



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO BANCO DE OLHOS - BOB

POP BOB 003 ENTREVISTA FAMILIAR PARA DOAÇÃO DE TECIDOS OCULARES



POP BOB 003 - PÁG.: 1/7 EMISSÃO: 22/06/2018 REVISÃO Nº 03 : 19/01/2024

1. OBJETIVOS:

Acolher a família do potencial doador e oferecer a possibilidade da doação de tecidos oculares por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

2. ABRANGÊNCIA:

Banco de Olhos Botucatu e Organização de Procura de Órgãos.

2.1. Agentes executores: equipe do Banco de Olhos, Organização de Procura de Órgãos e Residentes da Oftalmologia do HCFMB (capacitados).

3. MATERIAIS E RECURSOS NECESSÁRIOS:

3.1. Equipamentos de Proteção Individual (EPIs): não se aplica.

3.2. Equipamentos e Documentos Necessários: sala de acolhimento, computador, impressora com copiadora ou celular com câmera, sistema informatizado (SOUL – MV), Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Doação de Tecidos Ocular (TCLE) - menor que 18 anos e TCLE- maior que 18 anos.

4. PROCEDIMENTOS:

4.1. Acolhimento Familiar

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

2. Realizar o acolhimento aos familiares em espaço físico reservado, ventilado, com assentos disponíveis, que permita um distanciamento seguro entre os presentes;

4.2. Entrevista Familiar

1. Se apresentar (informando o nome e função);

2. Expressar seus sentimentos de pesar;

3. Acolher os familiares e perguntar sobre os hábitos de vida, vida sexual, uso de medicamentos, drogas, piercing e tatuagens, vacinas, história de doença prévia ou doença na família, problemas nos olhos, cirurgias;

4. Sanar as dúvidas se houver;

5. Oferecer a possibilidade de doação dos tecidos oculares (OLHOS) à família;

6. Explicar a importância da doação, sanar dúvidas sobre o procedimento da enucleação (extração dos globos oculares), reconstrução da face.

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 003 ENTREVISTA FAMILIAR PARA DOAÇÃO DE TECIDOS OCULARES



POP BOB 003 - PÁG.: 2/7 EMISSÃO: 22/06/2018 REVISÃO Nº 03 : 19/01/2024

7. Explicar sobre eventos adversos que possam ocorrer após a retirada dos tecidos. Ex. Sangramento, edema e hematoma (algumas patologias podem aumentar o risco de sangramento).

8. Respeitar a decisão familiar;

9. Concluir o atendimento;

10. Expressar seus sentimentos de pesar;

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

4.3. Entrevista Positiva para Doação de Tecidos

1. Preencher o TCLE, atentando-se para a idade do doador (se **menor** de 18 anos, ambos, pai e mãe, devem assinar o termo) ou Responsável Legal, ou Curador (com autorização judicial comprovada);

2. Preencher o TCLE, atentando-se para a idade do doador, se **maior** de 18 anos, circunstanciar o termo nos casos em que o autorizador for de familiar de 2º grau, Responsável Legal ou Curador (com autorização judicial comprovada);

3. Coletar as assinaturas do TCLE;

4. Tirar cópia dos documentos do doador, do familiar autorizador e das testemunhas e anexar no prontuário do doador. No caso de tirar foto estas deverão ser enviadas ao email do BOB: bob.hcfmb@unesp.br, impressas e anexadas no prontuário do doador; e

5. Excluir as cópias dos documentos do e-mail após a impressão.

4.4. Entrevista com Recusa para Doação de Tecidos

1. Caso a família não autorize a doação, deve-se encerrar a entrevista como negativa familiar;

2. Preencher o Livro de notificação de óbito com o motivo da recusa, nome do plantonista, data e hora da entrevista.

5. CONTINGÊNCIAS:

Não se aplica.

6. OBSERVAÇÕES:

6.1. O acolhimento se inicia após a família receber a notícia do óbito da equipe médica;

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 003 ENTREVISTA FAMILIAR PARA DOAÇÃO DE TECIDOS OCULARES



POP BOB 003 - PÁG.: 3/7 EMISSÃO: 22/06/2018 REVISÃO Nº 03 : 19/01/2024

6.2. Doador maior de 18 anos: podem autorizar a doação parentes de primeiro grau (pai, mãe, filhos e cônjuges), segundo grau (avós, irmãos e netos) e Responsável Legal ou Curador (com autorização judicial comprovada);

6.3. É **obrigatório** nos casos das autorizações de parentes de segundo grau e/ou Responsável Legal, justificar (circunstanciar) nos termos de autorização para doação. Ex: Ausência de familiar de primeiro grau;

6.4. Durante a entrevista, informar ao consentidor que podem ocorrer intercorrências no processo de enucleação (sangramento, edema e/ou hematoma);

6.5. Solicitar 3 (três) a 4 (quatro) horas para a realização da enucleação, a partir do horário da assinatura do TCLE;

6.6. Se o TCLE for rasurado ou preenchido inadequadamente, o entrevistador deverá entrar em contato com o familiar que autorizou a doação para obter novamente a assinatura do termo de doação.

