parágrafo único: Nos casos em que o receptor seja juridicamente incapaz ou cujas condições de saúde impeçam ou comprometam a manifestação válida de sua vontade, o consentimento de que trata este artigo será dado por um de seus pais ou responsáveis legais.”

Data : ____/____/____

 Assinatura do paciente ou responsável legal

Caso assine o responsável legal: _____

Nome: _____ Grau de parentesco: _____

TESTEMUNHAS:

1- Nome: _____

Endereço: _____

Doc. Identidade: _____

Assinatura: _____

2- Nome: _____

Endereço: _____

Doc. Identidade: _____

Assinatura: _____



ANEXO VII – NOTIFICAÇÃO DE PACIENTE TRANSPLANTADO



NOTIFICAÇÃO DE PACIENTE TRANSPLANTADO

Como oftalmologista responsável pelo paciente abaixo identificado, encaminho as informações relacionadas à cirurgia de transplante realizada, para que o mesmo possa ser retirado da lista única de receptores de córnea do MG Transplantes.

CÓDIGO DO DOADOR: **MG-04-** _____ : D E

NOME DO DOADOR : _____ RGCT _____ - _____

RGCT do Receptor: _____ (a ser preenchido pelo MG Transplantes)

Nome Completo do Receptor: _____ Sexo: F M

CPF: _____ Data de Nascimento: _____ / _____ / _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____ Tel: _____

Dados relacionados à cirurgia: Tipo de Cirurgia: Urgência Eletiva

Data da cirurgia: _____ / _____ / _____ Hora: _____ : _____ DATA DE INSCRIÇÃO _____ / _____ / _____

Olho operado: OD OE Tipo de transplante: Penetrante Lamelar Tectônico Outros: _____

Equipe ou médico responsável autorizado: _____

Estabelecimento autorizado onde foi realizada a cirurgia: _____

Diagnóstico Ocular

URGÊNCIA:

- Perfuração corneal: Por traumatismo Secundária (Especificar) _____
- Descemetocel Iminência de perfuração Úlcera de córnea resistente ao tratamento clínico
- Falência primária (solicitação até 90 dias da data do transplante) Leucoma bilateral em menores de 07 anos
- Cirurgia Combinada (Especificar): _____

ELETIVA

- Ceratopatia bolhosa afáica Ceratopatia bolhosa pseudofáica
- Ceratocone Outras distrofias: _____
- Degenerações(Especificar): _____
- Falência primária Falência tardia Rejeição Ectasia iatrogênica
- Leucoma Leucoma aderente Esclerocórnea Queimaduras Químicas
- Opacidades congênitas Hematocórnea Outros: _____

Fonte Pagadora: SUS Convênio: _____ Particular

_____/_____/_____
Local e Data n bn
Carimbo e Assinatura do Médico Oftalmologista autorizado

Para uso do MG Transplantes: _____

Recebido por (Funcionário do MGTX) : _____

Data: _____ / _____ / _____ Horário: _____

Núcleo de Córnea _____ Médico Responsável: _____ Data: _____ / _____ / _____



ANEXO VIII – RECADASTRAMENTO DE CórNEA



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
SISTEMA NACIONAL DE TRANSPLANTES
RECADASTRAMENTO DE CórNEA**

Data da Inscrição: / / RGCT:

Nome:

Data de nascimento: / / CPF: RG:

Cor: Sexo:

Endereço: Nº

Bairro: Cidade: UF: CEP: --

Fone: Fone: E-mail:

Nome da mãe:

Equipe:

Hospital:

<p>Olho</p> <p><input type="checkbox"/> Esquerdo <input type="checkbox"/> Direito</p> <p>Aceita Córnea para Transplante: <input type="checkbox"/> Óptica <input type="checkbox"/> Tectônica <input type="checkbox"/> Esclera <input type="checkbox"/> Lamelar</p>	<p>Aceita Doador com Idade entre</p> <p>Mínimo: <input type="text"/> ≤ 10 Máximo: <input type="text"/> ≥ 40</p>
--	---

