

II Fórum de Morte Encefálica

DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Brasília-DF, 25 de junho de 2019 | Local: Auditório do CFM



MISCELÂNEA

ROSANA REIS NOTHEN

Especialista em Pediatria e Terapia Intensiva Pediátrica
Ex-Coordenadora do Sistema Nacional de Transplantes
Coordenadora de Gestão da Clínica da EBSEPH
Membro da Câmara Técnica de Morte Encefálica



Estabelecendo o Horário da Morte - Norma Legal

A Declaração de Óbito (DO) deverá ser preenchida pelo médico legista nos casos de morte por causas externas (acidente, suicídio ou homicídio), confirmada ou suspeita.

Nas demais situações caberá aos médicos que determinaram o diagnóstico de ME ou aos médicos assistentes ou seus substitutos preenchê-la. A data e a hora da morte a serem registradas na DO deverão ser as do último procedimento de determinação da ME, registradas no Termo de Declaração de Morte Encefálica (DME).



GUIA DE ENCAMINHAMENTO DE CADAVER

SVO IML

RESPONSÁVEL ENCAMINHAMENTO

Natureza do Óbito: Morte Natural Causa Externa Data do Óbito: ____/____/____ Hora: ____:____:____

Nome da Unidade Hospitalar: _____

Endereço: _____

Fone: _____ Distrito Administrativo / Bairro: _____

IDENTIFICAÇÃO DO CADAVER

Óbito: Fetal (Natimorto) Não Fetal

Nº Cartão SUS: [_____] Nº Registro: [_____] R.G.: _____

Nome: _____ Sexo: M F

Data Nasc.: ____/____/____ Idade: ____ Anos Meses Dias Horas Minutos Ignorado

Raça/Cor: Amarela Branca Indígena Pardo Preta Ocupação: _____

Escolaridade: Nenhuma 1 a 3 anos 4 a 7 anos 8 a 11 anos 12 e + Ignorado

Filiação: Pai: _____ Mãe: _____

Endereço: _____ Nº: _____ Compl.: _____

CEP: [_____] Distrito Adm./Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

Óbito em Mulheres (10 a 49 anos)

A morte ocorreu na gravidez, parto ou aborto: Sim Não Ignorado

A morte ocorreu durante o puerpério: Sim, até 42 dias Sim, de 43 dias a 1 ano Não Ignorado

OUTROS FETAS E EM MEMÓRIAS DE FETO

Informações sobre a Mãe

Ocupação: _____ Idade: _____

Escolaridade: Nenhuma 1 a 3 anos 4 a 7 anos 8 a 11 anos 12 e + Ignorado

(em anos de estudo)

Duração da Gestação: Menos de 22 semanas 28 a 31 semanas 37 a 41 semanas

22 a 27 semanas 32 a 36 semanas 42 e + semanas Ignorado

Tipo de Gravidez: Única Dupla Tripla e + Ignorado

Tipo de Parto: Vaginal Cesárea Ignorado

Morte em Relação ao Parto

Antes Durante Depois Ignorado

Peso ao Nascer: _____ gramas

[_____] Nº Declaração Nascido Vivo

ÓBITOS POR CAUSAS EXTERNAS

Morbidade Informada: Acidente Suicídio Agressão por Terceiros Evento de Intenção Indeterminada

Acidentes

Acidente de Trânsito (Informação sobre a vítima): Pedestre Condutor Passageiro Ignorado

Veículo onde estava a vítima: Bicicleta Motocicleta Automóvel Ônibus Outro: _____ Ignorado

Queda: Laje Andaime Mesmo nível Outro Tipo: _____

Afogamento Fogo/Incêndio Arma de fogo Intoxicação Choque elétrico Arma branca

Ignorado Outro: _____

Suicídio Instrumento ou Meio Utilizado

Intoxicação/Envenenamento Asfixia Precipitação de lugar elevado Arma de fogo Outro: _____

