
	<b>FORMULÁRIO</b>	<b>Código do Documento</b>
		FORM.DT.009
	DECLARAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA	<b>Especialidade</b>
		Direção Técnica

Segundo a Resolução CFM nº 2.173 de 15/12/2017, o teste de morte encefálica é obrigatório para todo paciente em coma aperceptivo, mesmo que não seja candidato a doação de órgãos.

<b>NOME do paciente</b>							
Nome da <b>MÃE</b>							
<b>IDADE</b>		anos		meses		dias	
<b>Data de nascimento:</b> ____/____/____							
<b>Sexo</b>	( ) Masc.	( ) Fem.	<b>Nº Prontuário:</b>				
<b>Documento</b> (RG/CNH/Certidão de Nascimento):							
<b>CAUSA DO COMA</b>							
<b>DIAGNÓSTICO</b>	Descreva a CAUSA que levou ao coma:					<b>CID</b>	
PRINCIPAL							
SECUNDÁRIO							
Como foi confirmada a CAUSA que levou ao coma? <input type="checkbox"/> Tomografia Computadorizada - TC <input type="checkbox"/> Ressonância Magnética <input type="checkbox"/> Angiografia <input type="checkbox"/> Líquor <input type="checkbox"/> EEG <input type="checkbox"/> outro: _____							
<b>PRÉ-REQUISITOS PARA INICIAR OS TESTES</b> (se marcar um NÃO, não será possível prosseguir com os testes)							
						<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
Foi detectada presença de lesão encefálica de causa conhecida, irreversível e capaz de causar morte encefálica							
Declaro que há uma ausência de causas tratáveis que possam confundir o diagnóstico de morte encefálica							
Confirmo que o tempo de observação hospitalar deste paciente após a suspeita de morte encefálica já superou 6 horas ou no caso de encefalopatia hipóxico-isquêmica como causa (ex.: pós PCR) já superou 24 horas de observação							
Confirmo que os parâmetros clínicos necessários para determinação de morte encefálica (temperatura corporal > 35°C + Saturação O <sub>2</sub> > 94% + Pressão arterial adequada para faixa etária, conforme tabela ao final do documento) foram atingidos							
Declaro que há ausência de hipotermia (aferição retal ou esôfago)							
Declaro a ausência de drogas depressoras do sistema nervoso central (respeitando as meias-vidas dos fármacos conforme tabela no final do documento) ou de bloqueadores neuromusculares							
<b>PRIMEIRO EXAME CLÍNICO</b>							
<b>Data</b>	____/____/____			<b>Hora do início</b>	____:____ h		
<b>SINAIS VITAIS no início da prova (não dar início caso não fora da faixa estabelecida)</b>							
Pressão arterial: deve estar acima dos valores para faixa etária							
		<b>SISTÓLICA</b>	<b>MEDIA</b>				
< 5 meses		60	43				
5 meses a 2 anos		80	60				
2 a 7 anos		85	62				

	<b>FORMULÁRIO</b>		<b>Código do Documento</b>		
			FORM.DT.009		
<b>DECLARAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA</b>		<b>Especialidade</b>			
		Direção Técnica			

Segundo a Resolução CFM nº 2.173 de 15/12/2017, o teste de morte encefálica é obrigatório para todo paciente em coma aperceptivo, mesmo que não seja candidato a doação de órgãos.

	7 a 15 anos	90	65		Sistólica (mmHg)	Média (mmHg)	Diastólica (mmHg)
	16 anos acima	100	65				
Temperatura (deve estar acima de 35°C: aferição retal ou esôfago)					°C		
Saturação O <sub>2</sub> (deve estar acima de 94%)					%		

Marcar obrigatoriamente sim para cada um dos seguintes itens: **no caso de um NÃO, não anotar no termo de declaração de morte encefálica, apenas registrando no prontuário do paciente**

	OLHO DIREITO			OLHO ESQUERDO		
	Sim	Não	NT	Sim	Não	NT
Coma aperceptivo (arreativo)						
Pupilas fixas e arreativas						
Ausência de reflexo córneo-palpebral						
Ausência de reflexo óculo-cefálico						
Ausência de reflexo às provas calóricas						
Ausência de reflexo de tosse						

NT – se marcou NT (não testado) em algum dos reflexos, justifique o porquê da impossibilidade do exame neste caso:

Data	___/___/___	Hora do término	___:___ h
------	-------------	-----------------	-----------

Nome do médico legível:

CRM-SE (escrever legível neste campo):		Assinatura e carimbo
-------------------------------------------	--	----------------------

**Obrigatório registrar também no prontuário o horário e o resultado do primeiro exame clínico, assinado e carimbado por quem fez**

Atenção: observar o **INTERVALO MÍNIMO EXIGIDO ENTRE DUAS AVALIAÇÕES CLÍNICAS neurológicas:**

7 dias a 2 meses incompletos	24 horas
2 meses a 2 anos incompletos	12 horas
Acima de 2 anos	1 hora


#### SEGUNDO EXAME CLÍNICO

Data	___/___/___	Hora do início	___:___ h
------	-------------	----------------	-----------

