



# PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO BANCO DE OLHOS - BOB

POP BOB 005 AVALIAÇÃO FÍSICA DO POSSÍVEL DOADOR DE TECIDOS OCULARES



POP BOB 005 - PÁG.: 1/5 EMISSÃO: 22/06/2018 REVISÃO Nº 03 : 19/01/2024

## 1. OBJETIVOS:

Realizar exame físico no doador de tecidos oculares para buscar sinais que sugiram possível contraindicação à doação.

## 2. ABRANGÊNCIA:

Banco de Olhos Botucatu e Organização de Procura de Órgãos.

## 3. MATERIAIS E RECURSOS NECESSÁRIOS:

**3.1. Equipamentos de Proteção Individual (EPIs):** avental descartável de mangas longas e luvas de procedimento.

**3.2. Equipamentos e Documentos Necessários:** Ficha de avaliação do doador e da doação e Ficha de Notificação de Óbito, 2 SF0,9%10ml.

## 4. PROCEDIMENTOS:

1. Realizar higienização das mãos com água e sabão antisséptico (mínimo de 30 segundos) ou álcool gel (mínimo de 15 segundos);

2. Paramentar-se com os EPI's;

3. Retirar o corpo da câmara fria, se necessário;

4. Descobrir totalmente o corpo;

5. Conferir a etiqueta de identificação com a Ficha de Notificação de Óbito e com a cópia do documento de identidade do doador: Nome completo do Doador, idade e nome da mãe;

6. Inspeccionar todo o corpo do doador de forma céfalo caudal, observando sinais de:

- Sinais de uso de drogas injetáveis;
- Doenças sexualmente transmissíveis – DST;
- Inflamação/Infecção e secreção ocular;
- Presença de piercing, tatuagem ou maquiagem definitiva de aspecto recente e/ou não profissional;
- Icterícia (pode sugerir hepatite, embora não contraindique a doação, por si);
- Hematomas, edemas, ferimentos corto contusos, escoriações, cicatriz cirúrgica, lesões em geral.

7. Lavar com SF 0,9% o Olho D e abrir delicadamente as pálpebras e fazer a avaliação macroscópica dos globos oculares, buscar sinais que sugiram contraindicação à doação;

8. Repetir o procedimento acima no Olho E;

Aprovação da Gerência do Banco de Olhos de Botucatu: Enf.ª Cintia Banin | CCIRAS/SESMT

Assessoria do Núcleo de Gestão da Qualidade - Gestão 2024



# PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO BANCO DE OLHOS - BOB

POP BOB 005 AVALIAÇÃO FÍSICA DO POSSÍVEL DOADOR DE TECIDOS OCULARES



POP BOB 005 - PÁG.: 2/5 EMISSÃO: 22/06/2018 REVISÃO Nº 03 : 19/01/2024

9. Recobrir o corpo do doador;
10. Acondicionar o corpo do doador na câmara fria;
11. Retirar os EPI's e descartar em local apropriado (recipiente para resíduo INFECTANTE);
12. Realizar higienização das mãos com água e sabão antisséptico (mínimo de 30 segundos) ou álcool gel (mínimo de 15 segundos);
13. Anotar os achados físicos nas Fichas de Doação e do Doador.

## 5. CONTINGÊNCIAS:

Não se aplica.

## 6. OBSERVAÇÕES:

- 6.1. Em achados de tatuagem, piercing ou maquiagem definitiva, contraindicação se realizado a menos de 6 meses. Piercing Oral ou Genital considerar contraindicação se inferior a 12 meses;
- 6.2. Compete privativamente ao profissional de nível superior, do Banco de Olhos, a decisão de validar ou invalidar o doador.

