



TERMO DE DECLARAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA - Nº _____
(Conforme Resolução CFM 2.173 de 23/11/2017)

HOSPITAL

Nome: Hospital de Clínicas da UNICAMP CNES: 2079798
Município: Campinas UF: SP

PACIENTE

Nome Completo: _____
Mãe: _____ Data de Nascimento: ____/____/____
Cor: BRANC NEGR PARD AMAR Sexo: MASC FEM
Identificação: _____ Tipo: _____ Nº: _____

CAUSA DO COMA

Diagnóstico Principal: _____ CID: _____
Diagnóstico Secundário: _____ CID: _____
Confirmação: TC RM Angiografia DTC EEG Líquor 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 casos de encefalopatia hipóxico-isquêmica? SIM NÃO
Temperatura corporal $> 35^{\circ}\text{C}$ + $\text{SatO}_2 > 94\%$ + PAS ≥ 100 mmHg ou PA média ≥ 65 mmHg ou pela faixa etária (< 16 anos)? SIM NÃO
Ausência de drogas depressoras do Sistema Nervoso Central ou de bloqueadores neuromusculares? SIM NÃO

1º EXAME CLÍNICO

PA (mmHg): _____ TEMP. ($^{\circ}\text{C}$): _____ DATA: _____ HORA: _____

Presença de coma não perceptivo? SIM NÃO

EXAME NEUROLÓGICO (reflexos)

	Direito			Esquerdo		
Pupila fixa e arreativa	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO	<input type="radio"/> NT	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO	<input type="radio"/> NT
Ausência de reflexo córneo-palpebral	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO	<input type="radio"/> NT	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO	<input type="radio"/> NT
Ausência de reflexo óculo-cefálico	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO	<input type="radio"/> NT	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO	<input type="radio"/> NT
Ausência de reflexo vestibulo-calórico	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO	<input type="radio"/> NT	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO	<input type="radio"/> NT
Ausência de reflexo da tosse	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO				

Justifique o motivo de não ter testado o reflexo (NT = Não Testado) _____

Médico: _____
CRM: _____

Assinatura Identificada



TESTE DE APNEIA (Examinador 1 ou 2)

PA (mmHg): _____ TEMP. (°C): _____ DATA: _____ HORA: _____

	Inicial	Final		Inicial	Final
PaO ₂	_____	_____	PaCO ₂	_____	_____

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

Médico: _____
CRM: _____

Assinatura Identificada

2º EXAME CLÍNICO

PA (mmHg): _____ TEMP. (°C): _____ DATA: _____ HORA: _____

Presença de coma não perceptivo? SIM NÃO

EXAME NEUROLÓGICO (reflexos)	Direito			Esquerdo		
	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO	<input type="radio"/> NT	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO	<input type="radio"/> NT
Pupila fixa e arreativa	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO	<input type="radio"/> NT	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO	<input type="radio"/> NT
Ausência de reflexo córneo-palpebral	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO	<input type="radio"/> NT	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO	<input type="radio"/> NT
Ausência de reflexo óculo-cefálico	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO	<input type="radio"/> NT	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO	<input type="radio"/> NT
Ausência de reflexo vestibulo-calórico	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO	<input type="radio"/> NT	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO	<input type="radio"/> NT
Ausência de reflexo da tosse	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO				

Justifique o motivo de não ter testado o reflexo (NT = Não Testado) _____

Médico: _____
CRM: _____

Assinatura Identificada

EXAME COMPLEMENTAR

PA (mmHg): _____ TEMP. (°C): _____ DATA: _____ HORA: _____

Tipo: DTC EEG Angiografia Cintilografia Outro: _____

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

Observações: _____

Médico: _____
CRM: _____

Assinatura Identificada

A. 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

B. INTERVALOS ENTRE EXAMES CLÍNICOS:

INTERVALOS ENTRE EXAMES CLÍNICOS	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