Substância: _____

Agressão por Terceiros

Arma de fogo Arma branca Asfixia Uso de força corporal Meios não especificados Outros meios: _____

Local onde Ocorreu o Acidente, Suicídio ou Agressão: Via Pública Domicílio Trabalho Outro Ignorado

Endereço: _____

Distrito Adm./Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

Local de Ocorrência do Óbito: Hospital Via Pública Residência Trabalho Outro Ignorado

Endereço: _____

Distrito Adm./Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

Acidente de Trabalho: Sim Não Ignorado

Fonte de Informação: Boletim de Ocorrência Familiar Outros Ignorada

Informações do Serviço Médico

Chegou sem vida ao serviço Faleceu ao receber os Primeiros Socorros

Faleceu durante o Internamento: ____ dias Natimorto ou criança cujo nascimento e óbito ocorreu no Hospital sem alta

Quadro clínico apresentado ao chegar ao Hospital: _____

Lesões apresentadas em Regiões do Corpo: _____

Síntese da história Clínica e Exames Complementares de Relevância (com cronologia):

Atendimento Realizado no Hospital

Clinico: _____

Cirúrgico (Tipo de Cirurgia): _____

Retirada de Corpo Estranho: Não Sim. Tipo: _____

(se retirar, enviar ao IML)

Causa (s) possível do Óbito: _____

Outras informações que julgar necessário: _____

Médico Responsável: _____ CRM: _____

Data: ____/____/____ Assinatura: _____

II Fórum de Morte Encefálica

DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Brasília-DF, 25 de junho de 2019 | Local: Auditório do CFM



Estabelecendo o Horário da Morte - Norma Legal



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

GUIA DE ENCAMINHAMENTO DE CADÁVER

SVO

IML

RESPONSÁVEL
ENCAMINHAMENTO

Natureza do Óbito: Morte Natural Causa Externa

Data do Óbito

| | | | | | | |

Hora: ____:____

Nome da Unidade Hospitalar: _____

Endereço: _____

Fone: _____ Distrito Administrativo / Bairro: _____

IDENTIFICAÇÃO DO CADÁVER

Óbito: Fetal (Natimorto) Não Fetal

Nº Cartão SUS: | | | | | | | | | | | | | | | | | | Nº Registro: | | | | | | | | | | R.G.: _____

Nome: _____ Sexo: M F

Data Nasc.: ____/____/____ Idade: _____ Anos Meses Dias Horas Minutos Ignorado

Raça/Cor: Amarela Branca Indígena Pardo Preta Ocupação: _____

Escolaridade: Nenhuma 1 a 3 anos 4 a 7 anos 8 a 11 anos 12 e + Ignorado
(em anos de estudo)

Filiação: Pai: _____ Mãe: _____

Endereço: _____ Nº: _____ Compl.: _____

CEP: | | | | | | | | | | | | | | | | | | Distrito Adm./Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____



Paciente Não Identificado e Morte Encefálica

Art 21. Fica proibida a doação de órgãos tecidos células e partes do corpo humano em casos de não identificação do potencial doador falecido.

Parágrafo único - Não supre as exigências do caput o simples reconhecimento de familiares se nenhum dos documentos de identificação do falecido for encontrado exceto nas hipóteses em que autoridade oficial que detenha fé pública certifique a identidade.

II Fórum de Morte Encefálica

DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Brasília-DF, 25 de junho de 2019 | Local: Auditório do CFM



Paciente Não Identificado e Morte Encefálica



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

PROCESSO-CONSULTA CFM nº 17/2018 – PARECER CFM nº 3/2019

INTERESSADO: Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais

ASSUNTO: Doador de órgãos desconhecido.

RELATOR: Cons. Hideraldo Luís Souza Cabeça

EMENTA: A determinação de morte encefálica (DME) em paciente não identificado deve ser realizada, não podendo haver doação de órgãos.