## 7. AUTORES E REVISORES:

**7.2. Autores:** Aline R. Zambrini, Cibele Gregório, Cíntia Banin, Marcos R. Luiz, Marina C. A. Cleto e Valdeci R. Tavares

**7.2. Revisores:** Cíntia Banin e Marina C. A. Cleto.

## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria nº 485, de 11 de novembro de 2005. Aprova a norma regulamentadora nº 32 (Segurança e saúde no trabalho em estabelecimentos de saúde). Diário Oficial da Federativa do Brasil, Brasília (DF); 2005 Nov.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Guia de Inspeção em Banco de Células e Tecidos. Boas práticas em células e tecidos. 2017.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução da Diretoria Colegiada. RDC nº 707 de 1 de julho de 2022. Dispõe sobre as Boas Práticas em Tecidos humanos para uso terapêutico.

- COFEN. RESOLUÇÃO COFEN Nº 710/2022. Atualiza a norma técnica referente à atuação da Equipe de Enfermagem no processo de doação, captação e transplante de órgãos, tecidos e células, e dá outras providências.

Aprovação da Gerência do Banco de Olhos de Botucatu: Enf.ª Cintia Banin | CCIRAS/SESMT

Assessoria do Núcleo de Gestão da Qualidade - Gestão 2024



# PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO BANCO DE OLHOS - BOB

POP BOB 005 AVALIAÇÃO FÍSICA DO POSSÍVEL DOADOR DE TECIDOS OCULARES



POP BOB 005 - PÁG.: 3/5 EMISSÃO: 22/06/2018 REVISÃO Nº 03 : 19/01/2024

## 9. ANEXOS:

### 9.1. Anexo 1: Ficha de Notificação de Óbito.

	<b>HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU</b> <b>BANCO DE OLHOS BOTUCATU</b> Av. Prof. Mário Rubens Guimarães Montenegro, s/nº. CEP. 18618-687. Botucatu / São Paulo / Brasil E-mail: bob.hcfmb@unesp.br FAX: (14) 3811-6386 – (14) 99612-8442	
<b>FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE ÓBITO</b> <input type="checkbox"/> Morte Encefálica		
Nome:	Data e horário do óbito: / / . . . . .	
RGHC:	Setor:	Idade:
Notificado por:	Verificação do prontuário: / / . . . . .	
AVALIAÇÃO DE PRONTUÁRIO: <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM Plantonista:		
Transcrição dos Diagnósticos e anotações do Prontuário:		
Observações:		
<input type="checkbox"/> Histórico de Vacina <input type="checkbox"/> Hemodiálise <input type="checkbox"/> Hemodiluído (anexar cálculo) <input type="checkbox"/> Histórico de encarceramento > a 72h <input type="checkbox"/> Indivíduo e/ou parceiro sexual do grupo de risco, 6 meses <input type="checkbox"/> Medic. Hemoderivado <input type="checkbox"/> Medic. Imunossupressor <input type="checkbox"/> Piercing e/ou tatuagem, 12 meses <input type="checkbox"/> Transplante <input type="checkbox"/> Xenotransplante <input type="checkbox"/> Uso terapêutico de Tecidos, 6 meses		
CAUSA MORTE OBTIDA DE ATESTADO DE ÓBITO, POR MÉDICO: <input type="checkbox"/> Assistente/Substituto <input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> I.M.L.		
<b>TRANSCRIÇÃO DOS MOTIVOS DO ÓBITO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO.</b>		
<small>Descreva em linhas separadas as causas diretamente a morte</small>	a) _____	
<small>ELABORADO ANTE ODEURO</small> <small>Escritório, hospitalar, ou cadavérico, que produziram a causa direta e imediata da morte, em um único lugar, e em uma única sessão.</small>	b) _____	
	c) _____	
	d) _____	
<small>PARTE II</small> <small>Listar as condições significativas que contribuíram para o óbito, e que não entraram, porém, na descrição acima.</small>	_____	
Fornecido pelo (a) Dr.(a): _____ CRM N.º: _____		
ENTREVISTA FAMILIAR <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM		
<b>MOTIVOS MEDICOS</b>		<b>ASPECTOS LOGISTICOS</b>
<input type="checkbox"/> Desconhecimento da causa base do óbito		<input type="checkbox"/> Equipe de retirada não disponível
Portador de neoplasia: <input type="checkbox"/> Hematológico <input type="checkbox"/> Ocular		<input type="checkbox"/> Deficiência estrutural da instituição
<input type="checkbox"/> Sorologia positiva:		
Fora da Faixa Etária: <input type="checkbox"/> abaixo de 2 anos <input type="checkbox"/> maior ou igual a 80 anos		<input type="checkbox"/> Familiares não localizados
<input type="checkbox"/> Tempo máximo para retirada ultrapassado:		<input type="checkbox"/> Potencial doador sem identificação
<input type="checkbox"/> Septicemia / Choque Séptico / Infecção Ativa (Descrito na D.O.)		<input type="checkbox"/> Doador sem documento
<input type="checkbox"/> Trauma com lesão do tecido a ser doado		<input type="checkbox"/> Outros. Justifique:
<input type="checkbox"/> Outros. Justifique:		
<input type="checkbox"/> História de Infecção não especificado na D.O. - Converso com Médico:		CRM: _____
DOAÇÃO <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM		
<b>MOTIVOS DE RECUSA</b>		
<input type="checkbox"/> Desconhecimento do desejo do potencial doador		<input type="checkbox"/> Familiares descontentes com o atendimento
<input type="checkbox"/> Potencial doador contrário, em vida, à doação.		<input type="checkbox"/> Receio de demora na liberação do corpo
<input type="checkbox"/> Familiares indecisos		<input type="checkbox"/> Convicções religiosas
<input type="checkbox"/> Familiares desejam o corpo íntegro		<input type="checkbox"/> Outros:
ENTREVISTADO POR: _____ às: / / . . . . .		
Obs: <input type="checkbox"/> AIH <input type="checkbox"/> Digitado óbito na Planilha		