DIAGNÓSTICO	
<input type="checkbox"/> Ceratocone	<input type="checkbox"/> Ceratite Intersticial
<input type="checkbox"/> Ceratopatia Bolhosa	<input type="checkbox"/> Degeneração Corneana
<input type="checkbox"/> Leucoma de qualquer Etiologia	<input type="checkbox"/> Queimadura Ocular
<input type="checkbox"/> Distrofia de Fuchs	<input type="checkbox"/> Anomalias Corneanas Congênitas
<input type="checkbox"/> Outras Distrofias Corneana	<input type="checkbox"/> Falência Secundária ou Tardia

Coordenação- Geral do Sistema Nacional de Transplantes
CGSNT/DAE/SAS/MS
Esplanada dos Ministérios - Bloco G - sala 933
CEP 70058-900 - Brasília - DF
(61) 3315-2021

ANEXO IX – AUTORIZAÇÃO DE DOAÇÃO DE GLOBOS OCULARES PARA FINS DE TRANSPLANTES



AUTORIZAÇÃO DE DOAÇÃO DE GLOBOS OCULARES PARA FINS DE TRANSPLANTES

Pelo presente instrumento, eu, _____, residente e domiciliado (a) à _____ N.º _____ bairro _____ na cidade de _____ UF _____ CEP _____ - _____, telefone: _____ natural de _____ RG : _____ SSP _____, CPF: _____, na qualidade de _____ (grau de parentesco),

responsável pelo(a) paciente _____ natural de _____ nascido em ____/____/____, RG: _____ CPF: _____ endereço _____ cidade _____ UF _____, filiação _____ e _____ falecido no Estabelecimento de Saúde _____ CNPJ _____ situado à _____ cidade de _____ UF _____,

autorizo, por minha inteira responsabilidade e por livre e espontânea vontade, a **Central de Notificação, Captação e Distribuição de órgãos e Tecidos/MG Transplantes – SES – MG** a realizar os exames sorológicos e proceder a retirada dos globos oculares, para fins de transplantes, objetivos terapêuticos e fins científicos, em conformidade com as disposições da Lei nº 9.434 de 04/02/1997, alterada pela Lei nº 10.211 de 23/03/2001, Decreto nº 2.2.68 de 30/06/1997 e Portaria GM nº. 263 de 31/03/1999.

Fica ressalvado que a utilização para fins científicos é aqui autorizada somente depois de esgotadas as possibilidades de utilização para transplante.

Esta autorização é motivada apenas por razões humanitárias, sem expectativa de receber nenhuma forma de compensação.

O(s) nome(s) do(s) receptor(es) não será comunicado(s) à família do doador.

Excepcionalmente poderá ocorrer hematoma ou sangramento na região palpebral do doador, apesar de todos os cuidados e medidas adotadas para evitar ou atenuá-los.

As informações deste termo são de total responsabilidade do declarante, sobretudo o grau de parentesco com o (s) doador(s).

Local: _____, _____ de _____ de _____

Assinatura do Responsável
(cônjuge, ascendente ou descendente)

Assinatura e carimbo do responsável
pela abordagem familiar

Testemunhas:

Nome: _____ RG _____
Endereço: _____ Fone _____

Assinatura: _____

Nome: _____ RG _____
Endereço: _____ Fone _____

Assinatura: _____

Av. Pará, 1720 – Campus Umuarama – CEP: 38405-320 – Uberlândia – MG
Telefones: 34-3218.2323 - 34-3212.1780 (telefax)
E-mail: mgtx@hc.ufu.br



