



FICHA DOADOR

DOADOR Nº

Registro HC:

Iniciais do doador: _____ Iniciais da mãe: _____

Doação: Espontânea Procurada

Gostaria de receber agradecimento: Sim- email: _____ Não

Dados da Captação

Local: Serviço de Verificação de Óbitos () Regional () Interior
 Hospital das Clínicas () Campus () Unidade de Emergência () CEMEL
 Hospital/Cidade/Estado _____

Clampagem: ____/____/____ Hora ____: ____ Enucleação: ____/____/____ Hora ____: ____

Número de olhos captados: _____

Coleta de sangue? Sim ($\geq 3,5$ ml). Não

Hemodiluição? Sim (Anexar cálculo) Não

Saída do tecido da instituição captadora: ____ : ____ h.

Temperatura interna da caixa (2°C a 8°C): _____

Histórias de eventos e datas que levaram ao óbito

Data	Evento

Informações complementares: _____

Avaliação dos dados: Aprovado Reprovado: _____

Avaliador: _____ **Data:** ____/____/____