

Diário Oficial

Estado de São Paulo

Palácio dos Bandeirantes
Av. Morumbi, 4.500 - Morumbi - CEP 05698-900 - Fone: 3745-3344

Poder Executivo
Seção I

Nº 101 – 30/05/07 – p.37

SAÚDE

GABINETE DO SECRETÁRIO

Resolução SS - 157, de 21-5-2007

Dispõe sobre a alteração do módulo de córnea previsto na Resolução SS n.º 94, de 30/6/2005, que disciplina a estrutura organizacional e operacional do Sistema Estadual de Transplantes - SET, estabelecendo providências correlatas

O Secretário de Estado da Saúde, considerando:

(as disposições da Lei federal n.º 9434, de 04/2/97, regulamentada pelo Decreto federal n.º 2.268, de 30/6/97, e demais normas pertinentes ao Sistema Nacional de Transplantes - SNT;

(o estatuído na Resolução SS-94, de 30/6/2005, que dispõe sobre a estrutura organizacional e operacional do Sistema Estadual de Transplantes - SET;

(a necessidade de atualizar as normas em vigor, no âmbito do Estado de São Paulo, concernentes ao funcionamento do Sistema Estadual de Transplantes, resolve

Artigo 1º - Ficam aprovadas as modificações introduzidas no Anexo II da Resolução SS n.º 94, de 30/6/2005, na parte referente ao Módulo de Transplante de Córnea, na conformidade dos anexos que integram esta resolução.

Artigo 2º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação, ficando revogadas as disposições em contrário.

(Republicada por ter saído com incorreções)

ANEXO da Resolução SS N.º 157/2007

MÓDULO DE TRANSPLANTE DE CÓRNEA

Da Inscrição

A critério da equipe de transplante, assinada e com carimbo de um membro da equipe, autorizada pelo Ministério da Saúde ou via WEB conforme resolução estadual SS 6 de 23/01/2007.

Na inscrição a equipe deverá informar a idade mínima e máxima do doador, e se aceita córnea para transplante óptico ou tectônico.

A idade mínima aceitável do doador deverá ser de até 10 anos e a idade máxima deverá ser a partir de 40 anos.

Em relação às córneas classificadas como viáveis para transplante, a equipe deverá informar o tipo de transplante:

óptico ou tectônico. (Anexo 1)

Da Regionalização

Regional I

Regional II:

Serão unificadas as sub-regionais: Sorocaba/Campinas, Ribeirão Preto/S.J.do Rio Preto e Botucatu/Marília. Os receptores serão alocados em uma das sub-regionais da Regional II ou na Regional I conforme o hospital indicado para transplante, na ficha de inscrição no CTU- Cadastro Técnico Único.

Da Seleção dos potenciais receptores:

Para a seleção de receptores será considerada a idade do doador, classificação (viável óptica ou viável tectônica), regionalização e tempo de espera.

1- Para receptores priorizados:

a) Regional (I ou II),

b) tempo de espera.

2- Para receptores não priorizados

a) Regional I ou sub-regional da Regional II,

b) tempo de espera.

Os receptores inscritos, para transplante com córnea tectônica, serão selecionados, apenas quando houver córnea tectônica disponível.

Caso a córnea não seja utilizada na Regional I, por qualquer motivo, será feita a seleção, com os mesmos critérios, na Regional II.

Caso a córnea não seja utilizada em uma das sub-regionais da Regional II, por qualquer motivo, será feita a seleção com os mesmos critérios, para os demais receptores potenciais inscritos na Regional II e caso não seja utilizada na Regional II, por qualquer motivo, será feita a seleção com os mesmos critérios, para os receptores potenciais inscritos na Regional I.

Da Priorização

- 1 - Olho Perfurado,
- 2 - Retransplante após falência primária do enxerto,
- 3 - Úlcera de córnea sem resposta ao tratamento,
- 4 - Descemetocelose,
- 5 - Idade inferior a 7 anos e opacidade corneana bilateral.

As inscrições por priorização deverão estar assinadas também pelo diretor clínico da Instituição ou via WEB conforme Resolução Estadual SS-6 de 23 de janeiro de 2007.

A priorização tem validade de 30 dias.

Nos casos de retransplante, será aceita a priorização até o 90º dia após o último transplante, quando for falência primária com córnea viável.

O botão corneano do receptor deverá ser encaminhado ao banco de olhos que disponibilizou a córnea com posterior encaminhamento do laudo conclusivo para a Central de Transplantes.

Da manutenção do Cadastro

1 - Ativo

2 - Semiativo: exames pré-transplante incompletos, suspenso pela equipe, sem condições clínicas.

3 - Removido: abandonou o tratamento, não quer ser transplantado, removido (5 recusas), removido (suspenso > 120 dias), removido pela equipe, removido sem condições clínicas, transferido para outro Estado, transplantado fora do Estado, transplantado com córnea importada.