ANEXO X – NOTIFICAÇÃO DE ÓBITO / ABORDAGENS DO SERVIÇO SOCIAL / PSICOLOGIA



**NOTIFICAÇÃO DE ÓBITO/ABORDAGENS
SERVIÇO SOCIAL/PSICOLOGIA**

RGCT: _____ - _____

DATA: ____/____/____	BUSCA ATIVA: () SIM NÃO ()
INFORMADO POR: _____	LOCAL: _____
RESP. P/ BUSCA /ABORDAGEM: _____	
LOCAL DA ABORDAGEM: _____	HORA: _____
NOME DO DOADOR: _____	PRONTUÁRIO: _____
DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____	IDADE: _____ SEXO: _____ EST. CIVIL: _____
ÓBITO () MORTE ENCEFÁLICA ()	DATA: ____/____/____ HORA: _____
LOCAL DO ÓBITO: HC/UFTM () EXTERNO ()	LOCAL: _____
CAUSA MORTIS: _____	
HOUE DOAÇÃO? () SIM NÃO () MOTIVO DA NÃO DOAÇÃO: CÓDIGO _____	
DOAÇÃO DE MÚLTIPLOS ÓRGÃOS? () SIM NÃO ()	
RESPONSÁVEL P/ DOAÇÃO: _____	
ÓRGÃOS RETIRADOS: () CÓRNEAS () RINS () FÍGADO () PÂNCREAS () CORAÇÃO	

HISTÓRICO – DOADOR: () HIPERTENSÃO () DIABETES () TABAGISMO () ETILISMO	
() TATUAGENS/TEMPO _____	() TRANSFUSÃO DE SANGUE NOS ÚLTIMOS 12 MESES
() COMPORTAMENTO DE RISCO: _____	() DOENÇAS CONTAGIOSAS/TIPO: _____ (hep. B, C/HIV, Rubéola congênta)
() LEUCEMIA () SEPCEMIA	
() CAUSA MORTE INDETERMINADA	() CIRURGIA OCULAR/TIPO: _____
() INFLAMAÇÃO OCULAR/TIPO: _____	() PROFISSÃO: _____
OBTENÇÃO DOS DADOS DO DOADOR: () ATESTADO ÓBITO () PRONTUÁRIO	
() EQUIPE MÉDICA () FAMILIARES	

CÓDIGOS/MOTIVOS DA NÃO DOAÇÃO

01	CONTRA INDICAÇÃO MÉDICA	08	SOROLOGIA POSITIVA
02	FALTA DE TRANSPORTE	09	FORA DA FAIXA ETÁRIA
03	FAMÍLIA AUSENTE	10	MOTIVOS RELIGIOSOS
04	FAMÍLIA CONTRA A DOAÇÃO	11	OPTANTE EM VIDA PELA NÃO DOAÇÃO
05	DESACORDO ENTRE FAMILIARES	12	ÓBITO COM MAIS DE 06 HORAS
06	PACIENTE NÃO IDENTIFICADO	13	FAMÍLIA NÃO AUTORIZOU RETIRADA
07	PCR ANTES DA ABORDAGEM	14	OUTROS MOTIVOS



ANEXO XI – NOTIFICAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DE ESCLERA



SECRETARIA DE ESTADO DE MINAS GERAIS

SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

COORDENADORIA MG TRANSPLANTES

CNCDO - Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos.

MG Transplantes - Regional Oeste

Uberlândia-MG

CIH-DOTT - Hospital Escola – Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Uberaba - MG



NOTIFICAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DE ESCLERA

Como oftalmologista responsável pelo paciente abaixo identificado, encaminho informações relacionadas à cirurgia de utilização da esclera, para conclusão das informações pertinentes a este caso.

Dados relacionados à esclera utilizada:

Código: _____

Identificação do receptor:

Nome completo: _____

Data do Nascimento: ____/____/____

Dados relacionados à cirurgia:

Data da cirurgia: ____/____/____

Olho operado: () OD () OE

Fonte pagadora: () SUS () Convênio () Particular

Equipe médica ou Médico responsável: _____

Estabelecimento onde foi realizada a cirurgia: _____

Observações (se necessário) e confirmação do diagnóstico ocular

Local e data: ____/____/____

Carimbo e Assinatura do Médico Oftalmologista

Para uso do MG Transplantes

Recebido por (Funcionário do MG-TX): _____ Resp. pela inclusão no sistema: _____

Data: ____/____/____ Horário: _____ Data: ____/____/____ Horário: _____

Fone: (34) 3318-5845 Telefax: (34) 3318-5182
 Av. Getúlio Guaritá, s/n.o – Bairro Abadia – 38.025-440
 transplante@he.uftm.edu.br



