



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE/CRDF/CET/NOPO-DF  
CENTRAL ESTADUAL DE TRANSPLANTES DO DF / CET-DF  
NÚCLEO DE ORGANIZAÇÃO DE PROCURA DE ÓRGÃOS DO DISTRITO FEDERAL



Nome do(a) paciente: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome da mãe: \_\_\_\_\_ N.º prontuário: \_\_\_\_\_

**LAUDO DESCRITIVO DO EXAME DE DOPPLER TRANSCRANIANO NA  
INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA DE MORTE ENCEFÁLICA**

**PEDIDO DE EXAME**

- Causa do coma conhecida \_\_\_\_\_ ► ( ) sim ( ) Não  
- Hemodinâmica compensada (PAM > 65 ou PAS > 100mmHg, FC > 60 bpm,  
SaO<sub>2</sub> > 95% mmHg) \_\_\_\_\_ ► ( ) sim ( ) Não

Realizada insonação ultrassonora transcraniana das artérias do polígono de Willis e da circulação vertebro-basilar, com sonda de 2 Mhz, através das janelas transtemporal e transforaminal, bilateralmente.

- Identificar conforme descrição abaixo :

- (1) Fluxo normal      (2) Fluxo reduzido      (3) Reversão diastólica  
(4) Espícula sistólica      (5) Ausência de fluxo      (6) Ausência de janela para insonação

Vasos	Direita	Esquerda
Artérias Cerebral Média		
Carótidas internas (sifão carotídeo) (Se A.C.M. não insonada)		
Artérias vertebrais		
Artéria basilar		
Outros: _____		

Conclusão:

☐ Exame NÃO compatível com  
morte encefálica

☐ Exame compatível com  
morte encefálica

Data / Hora

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ h \_\_\_\_ m

Médico

Assinatura e carimbo do médico