Para reinscrição, o receptor terá uma nova data de inscrição.

O status removido (suspenso > 120 dias) será atribuído, automaticamente pelo Sistema, quando o receptor acumular 120 dias no status semiativo.

O status removido (5 recusas), será atribuído, automaticamente pelo Sistema, caso a equipe responsável recuse 5 (cinco) córneas, de doadores diferentes e em dias diferentes.

Todos os receptores inscritos com qualidade mínima de córnea BOA ou RAZOÁVEL, serão classificados como "córnea viável para transplante óptico".

Da captação de olhos

Não poderão ser captados olhos de doadores que apresentam:

- a) Morte de causa desconhecida;
- b) Incidência de infecção ou irradiação da zona do tecido ocular;
- c) Neoplasias Hematológicas (linfoma ativo disseminado, leucemias);
- d) Infecções ativas incluindo sepse, tuberculose, enfermidades micóticas sistêmicas, malária, hanseníase, endocardite e Chagas;
- e) Evidência clínica ou positividade laboratorial de infecção por HIV. Hepatite B e C
- f) Risco de transmissão de enfermidades causadas por prions; doença de Creutzfeldt-Jakob, doença neurológica de etiologia viral ou desconhecida, panencefalite sub-aguda esclerosante, encefalite viral ativa ou encefalite de origem desconhecida ou encefalopatia progressiva, leucoencefalopatia multifocal progressiva;
- g) Receptores de hormônio do crescimento derivado da Pituitária Humana (durante os anos de 1963-1985);
- h) Receptores de córnea, esclera ou outro tecido ocular;
- i) Outras enfermidades como raiva, rubéola congênita, síndrome de Reye;
- j) Doadores com doenças intrínsecas presentes no momento da captação do olho:

Retinoblastoma, metástase de tumores primários ou secundários susceptíveis de produzir afecção da câmara anterior ocular (adenocarcinoma do olho, melanoma de câmara anterior), inflamação ativa: ocular ou intra-ocular (conjuntivite, ceratite, esclerite, irite, uveíte, vitreíte, coroidite, retinite), desordens congênitas ou adquiridas (cicatriz central na córnea, ceratocone, ceratoglobos).

Do procedimento de obtenção de tecido ocular

Deverá constar no Termo de consentimento livre e esclarecido assinado pelo responsável pela doação, a opção de uso do tecido ocular doado para finalidades terapêuticas e/ou científicas.

A enucleação do tecido ocular poderá ser realizada por profissional de nível superior ou médio da área da saúde e afins, devidamente capacitados pelo Banco de Olhos e pela CNCDO. No caso de profissional de nível médio da área da enfermagem deverá ser técnico de enfermagem.

Quando a extração do tecido ocular ocorrer por profissional de nível médio, este estará sob supervisão, podendo ser à distância, de profissional de nível superior.

O profissional de nível superior será o responsável pela avaliação prévia do potencial doador, caso a caso, e seu nome deverá constar do anexo respectivo.

O profissional de nível superior poderá assumir a responsabilidade por até 2 (duas) equipes de captação de locais distintos.

Toda a equipe de captação de tecido ocular que possuir em sua composição profissional Técnico de Enfermagem deverá, obrigatoriamente, estar sob a supervisão e responsabilidade de Enfermeiro, respeitado o limite de 02 (duas) equipes.

Da informação de córneas captadas

Os bancos de tecido ocular humano deverão preencher e encaminhar para a Central de Transplantes o anexo 2 (córneas viáveis para transplante) e o anexo 3 (córneas não viáveis para transplante).

Dos olhos captados para finalidades científicas (Pesquisa/Ensino e/ou Treinamento)

A Central de Transplantes deverá autorizar, previamente, todas as solicitações de tecidos oculares para finalidade de pesquisa e/ou ensino.

Os serviços que necessitarem de tecido ocular para finalidade pesquisa deverão apresentar à Central de Transplantes projeto de Pesquisa submetido e aprovado pela Comissão de Ética da Instituição.

Os serviços que necessitarem de tecido ocular para finalidade de ensino deverão apresentar à Central de Transplantes projeto ou plano de ensino.

Todas as solicitações encaminhadas à CNCDO deverão explicitar claramente o número de globos necessários para a pesquisa e/ou ensino, e o período de realização.

Para a finalidade de pesquisa e/ou ensino, poderão, com aprovação da Central de Transplantes, ser captados olhos com as contra-indicações explicitadas nesta resolução.

