

ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO TERMO DE MORTE ENCEFÁLICA- CFM 2.173/2017

A. OBSERVAÇÕES GERAIS: Preencher o termo com LETRA E CARIMBOS LEGÍVEIS

1. CAUSA DO COMA:

- a) É **OBRIGATÓRIO** CONSTAR o **DIAGNÓSTICO PRINCIPAL** e o **DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO**, ambos com o respectivo **CID**
- b) É **OBRIGATÓRIO** ter comprovação da lesão através de exame (TC/RM...)

2. PRIMEIRO (1º) e SEGUNDO (2º) EXAMES CLÍNICOS: devem **OBRIGATORIAMENTE** ser realizados respeitando os parâmetros a seguir:

- a) **SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO**: a referência usada para avaliar a saturação deve evidenciar valor **MAIOR QUE 94%**
- b) **PRESSÃO ARTERIAL**:

- **SISTÓLICA: IGUAL OU MAIOR** a 100 mmHg **PAM: IGUAL OU MAIOR** a 65 mmHg.
- Para paciente **MENOR DE 16 ANOS**: usar como referência a tabela a seguir:

IDADE	PRESSÃO ARTERIAL (mmHg) PARA REALIZAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ME	
	SISTÓLICA (IGUAL OU MAIOR)	PAM (IGUAL OU MAIOR)
Até 5 meses INCOMPLETOS	60	43
De 5 meses a 2 anos INCOMPLETOS	80	60
De 2 anos a 7 anos INCOMPLETOS	85	62
De 7 anos a 15 anos	90	65
16 anos em diante	100	65

c) INTERVALOS ENTRE EXAMES CLÍNICOS:

IDADE	Tempo mínimo entre os exames clínicos
7 dias completos (recém-nato a termo) a 2 meses INCOMPLETOS	24 horas
De 2 meses a 24 meses INCOMPLETOS	12 horas
Mais de 24 meses	1 hora

- d) **Temperatura**: deve estar **MAIOR 35°C**
- e) Confirmado o coma aperceptivo: **AUSÊNCIA DE TODOS OS REFLEXOS**
- f) Em caso de **IMPOSSIBILIDADE DE AVALIAÇÃO DOS REFLEXOS POR LESÃO DE 1 DOS OLHOS OU 1 DOS OUVIDOS**: deve ser justificado no campo: "**JUSTIFIQUE O MOTIVO DE NÃO TER TESTADO O REFLEXO (NT*)**"

3. TESTE DE APNEIA

- a) Saturação, pressão arterial e temperatura: os parâmetros **OBRIGATÓRIOS** são os mesmos dos testes clínicos
- b) É necessário **SOMENTE 1 TESTE**.
- c) Na gasometria **PRÉ-TESTE** a PCO2 deve estar **OBRIGATORIAMENTE** entre **35 a 45 mmHg**.
- d) O teste é considerado **POSITIVO** quando: PCO2 estiver **MAIOR** que **55 mmHg** e **ausência de movimentos respiratórios**

4. EXAME COMPLEMENTAR

- a) Saturação, pressão arterial e temperatura: os parâmetros **OBRIGATÓRIOS** são os mesmos dos testes clínicos
- b) **INDEPENDENTE DA IDADE** é necessário realizar **APENAS 1 EXAME**
- c) Pode ser realizado em **QUALQUER MOMENTO DO DIAGNÓSTICO**: na abertura do diagnóstico, entre os exames clínicos ou no encerramento do diagnóstico
- d) O **MESMO MÉDICO** que emitir o laudo descritivo do exame, deve preencher os campos que se aplicarem a essa fase do protocolo
- e) Tipo de exame de acordo com a idade
 - **7 DIAS COMPLETOS (recém-nato a termo) a 2 MESES INCOMPLETOS (LACTENTES COM FONTANELA ABERTA): EEG ou CINTILOGRAFIA**
 - **ACIMA DE 2 MESES**: exames de **FLUXO OU EEG**

TERMO DE DECLARAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA

HOSPITAL:		CNES
MUNICÍPIO DO HOSPITAL:		UF:
PACIENTE:		Nascimento
REGISTRO HOSPITALAR DO PACIENTE:		
IDENTIDADE DO PACIENTE	TIPO	Nº
MÃE:		

1. CAUSA DO COMA	DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	CID
	DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO	CID