Paciente Não Identificado e Morte Encefálica

Após a busca por familiares, havendo insucesso, **registra-se em prontuário**, dando continuidade ao protocolo de determinação de ME. Confirmada a morte encefálica, deve-se dar ciência à **diretoria técnica do hospital**.



Assinatura no Termo de Determinação de Morte Encefálica Seção I

Da Disposição Post mortem de Órgãos Tecidos Células e Partes do Corpo Humano para Fins de Transplante ou Enxerto

Art 17. A retirada de órgãos tecidos células e partes do corpo humano poderá ser efetuada após a morte encefálica com o consentimento expresso da família conforme estabelecido na Seção II deste Capítulo

§1º O diagnóstico de morte encefálica será confirmado com base nos critérios neurológicos definidos em resolução específica do Conselho Federal de Medicina CFM.

§2º São dispensáveis os procedimentos previstos para o diagnóstico de morte encefálica quando ela decorrer de parada cardíaca irreversível diagnosticada por critérios circulatórios.

§3º **Os médicos participantes do processo de diagnóstico da morte encefálica deverão estar especificamente capacitados e não poderão ser integrantes das equipes de retirada e transplante.**



Assinatura no Termo de Determinação de Morte Encefálica

§ 2º Serão considerados especificamente capacitados médicos com no mínimo um ano de experiência no atendimento de pacientes em coma e que tenham acompanhado ou realizado pelo menos dez determinações de ME ou curso de capacitação para determinação em ME, conforme anexo III desta Resolução.

§ 3º Um dos médicos especificamente capacitados deverá ser especialista em uma das seguintes especialidades: medicina intensiva, medicina intensiva pediátrica, neurologia, neurologia pediátrica, neurocirurgia ou medicina de emergência. **Na indisponibilidade de qualquer um dos especialistas anteriormente citados, o procedimento deverá ser concluído por outro médico especificamente capacitado.**



Assinatura no Termo de Determinação de Morte Encefálica

Art 5º

§ 3º O laudo do exame complementar deverá ser elaborado e assinado por médico **especialista no método** em situações de morte encefálica.

II Fórum de Morte Encefálica

DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Brasília-DF, 25 de junho de 2019 | Local: Auditório do CFM



Assinatura no Termo de Determinação de Morte Encefálica

PROCESSO-CONSULTA CFM nº 28/2018 – PARECER CFM nº 7/2019

INTERESSADO: Dra. A.L.O.M.

ASSUNTO: 1) Participação de médico das Organizações de Procura de Órgãos e Tecidos (OPO) no diagnóstico de morte encefálica (ME);

RELATOR: Cons. Hideraldo Luis Souza Cabeça

EMENTA: Não há impedimento legal para a realização por médico pertencente às Organizações de Procura de Órgãos e Tecidos na determinação de morte encefálica. Idealmente, o diagnóstico de morte encefálica deve ser executado por equipe capacitada e pertencente à instituição hospitalar correspondente.



Assinatura no Termo de Determinação de Morte Encefálica

TERMO DE DECLARAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA

A equipe médica que determinou a morte encefálica (ME) deverá registrar as conclusões dos exames clínicos e os resultados dos exames complementares no Termo de Declaração de Morte Encefálica (DME) ao término de cada etapa e comunicá-la ao médico assistente do paciente ou a seu substituto.

Esse termo deverá ser preenchido **em duas vias**.

A 1ª via deverá ser arquivada no prontuário do paciente, junto com o(s) laudo(s) de exame(s) complementar(es) utilizados na sua determinação.

A 2ª via ou cópia deverá ser encaminhada à Central Estadual de Transplantes (CET), complementarmente à notificação da ME, nos termos da Lei nº 9434/1997, Art. 13. Nos casos de morte por causa externa, **uma cópia da declaração** será necessariamente encaminhada ao Instituto Médico Legal (IML).

OBRIGADA!

rnothen@gmail.com