ANEXO XII - SOLICITAÇÃO DE SUSPENSÃO DE OFERECIMENTO DE CÓRNEAS



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
 Av. Frei Paulino, 30 – Abadia - 38025 - (34) 3318-5010 – uftm@uftm.edu.br – 38025-180

NÚCLEO DE CÓRNEA

SOLICITAÇÃO DE SUSPENSÃO DE OFERECIMENTO DE CÓRNEAS

Gostaria de solicitar o não oferecimento de córneas, seguindo as informações abaixo especificadas:
Não oferecimento para quaisquer pacientes inscritos por meu intermédio
 Período : _____ a _____ Indeterminado
 Motivo: _____

Não oferecimento para o paciente abaixo identificado:
 Nome do paciente : _____ Nascimento : _____
 Período : _____ a _____ Indeterminado Inscrição cancelada
 Motivo :
 Afastado por falta de condições clínicas Afastado por falta de exames
 Afastado temporariamente a pedido do paciente Óbito
 Transferência Desistência
 Em avaliação Sem contato
 Sem indicação Transplantado em outro serviço
 Outros : _____

Médico: _____

 Local Data Carimbo e assinatura do médico oftalmologista

Funcionário do MG Transplantes: _____ Data : ____ / ____ / ____

SERVIÇO DE TRANSPLANTE
 COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO, CAPTAÇÃO E TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS E TECIDOS
 HOSPITAL ESCOLA - FMTM
 Fone: (34) 3318-5182 ou (34) 3318-5000 ramal 5182 Telefax: (34) 3318-5182
 Av. Getúlio Guaritá, s/n.o – Bairro Abadia – CEP: 38.025-440 Uberaba - MG
 E-mail: transplante@he.uftm.edu.br



ANEXO XIII – FORMULÁRIO DE COLETA E AVALIAÇÃO DO GLOBO OCULAR



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
 Av. Frel Paulino, 30 – Abadia - 38025 - (34) 3318-5010 – uftm@uftm.edu.br – 38025-180



BANCO DE OLHOS HC/UFU
FORMULÁRIO DE COLETA E AVALIAÇÃO DO GLOBO OCULAR

DOADOR

Nome:	Prontuário:	Código:
Idade:	Sexo:	Cor:
		Estado civil:

ÓBITO:

Causa:	Data:	Hora:	Local:
--------	-------	-------	--------

ENUCLEAÇÃO:

Data:	Hora:	Intervalo entre óbito e enucleação:	Local de captação:	Téc. Responsável:
-------	-------	-------------------------------------	--------------------	-------------------

COLETA DE SANGUE:

Data:	Hora:	Vias:	Téc. Responsável:
-------	-------	-------	-------------------

DADOS SOBRE O HISTÓRICO DO DOADOR:

Obtidos em: () Atestado de Óbito () Prontuário () Família () Equipe médica ()
Responsável pelo estudo do caso:
Histórico:

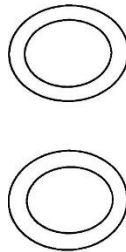
HOUVE INCIDENTE(S) DURANTE O PROCEDIMENTO? () NÃO () SIM - JUSTIFIQUE:

DADOS A SEREM PREENCHIDOS NO BANCO DE OLHOS:

AVALIAÇÃO DO GLOBO OCULAR				
	NÃO	SIM	OD	OE
CATARATA				
SINEQUIA				
PTERÍGIO				
ICTERÍCIA				
HIPOTONIA				
Cirurgia Prévia				
Tipo de cirurgia				