CONFIRMAÇÃO TC RM Angiografia DTC Líquor EEG Outro: _____

2. PRÉ-REQUISITOS	SIM	NÃO
1. Presença de lesão encefálica de causa conhecida, irreversível e capaz de causar a morte encefálica?		
2. Ausência de causas tratáveis que possam confundir o diagnóstico de morte encefálica?		
3. Tratamento e observação hospitalar ≥ 6 horas OU ≥ 24 horas em encefalopatia hipóxico-isquêmica?		
4. Temperatura MAIOR 35°C?		
5. Saturação MAIOR 94%?		
6. PAS igual ou maior que 100 mmHg e PA média igual ou maior 65 mmHg ou pela faixa etária (< 16 anos)?		
7. Ausência de drogas depressoras do sistema nervoso central e de bloqueadores neuromusculares?		

3. PRIMEIRO (1º) EXAME CLÍNICO

COMA NÃO PERCEPTIVO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	PA:	PAM:	TEMP:	SAT	DATA:	HORA:
---	-----	------	-------	-----	-------	-------

EXAME NEUROLÓGICO (EXAME DOS REFLEXOS)								
DIREITO	SIM	NÃO	NT*	ESQUERDO	SIM	NÃO	NT*	
PUPILA FIXA e ARREATIVA				PUPILA FIXA e ARREATIVA				
AUSÊNCIA DE REFLEXO Córneo-PALPEBRAL				AUSÊNCIA DE REFLEXO Córneo-PALPEBRAL				
AUSÊNCIA DE REFLEXO ÓCULO-CEFÁLICO				AUSÊNCIA DE REFLEXO ÓCULO-CEFÁLICO				
AUSÊNCIA DE REFLEXO VESTÍBULO-CALÓRICO				AUSÊNCIA DE REFLEXO VESTÍBULO-CALÓRICO				
AUSÊNCIA DE REFLEXO DE TOSSE			xxxx	AUSÊNCIA DE REFLEXO DE TOSSE				xxxx

JUSTIFIQUE O MOTIVO DE NÃO TER TESTADO O REFLEXO (NT*):

MÉDICO:	ASSINATURA IDENTIFICADA:	CRM:
---------	--------------------------	------

4. TESTE DE APNEIA

Ausência de movimentos respiratórios com PaCO ₂ MAIOR 55mmHg? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	PA	PAM	TEMP	SAT	DATA	HORA
PaCO ₂	INICIAL (PRÉ teste):	FINAL (PÓS teste):	PO ₂	INICIAL (PRÉ teste):		
MÉDICO:	ASSINATURA IDENTIFICADA:	CRM:				

5. SEGUNDO (2º) EXAME CLÍNICO

COMA NÃO PERCEPTIVO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	PA:	PAM	TEMP:	SAT	DATA:	HORA:
---	-----	-----	-------	-----	-------	-------

EXAME NEUROLÓGICO (EXAME DOS REFLEXOS)								
DIREITO	SIM	NÃO	NT*	ESQUERDO	SIM	NÃO	NT*	
PUPILA FIXA e ARREATIVA				PUPILA FIXA e ARREATIVA				
AUSÊNCIA DE REFLEXO Córneo-PALPEBRAL				AUSÊNCIA DE REFLEXO Córneo-PALPEBRAL				
AUSÊNCIA DE REFLEXO ÓCULO-CEFÁLICO				AUSÊNCIA DE REFLEXO ÓCULO-CEFÁLICO				
AUSÊNCIA DE REFLEXO VESTÍBULO-CALÓRICO				AUSÊNCIA DE REFLEXO VESTÍBULO-CALÓRICO				
AUSÊNCIA DE REFLEXO DE TOSSE			xxxx	AUSÊNCIA DE REFLEXO DE TOSSE				xxxx

JUSTIFIQUE O MOTIVO DE NÃO TER TESTADO O REFLEXO (NT*):

MÉDICO:	ASSINATURA IDENTIFICADA:	CRM:
---------	--------------------------	------

6. EXAME COMPLEMENTAR

AUSÊNCIA DE PERFUSÃO SANGUÍNEA OU DE ATIVIDADE METABÓLICA OU ELÉTRICA ENCEFÁLICA? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO						
PA:	PAM:	SAT	TEMP:	DATA:	HORA:	
TIPO	<input type="checkbox"/> DTC <input type="checkbox"/> EEG <input type="checkbox"/> Angiografia <input type="checkbox"/> Cintilografia	OUTRO: _____				
MÉDICO:	ASSINATURA IDENTIFICADA:	CRM:				