*SINAIS VITAIS no início da prova (não dar início caso não fora da faixa estabelecida)*

Pressão arterial: deve estar acima dos valores para faixa etária				Sistólica (mmHg)	Média (mmHg)	Diastólica (mmHg)
	SISTÓLICA	MEDIA				
< 5 meses	60	43				
5 meses a 2 anos	80	60				
2 a 7 anos	85	62				
7 a 15 anos	90	65				
16 anos acima	100	65				
Temperatura (deve estar acima de 35°C: aferição retal ou esôfago)				°C		
Saturação O <sub>2</sub> (deve estar acima de 94%)				%		

Marcar obrigatoriamente sim para cada um dos seguintes itens: **no caso de um NÃO, não anotar no termo de declaração de morte encefálica, apenas registrando no prontuário do paciente**

	<b>FORMULÁRIO</b>		<b>Código do Documento</b>	
			FORM.DT.009	
<b>DECLARAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA</b>		<b>Especialidade</b>		
				Direção Técnica

Segundo a Resolução CFM nº 2.173 de 15/12/2017, o teste de morte encefálica é obrigatório para todo paciente em coma aperceptivo, mesmo que não seja candidato a doação de órgãos.

	OLHO DIREITO			OLHO ESQUERDO		
Coma aperceptivo (arreativo)	Sim	Não	NT	Sim	Não	NT
Pupilas fixas e arreativas	Sim	Não	NT	Sim	Não	NT
Ausência de reflexo córneo-palpebral	Sim	Não	NT	Sim	Não	NT
Ausência de reflexo óculo-cefálico	Sim	Não	NT	Sim	Não	NT
Ausência de reflexo às provas calóricas	Sim	Não	NT	Sim	Não	NT
Ausência de reflexo de tosse	Sim	Não	NT	Sim	Não	NT

NT – se marcou NT (não testado) em algum dos reflexos, justifique o por quê da impossibilidade do exame neste caso:

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora do término: \_\_\_\_:\_\_\_\_h

Nome do médico legível:

CRM-SE  
(escrever legível neste campo):

Assinatura e carimbo

**Obrigatório registrar também no prontuário o horário e o resultado do primeiro exame clínico, assinado e carimbado por quem fez**

#### TESTE DA APNÉIA

(deve ser feito apenas um teste, que pode ser pelo examinador 1 ou 2. No caso de falha no teste da apneia, anotar apenas em prontuário e deixar para preencher na declaração apenas quando as provas clínicas e o teste da apneia forem positivos para morte encefálica)

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora do início: \_\_\_\_:\_\_\_\_h

#### SINAIS VITAIS no início da prova (não dar início caso não fora da faixa estabelecida)

Pressão arterial: deve estar acima dos valores para faixa etária

	SISTÓLICA	MEDIA
< 5 meses	60	43
5 meses a 2 anos	80	60
2 a 7 anos	85	62
7 a 15 anos	90	65
16 anos acima	100	65

Sistólica  
(mmHg)

Média  
(mmHg)

Diastólica  
(mmHg)

Temperatura (deve estar acima de 35°C: aferição retal ou esôfago)

°C

Saturação O<sub>2</sub> (deve estar acima de 94%)


%

Marcar obrigatoriamente sim para cada um dos seguintes itens: **no caso de um NÃO, não anotar no termo de declaração de morte encefálica, apenas registrando no prontuário do paciente**

**Seguir as orientações técnicas do CFM para realização do teste da apneia, disponível na unidade em encarte separado**

**Marcar obrigatoriamente sim ou não para cada um dos itens:**

Anote aqui a PaCO <sub>2</sub> pré (deve estar entre 35-45 mmHg) e pós (deve estar > 55 mmHg)	Pré		Pós	
Anote aqui a PaO <sub>2</sub> pré (deve estar próxima a 200 mmHg) e pós (pode ser qualquer valor)	Pré		Pós	

	<b>FORMULÁRIO</b>		<b>Código do Documento</b>	
			FORM.DT.009	
	DECLARAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA		<b>Especialidade</b>	
			Direção Técnica	

Segundo a Resolução CFM nº 2.173 de 15/12/2017, o teste de morte encefálica é obrigatório para todo paciente em coma aperceptivo, mesmo que não seja candidato a doação de órgãos.

