

**Ministério da Saúde**

Secretaria de Atenção Especializada à Saúde

Departamento de Atenção Especializada e Temática

Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes

Ano: \_\_\_\_\_

Estruturas especializadas integrantes da rede de procura e doação de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano para transplantes (CIHDOTT, CIHT, OPO, SPOT, COPOT, etc.)

**INDICADORES E METAS**

INDICADOR	META	RESULTADO ALCANÇADO
Identificação de ME	Identificar ____%/ano	____ %/ano
Notificação de ME	Notificar ____%/ano	____ %/ano
Entrevista familiar em ME	Realizar ____%/ano	____ %/ano
Recusa familiar em ME	Reduzir em ____%/ano	____ %/ano
Identificação de doador em PCR	Identificar ____%/ano	____ %/ano
Notificação de doador em PCR	Notificar ____%/ano	____ %/ano
Entrevista familiar de doador em PCR	Realizar ____%/ano	____ %/ano
Recusa familiar de doador em PCR	Reduzir em ____%/ano	____%/ano
Atividades de educação continuada	Realizar ____ /ano	____ /ano

ME – Morte Encefálica    PCR – Parada Cardiorrespiratória

**INDICADORES DE EFICIÊNCIA NA DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTES**

INDICADORES	Nº OU TAXAS APURADAS
Nº de óbitos totais na instituição	
Nº de óbitos nas unidades com ventiladores mecânicos (UTI, sala de recuperação, sala vermelha, pronto atendimento, etc.)	
Nº total de mortes encefálicas ocorridas na instituição	
Nº de mortes encefálicas não notificadas (escapes)	
Nº de mortes encefálicas notificadas	
Nº de doadores elegíveis em morte encefálica	
Nº de contraindicação médica para doação de órgãos	
Tempo médio entre a conclusão do diagnóstico de morte encefálica e entrega do corpo aos familiares	
Nº total de entrevista familiar para doação de órgãos	
Nº total de entrevista familiar para doação de tecidos	
Taxa de consentimento familiar em relação ao Nº de entrevistas realizadas para doação de órgãos	
Taxa de consentimento familiar em relação ao Nº de entrevistas realizadas para doação de tecidos	

Taxa de paradas cardiorrespiratórias irreversíveis em potenciais doadores em morte encefálica	
Nº de doações efetivas ou reais em morte encefálica (cirurgia de retirada)	
Nº de doações efetivas ou reais de tecidos (cirurgia de retirada)	
Nº de doadores de órgãos implantados	
Nº e causas de não retirada de órgãos*	

Referência: [Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017 - anexo 19 do anexo I – adaptado.](#)

\* causas: ver tabela

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Assinatura do Diretor Clínico

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



## RELATÓRIO DE ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO CONTINUADA

(treinamentos, cursos, seminários, palestras, etc., preencher um relatório para cada atividade realizada no ano)

DATA	INSTITUIÇÃO	TIPO DE ATIVIDADE (curso, seminário, palestra, etc)	MODALIDADE (presencial, remoto)
/ /			

Nome do(s) Palestrante(s)	Instituição

Nome dos Participantes Presentes (Alunos)
1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.
11.
12.
13.
14.
15.
16.
17.
18.
19.
20.
21.
22.
23.
24.
25.
26.
27.
28.
29.
30.