INTEGRIDADE GERAL			
	Boa	Regular	Inaceitável
OD			
OE			

***Obs:**



OLHO DIREITO					OLHO ESQUERDO					
0	1	2	3	4	EXPOSIÇÃO EPITELIAL	0	1	2	3	4
0	1	2	3	4	DEFEITO EDPITELIAL	0	1	2	3	4
0	1	2	3	4	OPACIDADE SUB-EPITELIAL	0	1	2	3	4
0	1	2	3	4	EDEMA ESTROMAL	0	1	2	3	4
0	1	2	3	4	ESTRIA ESTROMAL	0	1	2	3	4
0	1	2	3	4	INFILTRADO ESTROMAL	0	1	2	3	4
0	1	2	3	4	DOBRAS NA DESCEMET	0	1	2	3	4
0	1	2	3	4	ARCO SENIL	0	1	2	3	4
0	1	2	3	4	PTERÍGIO	0	1	2	3	4
0	1	2	3	4	CICATRIZES	0	1	2	3	4
0	1	2	3	4	REFLEXO ESPECULAR	0	1	2	3	4
0 – Excelente 1 – Bom 2 – Regular 3 – Ruim 4 – Inaceitável										



As córneas serão preservadas? () SIM () NÃO Características: Excelente () Boa () Regular ()
 Ruim () Inaceitável ()
Preservação – Data: _____ Hora: _____ Líquido: _____ Lotes/val.: _____
As escleras foram preservadas () Não () Sim Quantas: _____ Téc. Resp. pela preservação: _____

Resumo da Avaliação Córnea Direita/globo

Resumo da Avaliação Córnea Esquerda/globo

Responsável pela Avaliação: _____ Data: _____ Hora: _____

ANEXO XIV - RECUSA DE OFERTA DE CÓRNEAS



SECRETARIA DE ESTADO DE MINAS GERAIS
 SUPERINTENDÊNCIA DE REDES ASSISTENCIAIS
 DIRETORIA DE REDES ASSISTENCIAIS
 CNCDO - Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos.
 MG Transplantes - Regional Oeste
 Uberlândia-MG



RECUSA DE OFERTA DE CÓRNEAS

Recebemos no dia: ____/____/____ oferta de córnea(s) do(a) doador(a): Código ____/____ para o(s) paciente(s) abaixo descritos. Porém não foi possível aceitá-la(s) devido os motivos abaixo

RECEPTORES	MOTIVO
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	

CENTRO DE TRANSPLANTE : _____

 Médico(a) responsável

Local: _____/_____/_____

Av. Pará, 1720 – Campus Umuarama – CEP: 38405-320 – Uberlândia – MG
 Telefones: 34-3218.2323 - 34-3212.1780 (telefax)
 E-mail: mgtx@hc.ufu.br



ANEXO XV – RELATÓRIO PARA O IML



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
Av. Frel Paulino, 30 – Abadia - 38025 - (34) 3318-5010 – uftm@uftm.edu.br – 38025-180

SERVIÇO DE TRANSPLANTE
COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO, CAPTAÇÃO E TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS E TECIDOS – CIH-DOTT
HOSPITAL ESCOLA - FMTM

Av. Getúlio Guaritá, s/n.o – Bairro Abadia – CEP: 38.025-440 Uberaba - MG
Fone: (34) 3318-5182 ou (34) 3318-5000 ramal 5182 Telefax: (34) 3318-5182
E-mail: transplante@he.uftm.edu.br

RELATÓRIO PARA O IML

REALIZADA DOAÇÃO DO CÓRNEAS DO(A) PACIENTE _____
_____ RG/HE _____

NESTA DATA.

UBERABA, _____ / _____ / _____

COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO, CAPTAÇÃO E TRANSPLANTE
DE ÓRGÃOS E TECIDOS – CIH-DOTT
HOSPITAL ESCOLA - FMTM

ANEXO XVI - PROTOCOLO OPERACIONAL HC-UFTM

O paciente com indicação para o transplante de córnea deverá entregar na secretaria do Bloco Cirúrgico os seguintes documentos:

- ✓ Impresso da UFTM contendo a indicação para transplante de córnea e o termo de consentimento;
- ✓ Cópias dos documentos pessoais que serão encaminhados à Secretaria de Saúde de Uberaba (carteira de identidade, CPF, título de eleitor, cartão do SUS, comprovante de residência e guia intermunicipal).

O paciente é inserido no Sistema Nacional de Transplante e aguarda oferta de córnea. A oferta é realizada via fax, o médico é consultado sobre a córnea ofertada e, mediante autorização, o paciente é contatado sobre data, horário e orientações sobre a cirurgia.