Ausência de movimentos respiratórios durante a prova (desde que atingido PaCO <sub>2</sub> > 55 mmHg)	( ) SIM ( ) NÃO
----------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------

Data	___/___/___	Hora do término	___:___ h
------	-------------	-----------------	-----------

Nome do médico legível:

CRM-SE (escrever legível neste campo):	Assinatura e carimbo
-------------------------------------------	----------------------

**Favor registrar também no prontuário o horário e o resultado do teste da apneia, assinado e carimbado por quem fez**

**EXAME COMPLEMENTAR**

*Atenção: o exame comprobatório pode ser qualquer um que demonstre ausência de fluxo ou metabolismo cerebral e não varia conforme a faixa etária do paciente!*

*A única ressalva é que em lactentes, especialmente aqueles com fontanelas abertas e/ou suturas patentes, se tiver como causa a encefalopatia hipóxico-isquêmica ou após craniotomias descompressivas, pode ocorrer persistência de fluxo sanguíneo intracraniano em exames como doppler ou arteriografia, mesmo na presença de ME. Nestes casos, o eletroencefalograma seria o exame mais adequado para determinação de ME, pois demonstraria ausência de atividade elétrica cerebral, apesar do fluxo mínimo presente.*

*Não há necessidade de repetir o eletroencefalograma em nenhuma faixa etária.*

Data	___/___/___	Hora do início	___:___ h
------	-------------	----------------	-----------

*SINAIS VITAIS no início da prova (não dar início caso não fora da faixa estabelecida)*

Pressão arterial: deve estar acima dos valores para faixa etária

	SISTÓLICA	MEDIA
< 5 meses	60	43
5 meses a 2 anos	80	60
2 a 7 anos	85	62
7 a 15 anos	90	65
16 anos acima	100	65

Sistólica  
(mmHg)

Média  
(mmHg)

Diastólica  
(mmHg)

Temperatura (deve estar acima de 35°C: aferição retal ou esôfago)

°C

Saturação O<sub>2</sub> (deve estar acima de 94%)

%


**Marcar obrigatoriamente sim para cada um dos seguintes itens: *no caso de um NÃO, não anotar no termo de declaração de morte encefálica, apenas registrando no prontuário do paciente***

**EXAMES POSSÍVEIS – marcar qual foi realizado**

Doppler transcraniano	
Angiografia cerebral	
Cintilografia radioisotópica	
SPECT cerebral	
Eletroencefalograma (EEG)	

Data	___/___/___	Hora do término	___:___ h
------	-------------	-----------------	-----------

Declaro que foi identificada por meio de exame complementar a ausência de perfusão sanguínea ou de atividade metabólica ou elétrica encefálica: ( ) sim ( ) não

	<b>FORMULÁRIO</b>		<b>Código do Documento</b>	
			FORM.DT.009	
	DECLARAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA		<b>Especialidade</b>	
			Direção Técnica	

Segundo a Resolução CFM nº 2.173 de 15/12/2017, o teste de morte encefálica é obrigatório para todo paciente em coma aperceptivo, mesmo que não seja candidato a doação de órgãos.

Nome do médico legível:	
CRM-SE (escrever legível neste campo):	Assinatura e carimbo

***Uma vez constatada a morte encefálica (momento da conclusão dos dois exames clínicos, a prova da apneia e do exame de confirmação), o médico assistente/diarista ou o plantonista deve preencher o atestado de óbito com o horário do término do último exame realizado (no caso de exame complementar, usar o horário do laudo do exame).***

***Fazer uma cópia (xerox) deste termo de declaração que deve obrigatoriamente ser enviada ao órgão controlador estadual (OPO).***

#### OBSERVAÇÕES FINAIS:

- a) Interessa, para o diagnóstico de morte encefálica, exclusivamente a arreatividade supraespinal. Conseqüentemente, não afasta este diagnóstico a presença de sinais de reatividade infraespinal (atividade reflexa medular) tais como: reflexos osteotendinosos ("reflexos profundos"), cutâneo-abdominais, cutâneo-plantar em flexão ou extensão, cremastérico superficial ou profundo, ereção peniana reflexa, arrepio, reflexos flexores de retirada dos membros inferiores ou superiores, reflexo tônico cervical.
- b) Os distúrbios do sódio são comuns em pacientes em morte cerebral, principalmente a hipernatremia por diabetes insipidus. **Uma hipernatremia refratária nesta situação não contraindica realizar o protocolo**, desde que não seja a causa primária do coma. A manutenção da natremia dentro de limites aceitáveis (120-165 mEq/L) será importante, mas para manutenção de órgãos viáveis de potencial doador.
- c) Drogas de ação depressora no SNC (fenobarbital, benzodiazepínicos, sedativos e opióides):
  - a. Em doses terapêuticas habituais, **desde que o uso não seja intravenoso contínuo** (intermitente até 3 doses ao dia) não provocam coma aperceptivo e não interferem na determinação de morte encefálica.
  - b. Se o uso for intravenoso contínuo ou intermitente  $\geq 4$  doses ao dia, deve-se suspender a droga e aguardar o tempo de quatro meias-vidas da droga *se o paciente não tiver insuficiência renal, hepática e não tiver sido submetido a hipotermia terapêutica.*
  - c. Se o uso for intravenoso contínuo e o paciente tiver insuficiência renal, hepática ou tiver sido submetido a hipotermia terapêutica, aguardar cinco meias-vidas da droga.

MEIA-VIDA das DROGAS DEPRESSORAS de USO MAIS COMUM (Tabela AMIB 2016)			
Midazolam	2 h	Rocurônio	1 h
Fentanil	2 h	Cetamina/Ketamina	2 h e 30 min
Pancurônio	2 h	Propofol	2 horas