BANCO DE OLHOS - BOB







# PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO BANCO DE OLHOS - BOB

POP BOB 005 AVALIAÇÃO FÍSICA DO POSSÍVEL DOADOR DE TECIDOS OCULARES



POP BOB 005 - PÁG.: 4/5 EMISSÃO: 22/06/2018 REVISÃO Nº 03 : 19/01/2024

## 9.2. Anexo 2: Ficha de Informação do Doador

 Banco de Olhos Botucatu	HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU BANCO DE OLHOS BOTUCATU Av. Prof. Mário Rubens Guimarães Montenegro, s/n. CEP. 18618-687. Botucatu / São Paulo / Brasil E-mail: bob.hcfmb@unesp.br FAX: (14) 3811-6386 - (14) 99612-8442	

### INFORMAÇÃO DO DOADOR

Nome: _____	RgHC: _____	Idade: _____
Mãe: _____	DN: / /	
Local onde foi constatado o Óbito: <input type="checkbox"/> UTI / SETI <input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Centro Cirúrgico <input type="checkbox"/> Pronto Socorro	Cor: <input type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Pardo <input type="checkbox"/> Amarelo	
<input type="checkbox"/> Outro: _____		

Data e Hora do Óbito: / / . : / / . :	Data e Hora da Enucleação: / / . : / / . :
→ Em Caso de Múltiplos Órgãos. Data e Hora do Clampeamento da Aorta: / / . : / / . :	

CORPO MANTIDO EM CÂMARA FRIA:  SIM  NÃO / FAMÍLIA QUER MANTER CONTATO  SIM  NÃO

CAUSA MORTE OBITADA POR:  Atestado de óbito por médico assistencial/ substituto  IML / SVO

COLETA DE SANGUE PARA TESTE:  SIM  NÃO. Por que: \_\_\_\_\_


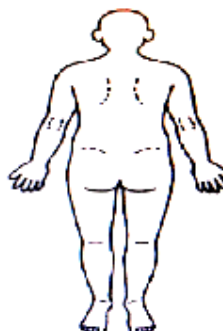
VIA:  Femoral  Subclávia  Jugular  Outros: \_\_\_\_\_

### RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA


### EXAME FÍSICO

<input type="checkbox"/> Cirurgia ocular Prévia <input type="checkbox"/> OD <input type="checkbox"/> OE	Tipo de cirurgia: _____
<input type="checkbox"/> Trauma Ocular <input type="checkbox"/> OD <input type="checkbox"/> OE	<input type="checkbox"/> Enfermidade Ocular <input type="checkbox"/> OD <input type="checkbox"/> OE
<input type="checkbox"/> Enfermidade neurológica	Quais: <input type="checkbox"/> Alzheimer <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Acidente Vascular Cerebral <input type="checkbox"/> Epilepsia
<input type="checkbox"/> Outros: _____	
<input type="checkbox"/> Outros: _____	

LEGENDAS	
SÍMBOLOS	DESCRIÇÃO
I	Cirurgia
#	Sutura (Não cirúrgica)
X	Úlcera
Y	Sinais de uso de drogas injetáveis
★	Tatuagem
0	Hematomas
+	Piercing

\_\_\_\_\_  
Responsável

Aprovação da Gerência do Banco de Olhos de Botucatu: Enf.ª Cintia Banin | CCIRAS/SESMT

Assessoria do Núcleo de Gestão da Qualidade - Gestão 2024





# PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO BANCO DE OLHOS - BOB

POP BOB 005 AVALIAÇÃO FÍSICA DO POSSÍVEL DOADOR DE TECIDOS OCULARES



POP BOB 005 - PÁG.: 5/5 EMISSÃO: 22/06/2018 REVISÃO Nº 03 : 19/01/2024

## 10. TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE DIVULGAÇÃO ELETRÔNICA E APROVAÇÃO DE DOCUMENTO

	<p>HOSPITAL DAS CLÍNICAS FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU NÚCLEO DE GESTÃO DA QUALIDADE Av. Professor Mário Rubens Guimarães Montenegro, s/n CEP 18618-687 – Botucatu – São Paulo – Brasil Tel. (14) 3811-6218 / (14) 3811-6215 – E-mail <a href="mailto:qualidade.hcfmb@unesp.br">qualidade.hcfmb@unesp.br</a></p>	
<b>TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE DIVULGAÇÃO ELETRÔNICA E APROVAÇÃO DE DOCUMENTO</b>		

### 1. IDENTIFICAÇÃO DO DOCUMENTO

1.1. Título: POP BOB 05 – AVALIAÇÃO FÍSICA DO POSSÍVEL DOADOR DE TECIDOS OCULARES

1.2. Área Responsável: BANCO DE OLHOS DE BOTUCATU

1.3. Data da Elaboração: 22/06/2018 Total de páginas: 6 Data da Revisão: 19/01/2024 – Número da Revisão: 03

1.4. Autorização de Divulgação Eletrônica do Documento e Consentimento de Exposição de dados (nome completo e número de registro profissional) durante a vigência do documento:

Eu, como autor e/ou revisor do documento citado, aprovo e autorizo a divulgação eletrônica do mesmo:

NOME	SETOR	ASSINATURA
Cintia Banin	Banco de Olhos	
Marina C. A. Cleto	OPO	

### 2. DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA, APROVAÇÃO DE DOCUMENTO E CONSENTIMENTO DE EXPOSIÇÃO DO NOME COMPLETO (DURANTE O PERÍODO DE VIGÊNCIA DO DOCUMENTO):

Declaro que estou ciente e aprovo o conteúdo do documento: POP BOB 05 – AVALIAÇÃO FÍSICA DO POSSÍVEL DOADOR DE TECIDOS OCULARES. Também autorizo a exposição do meu nome completo.

Data: 28/3/24	Assinatura: Enfermeira CRN-SP 0395609
Gerência do Banco de Olhos de Botucatu: Cintia Banin	

BANCO DE OLHOS - BOB