

## COMUNICAÇÃO À ACSS DAS COLHEITAS DE ÓRGÃOS / TECIDOS EFETUADAS NOS HOSPITAIS

### 1. IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

1.1. Hospital onde se efetuou a colheita \_\_\_\_\_

1.2. GCCT que coordenou a colheita \_\_\_\_\_

1.3. Data da colheita \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Código da colheita: \_\_\_\_\_

### 2. COLHEITA DE ÓRGÃOS

Assinalar com  o(s) órgão(s) colhido(s)

Instituição a que pertence(m) a(s) equipa(s) de colheita

Coração	<input type="checkbox"/>
Pulmão Direito	<input type="checkbox"/>
Pulmão Esquerdo	<input type="checkbox"/>
Rim Direito	<input type="checkbox"/>
Rim Esquerdo	<input type="checkbox"/>
Fígado	<input type="checkbox"/>
Pâncreas	<input type="checkbox"/>
Outros (especificar)	<input type="checkbox"/>

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

### 3. COLHEITA DE TECIDOS

Assinalar com  o(s) tecido(s) colhido(s) para processamento no banco de tecidos  
(Nota: devem ser assinalados apenas os tecidos colhidos para processamento)

		Nº Peças	Destino
Córnea Direita	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Córnea Esquerda	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Válvulas Cardíacas	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Musculoesquelético	<input type="checkbox"/> Osso <input type="checkbox"/> Tendão <input type="checkbox"/> Cartilagem	_____	_____
		_____	_____
		_____	_____
Pele	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Vasos	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Outros (especificar)	<input type="checkbox"/>	_____	_____

**O CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO**  
(DO HOSPITAL ONDE SE EFETUOU A COLHEITA)

**DIRETOR DO GABINETE**  
(QUE COORDENOU A COLHEITA)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**INSTITUTO PORTUGUÊS DO SANGUE E DA TRANSPLANTAÇÃO, IP**

**Autorizo,**

(NOTA: Remeter ao IPST, IP um exemplar por cada dador)