



DOADOR Nº

Registro HC:

Iniciais do doador: _____ Cor: _____

Iniciais da mãe: _____

Doação: Espontânea Procurada

Gostaria de receber agradecimento: Sim (email: _____) Não.

Dados da Captação

Local:

Serviço de Verificação de Óbitos do Interior (SVOI) CEMEL

HC - Campus () HC - Unidade de Emergência

Hospital: _____ Cidade: _____ Estado: _____

Clampagem: ____/____/____ Hora ____: ____ Eucleação: ____/____/____ Hora ____: ____

Número de olhos captados: _____

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

Hemodiluição Sim (Anexar cálculo) Não

Coleta de swab Sim 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: _____

Enucleador: _____ Data: ____ / ____ / ____