O transplante de córnea é realizado no Ambulatório de Especialidades ou no Hospital de Clínicas conforme avaliação pré-anestésica. Para o paciente com indicação de anestesia geral, o transplante é realizado no HC; para aqueles com indicação de sedação, o procedimento é realizado NO bloco Cirúrgico Ambulatorial.

A cirurgia é realizada mediante internação com acompanhante e solicitação prévia de prontuário. O acompanhamento dos pacientes após a alta hospitalar é realizado no Ambulatório de Córnea.

Fluxograma para a Realização das Cirurgias

- ✓ Orientar o uso de colírios antibióticos: um dia antes da cirurgia (profilaxia);
- ✓ Lavar a cabeça antes da cirurgia (para evitar irritações no olho);
- ✓ Não usar maquiagem e cremes no rosto;
- ✓ Orientar o paciente a suspender o uso de anticoagulantes sete dias antes da cirurgia (ou conforme recomendação específica);
- ✓ Orientar sobre a continuidade de medicamentos que fazem uso diário (como anti-hipertensivos e ansiolíticos);
- ✓ Jejum de oito horas para sólidos e leite; jejum de três horas para água e líquidos claros;
- ✓ O paciente deverá se apresentar na secretaria do Centro Cirúrgico do Ambulatório de Especialidades (ou HC-UFTM) com acompanhante;
- ✓ Realizar dilatação de pupila caso haja cirurgia combinada (catarata e retina);
- ✓ Vestir o paciente e encaminhá-lo à sala cirúrgica;
- ✓ Deitar o paciente na cadeira cirúrgica e explicar todos os procedimentos que serão executados.
- ✓ Conferir o olho a ser operado, e a lente intraocular se a cirurgia for associada à facectomia;
- ✓ Instilar colírio anestésico e colírio de iodopovidona a 5%;
- ✓ Monitorar o paciente com oximetria de pulso e verificar a pressão arterial;
- ✓ Circular a sala auxiliando a equipe médica;
- ✓ Orientar paciente ao término da cirurgia em relação aos cuidados pós-operatórios;
- ✓ Entregar receitas e guia de retorno para o dia seguinte à cirurgia;
- ✓ Iniciar os colírios logo após término da cirurgia caso o olho não tenha curativo oclusivo;
- ✓ Orientar o momento correto para remoção do curativo;
- ✓ Manter repouso, evitar fumaça, calor e poeira nos olhos;
- ✓ O paciente poderá assistir TV, sentar-se para as refeições e ir ao banheiro;

- ✓ Não fazer esforços físicos ou abaixar a cabeça (inclusive para amarrar os sapatos, apanhar objetos no chão etc.) durante um mês;
- ✓ Não praticar esportes como natação, futebol etc. (2 meses);
- ✓ Ao chegar em casa alimentar-se de sopa leve, chá, torradas ou sucos. Evitar proteínas após procedimento cirúrgico. No dia seguinte poderá alimentar-se como de costume;
- ✓ Tomar analgésicos habituais se dor;
- ✓ Ao tomar banho, evitar água, xampu e sabonete nos olhos por dez dias;
- ✓ Realizar limpeza dos olhos, sem apertá-los, com água fria (previamente fervida) ou soro fisiológico;
- ✓ Não usar lenços de tecidos, somente descartáveis de papel;
- ✓ Evitar traumas: tomar cuidado com crianças, tapetes, animais domésticos e escadas;
- ✓ Não fazer força para tossir, vomitar e evacuar;
- ✓ Não coçar o olho operado;
- ✓ Não dormir do lado operado (2 semanas);
- ✓ Não carregar peso (1 mês);
- ✓ Não tingir os cabelos (1 mês);
- ✓ Não usar maquiagem, cremes ou loção no olho (1 mês);
- ✓ Não faltar aos retornos marcados;
- ✓ Em caso de algum desconforto, procurar imediatamente o Pronto Socorro do Hospital Escola, independente do dia ou do horário.