Não será permitida a captação de olhos de que trata esta resolução para a finalidade de treinamento.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SISTEMA ESTADUAL DE TRANSPLANTES

Home Page: www.saude.sp.gov.br E-mail: ctrans@saude.sp.gov.br

FICHA PARA INSCRIÇÃO DE PACIENTE

Anexo-1

Córnea

RGCT: _____

Inscrição Alteração Reinscrição Priorização

Olho Esquerdo Olho Direito

A. Identificação:

CPF: _____ Nome: _____

Nascimento: ____/____/____ Sexo: M F Cor: B N P A

Endereço: _____

CEP: _____ Cidade: _____ Estado: _____

Telefone 1: _____ Telefone 2: _____ Telefone 3: _____

Pager: _____ Fax: _____ E-Mail: _____

Nome da mãe: _____

Médico responsável: _____ C.R.M. _____

Equipe TX: _____ Hospital: _____

B. Dados complementares sobre o paciente:

Diagnóstico:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ceratômia ou anóquina | <input type="checkbox"/> Opacidade cristalina |
| <input type="checkbox"/> Ceratopatia bolhosa | <input type="checkbox"/> Queimadura |
| <input type="checkbox"/> Distrofia (Granular, Lattice, Macular) | <input type="checkbox"/> Rejeição |
| <input type="checkbox"/> Fuchs | <input type="checkbox"/> Tracoma IV |
| <input type="checkbox"/> Herpes Simplex | <input type="checkbox"/> Outro: _____ |

C. Dados do doador:

Idade doador (em: *idade mínima*(s) 10 anos): _____ *idade máxima*(s) 40 anos): _____

Acelta córnea para transplante: óptico tecênico

D. Condições clínicas agravantes com priorização:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Olho perfurado | <input type="checkbox"/> Retransplante após falência primária do enxerto |
| <input type="checkbox"/> Doença do olho | <input type="checkbox"/> Úlcera de córnea sem resposta ao tratamento |
| | <input type="checkbox"/> Idade inferior a 7 anos e opacidade corneana bilateral |

Médico responsável:

Diretor Clínico do Hospital (se priorizado):

Nome _____ CRM _____ Nome _____ CRM _____

Assinatura _____ Data _____ Assinatura _____ Data _____

Ciência do Paciente/Responsável _____ Data: ____/____/____



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

SISTEMA ESTADUAL DE TRANSPLANTES

Home Page: <http://www.saude.sp.gov.br>e-mail: otras@saude.sp.gov.br

INFORMAÇÕES SOBRE O DOADOR DE CÔRNEAS VIÁVEIS

Data _____	OPC _____	Contacto/Telefone _____
Hospital Notificante _____	Cidade _____	
Nome _____	Idade _____	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

Atestado de Óbito (transcrever as causas da morte):

História e Evolução Clínica: (Incluir Doenças Auto-Imunes, Neoplasias, Doenças do SNC, Doenças e ou Cirurgias Oculares prévias, etc.) _____

Óbito:	Data:	Hora:
Enucleação:	Data:	Hora:
Preservação:	Data:	Hora:
Melo: _____	Lote nº _____	Vendimento: _____

Corpo mantido em câmara frigorífica: Sim NãoAntecedentes: (Hepatites, Drogas injetáveis, Transfusão sanguínea, sepsis) NegativoSorologias: (HIV, Hepatite B e Hepatite C) Negativo

Avaliação Corneal Critério	Córnea Direita	Córnea Esquerda
Epitélio íntegro		
Halo senil		
Edema estromal		
Dobras do descemet		
Guttas		
Densidade endotelial		
Células/mm ²		
Avaliação geral da córnea		
Validade da córnea até:		

Classificação: Viável para: transplante óptico: transplante tectônico:

Responsável pela Captação: _____

Supervisor da Captação: _____

Responsável pelo Banco de Olhos: _____ Data: _____



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

SISTEMA ESTADUAL DE TRANSPLANTES

Home Page: <http://www.saude.sp.gov.br>e-mail: ctans@saude.sp.gov.br

Anexo 3

NOTIFICAÇÃO DE CÔRNEA NÃO VIÁVEL PARA TRANSPLANTE

Data _____	OPC _____	Contato/Telefone _____
Hospital Notificante _____	Cidade _____	
Nome _____	Idade _____	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

Atestado de Óbito (transcrever as causas da morte):

História e Evolução Clínica: (Incluir Doenças Auto-Imunes, Neoplasias, Doenças do SNC, Doenças e ou Cirurgias Oculares prévias, etc.) _____

Óbito:	Data:	Hora:
Enucleação:	Data:	Hora:
Preservação:	Data:	Hora:
Melo: _____	Lote nº _____	Vencimento: _____

Corpo mantido em câmara frigorífica : <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Motivo do descarte	Córnea Direita	Córnea Esquerda
Sorologia positiva para: vírus B <input type="checkbox"/> vírus C <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Material Insuficiente para sorologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opacidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infiltrato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outro		
Encaminhado para Ensino/Pesquisa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Informar a instituição de Ensino/Pesquisa: _____

Responsável pela Captação: _____

Supervisor pela Captação: _____

Responsável pelo Banco de Olhos _____ Data: _____