7. AUTORES E REVISORES:

7.1. Autores/Colaboradores: Aline R. Zambrini, Cíntia Banin, Cibele Gregório, 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. LEI Nº 9.434, DE 4 DE FEVEREIRO DE 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências.

- 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. PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO GM/MS Nº 4. DE 28 DE SETEMBRO DE 2017. Consolidou o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes.

- BRASIL. DECRETO Nº 9.175, DE 18 DE OUTUBRO DE 2017. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências.

- 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 003 ENTREVISTA FAMILIAR PARA DOAÇÃO DE TECIDOS OCULARES



POP BOB 003 - PÁG.: 4/7 EMISSÃO: 22/06/2018 REVISÃO Nº 03 : 19/01/2024

9. ANEXOS:

9.1. Anexo 1: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Doação de Tecidos Ocular (TCLE)
- menor de 18 anos.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE		VERSÃO 3
SISTEMA ESTADUAL DE TRANSPLANTES		
		
Home page: http://crxses.saude.sp.gov.br		
C.Tx Sede - E-mail: caedosp-plantao@saude.sp.gov.br C.Tx Regional - E-mail: centralregional@saude.sp.gov.br		
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOAÇÃO DE TECIDO OCULAR - MENOR DE 18 ANOS		
Respeitando as Leis nº 9.434/97 e Decreto nº 9.175, de 18/10/2017, AUTORIZO a doação de órgãos e/ou tecidos de:		
1- DOADOR		
Nome _____	Idade _____	
Sexo: () M () F	Nascimento: ____/____/____	CPF: _____
Endereço: _____ nº _____ complemento _____	Município: _____	Estado: _____
Hospital _____	Município _____	
Data do Óbito: ____/____/____	Horário do óbito: _____:_____	
2- RESPONSÁVEL PELA AUTORIZAÇÃO		
*Grau de Parentesco () Pai () Mãe () Tutor Legal Comprovado () Autorização Judicial Comprovada		
Nome: _____	Natural de: _____	
Estado: _____	CPF _____	Endereço: _____
_____ nº _____ complemento: _____		
Cidade: _____	Estado: _____	CEP _____ Telefone: _____
Assinatura: _____	Data: ____/____/____	
*Grau de Parentesco () Pai () Mãe		
Nome: _____	Natural de: _____	
Estado: _____	CPF _____	Endereço: _____
_____ nº _____ complemento: _____		
Cidade: _____	Estado: _____	CEP _____ Telefone: _____
Assinatura: _____	Data: ____/____/____	
3 - AUTORIZADO A RETIRADA DE TECIDO OCULAR		
() Somente para Fins de Transplante		
() Para Fins de Transplante porém se o Órgão ou Tecido <u>não for utilizado para transplante</u> , devido sua qualidade, pode também ser <u>utilizado para Fins Científicos</u> (Ensino/Pesquisa)		
Testemunha 1: Nome _____		
CPF _____	Telefone: _____	
Endereço: _____		
Assinatura: _____		
Testemunha 2: Nome _____		
CPF _____	Telefone: _____	
Endereço: _____		
Assinatura: _____		
Local e Data _____ de _____ de _____ Hora _____		
_____ Profissional responsável pela entrevista familiar (carimbo, assinatura e registro profissional)		

BANCO DE OLHOS - BOB



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO BANCO DE OLHOS - BOB

POP BOB 003 ENTREVISTA FAMILIAR PARA DOAÇÃO DE TECIDOS OCULARES



POP BOB 003 - PÁG.: 5/7 EMISSÃO: 22/06/2018 REVISÃO Nº 03 : 19/01/2024

9.2. Anexo 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Doação de Tecidos Ocular (TCLE)
– maior de 18 anos.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SISTEMA ESTADUAL DE TRANSPLANTES
Home page: <http://ctxses.saude.sp.gov.br>
C.Tx Sede - E-mail: cncdosp-plantao@saude.sp.gov.br C.Tx Regional - E-mail: centralregional@saude.sp.gov.br

VERSÃO 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
DOAÇÃO DE TECIDO OCULAR - MAIOR DE 18 ANOS

Respeitando as Leis nº 9.434/97 e Decreto nº 9.175, de 18/10/2017, AUTORIZO a doação de órgãos e/ou tecidos de:

1- DOADOR

Nome _____ Idade _____
Sexo: () M () F Nascimento ____/____/____ RG _____ CPF _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ nº _____ complemento _____
Município: _____ Estado: ____ Data do Óbito: ____/____/____ Horário do óbito: ____:____:____

2- RESPONSÁVEL PELA AUTORIZAÇÃO

*Grau de Parentesco: () Pai () Mãe () Avô/ó () Irmão/a () Cônjuge/Companheiro () Filho/a
() Neto/a () Curador Comprovado () Autorização Judicial Comprovada

Caso seja utilizada a autorização de **parente de 2º grau** circunstanciar abaixo as razões do impedimento dos familiares de 1º grau (Decreto nº 9.175 – 18/10/2017 - artigo 20 - § 2º)

Circunstanciar aqui - _____

Nome: _____
Natural de: _____ Estado: ____ RG _____ CPF _____
Endereço: _____ nº _____ Complemento: _____
Cidade: _____ Estado: ____ CEP _____ telefone: _____
Assinatura: _____ data: ____/____/____

3 – AUTORIZADO A RETIRADA DE TECIDO OCULAR

() Somente para **Fins de Transplante**

() Para Fins de Transplante porém se o Órgão ou Tecido **não for utilizado para transplante**, devido sua qualidade, pode também ser **utilizado para Fins Científicos** (Ensino/Pesquisa)

Testemunha 1: Nome _____
RG _____ CPF _____ Telefone: _____
Endereço: _____
Assinatura: _____

Testemunha 2: Nome _____
RG _____ CPF _____ Telefone: _____
Endereço: _____
Assinatura: _____

Local e Data _____, _____ de _____ de _____ Hora _____

Profissional responsável pela entrevista familiar (carimbo, assinatura e registro profissional)



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO BANCO DE OLHOS - BOB

POP BOB 003 ENTREVISTA FAMILIAR PARA DOAÇÃO DE TECIDOS OCULARES



POP BOB 003 - PÁG.: 6/7 EMISSÃO: 22/06/2018 REVISÃO Nº 03 : 19/01/2024

9.3. Anexo 3: Ficha de Notificação de Óbito.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU
BANCO DE OLHOS BOTUCATU
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

FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE ÓBITO

Morte Encefálica

Nome: _____ Data e horário do óbito: ____/____/____ : ____:____
RGHC: _____ Setor: _____ Idade: _____
Notificado por: _____ Verificação do prontuário: ____/____/____ : ____:____

AValiação de Prontuário: NÃO SIM Plantonista:

Transcrição dos Diagnósticos e anotações do Prontuário: _____

Observações: _____

Histórico de Vacina Hemodiálise Hemodiluído (anexar cálculo) Histórico de encarceramento > a 72h
 Indivíduo e/ou parceiro sexual do grupo de risco, 6 meses Medic. Hemoderivado Medic. Imunossupressor
 Piercing e/ou tatuagem, 12 meses Transplante Xenotransplante Uso terapêutico de Tecidos, 6 meses

CAUSA MORTE OBTIDA DE ATESTADO DE ÓBITO, POR MÉDICO: Assistente/Substituto SVO I.M.L.

TRANSCRIÇÃO DOS MOTIVOS DO ÓBITO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO.

Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte

CAUSAS ANTECEDENTES
Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica

a) Devido ou como consequência de _____
b) Devido ou como consequência de _____
c) Devido ou como consequência de _____
d) Devido ou como consequência de _____

PARTE II
Outras condições significativas que contribuíram para a morte, se não estiverem, porém, na cadeia acima.

Fornecido pelo (a) Dr.(a): _____ CRM N.º: _____

ENTREVISTA FAMILIAR NÃO SIM

MOTIVOS MÉDICOS	ASPECTOS LOGÍSTICOS
<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 NÃO SIM

MOTIVOS DE RECUSA	
<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: AIH Digitado óbito na Planilha



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO BANCO DE OLHOS - BOB

POP BOB 003 ENTREVISTA FAMILIAR PARA DOAÇÃO DE TECIDOS OCULARES



POP BOB 003 - PÁG.: 7/7 EMISSÃO: 22/06/2018 REVISÃO Nº 03 : 19/01/2024

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

	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: qualidade.hcfmb@unesp.br	
TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE DIVULGAÇÃO ELETRÔNICA E APROVAÇÃO DE DOCUMENTO		

1. IDENTIFICAÇÃO DO DOCUMENTO		
1.1. Título: POP BOB 03 – ENTREVISTA FAMILIAR PARA DOAÇÃO DE TECIDOS OCULARES		
1.2. Área Responsável: Banco de Olhos de Botucatu		
1.3. Data da Elaboração: 22/06/2018 Total de páginas: 08 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) Durante a Vigência do Documento: Eu, como revisora do documento citado, aprovo e autorizo a divulgação eletrônica do mesmo:		
NOME	SETOR	ASSINATURA
Cíntia Banin	BOB	
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 03 – ENTREVISTA FAMILIAR PARA DOAÇÃO DE TECIDOS OCULARES. Também autorizo a exposição do meu nome completo.		
Data: 09/03/24	Assinatura: Gerente de Banco de Olhos: Enf. Cíntia Banin	

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

Assessoria do Núcleo de Gestão da Qualidade - Gestão 2024

BANCO DE OLHOS - BOB