

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

Nº 29 – DOE – 12/02/19 - seção 1 – p.22

**Saúde**  
**GABINETE DO SECRETÁRIO**

**Resolução SS 6, de 8-2-2019**

Dispõe sobre a estrutura organizacional e operacional do Sistema Estadual de Transplantes de São Paulo

O Secretário de Estado de Saúde, considerando,

- 1- As disposições da Lei Federal 9.434, de 04-02-1997, regulamentada pelo Decreto Federal 9.175, de 18-10-2017, as portarias, regulamentos e demais normas pertinentes ao Sistema Nacional de Transplantes;
- 2- A necessidade de atualizar as normas estaduais em vigor no âmbito do Estado de São Paulo, concernentes ao funcionamento do Sistema Estadual de Transplantes,

Resolve:

Artigo 1º - Fica aprovada a estrutura organizacional e operacional do Sistema Estadual de Transplante de São Paulo, em conformidade com os Anexos:

Anexo I - Estrutura e Operacionalização;

Anexo II - Módulos de transplante;

Anexo III - Regionalização;

Anexo IV – Formulários e tabelas.

Artigo 2º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação, ficando revogadas a Resolução SS-114, de 29-09-2014 e notas técnicas vigentes até a data de sua publicação.

**Anexo I**  
**(à Resolução SS nº , de de de 2019)**  
**Estrutura e Operacionalização**

## 1. Introdução

O Sistema Estadual de Transplantes (SET), integrante do Sistema Nacional de Transplantes (SNT), e sob a Lei Federal 9.434, de 04-02-1997, regulamentada pelo Decreto Federal 9.175, de 18-10-2017, será coordenado pela Coordenação Geral do Sistema Estadual de Transplantes (CGSET).

A Central de Transplantes Sede (CET Sede) e Regional (CET Regional) coordenarão as atividades relativas a recebimento de notificações, captação e distribuição de órgãos e tecidos de doadores falecidos e vivos, com os seguintes módulos:

- Módulo de Transplante de Coração
- Módulo de Transplante de Fígado
- Módulo de Transplante de Rim
- Módulo de Transplante de Pulmão
- Módulo de Transplante de Pâncreas/Rim
- Módulo de Transplante de Pâncreas Isolado
- Módulo de Transplante de Intestino
- Módulo de Transplante de Tecidos Oculares

## 2. Conceitos Básicos

**2.1. Módulo de Transplante:** consiste no conjunto de critérios técnicos estabelecidos para o cadastramento do receptor potencial, operacionalização da distribuição de cada órgão, ou tecido, por intermédio da classificação e alocação resultante da atribuição de

pontos realizada pelo Sistema Informatizado de Gerenciamento do SET (SIGSET), bem como o acompanhamento pós-transplante do receptor.

**2.2.** Possível Doador: indivíduo em coma aperceptivo (o status neurológico escore 3 da escala de Glasgow).

**2.3.** Potencial Doador em Morte Encefálica: indivíduo com protocolo de morte encefálica aberto com pelo menos o primeiro exame clínico realizado.

**2.4.** Doador Elegível em Morte Encefálica: indivíduo em morte encefálica já diagnosticada sem contraindicações conhecidas.

**2.5.** Doador Efetivo de Tecidos: indivíduo do qual foi removido algum tecido.

**2.6.** Doador Efetivo de Órgãos: indivíduo que realizou a cirurgia para fim de retirada.

**2.7.** Doador Efetivo sem Órgãos Removidos: indivíduo do qual não foi removido nenhum órgão, porém a família autorizou a doação.

**2.8.** Doador Efetivo com Órgãos Transplantados: doador de quem se implantou pelo menos um órgão.

**2.9.** Doador Multiorgânico Transplantados: doador do qual foram removidos pelo menos dois órgãos diferentes para fim de transplantes.

**2.10.** Doador Vivo Relacionado (DVR): pessoa capaz, nos termos da lei civil, que dispõe de órgãos, tecidos, células e partes de seu corpo para serem retirados, em vida, para fins de transplantes ou enxerto em receptores cônjuges, companheiros ou parentes até o quarto grau, na linha reta ou colateral.

**2.11.** Doador Vivo Não-Relacionado (DVNR) : pessoa capaz, nos termos da lei civil, que dispõe de órgãos de órgãos, tecidos, células e partes de seu corpo para serem retirados, em vida, para fins de transplantes ou enxerto com autorização judicial.

**2.12.** Cadastro Técnico Único (CTU): é o banco de dados do SIGSET, que guarda as seguintes informações:

- Receptores potenciais ativos, semiativos, removidos, transplantados e falecidos;
- Notificações de potenciais doadores em morte encefálica e coração parado;
- Doadores efetivos de órgãos e tecidos;
- Equipes médicas de transplante;
- Estabelecimentos notificantes e de transplante do Estado;
- Organizações de Procura de Órgãos;
- Unidades de Diálise
- Banco de Tecido Ocular Humano (BTOH)

**2.13.** Receptor Potencial: é o paciente cadastrado no Cadastro Técnico Único (CTU) do SET, para recebimento de órgão(s)/tecido(s) para transplante.

Parágrafo único: O status do receptor potencial é a situação em que se encontra no CTU, podendo ser classificado em:

- Ativo: Receptor potencial que participa da seleção quando é disponibilizado um doador elegível.
- Semi-Ativo: Receptor potencial que temporariamente não participa, por diversos motivos explicitados em cada módulo dos órgãos ou córnea, da seleção quando é disponibilizado um doador elegível.
- Removido: Receptor potencial que não participa, por diversos motivos explicitados em cada módulo dos órgãos ou córnea, da seleção quando é disponibilizado um doador elegível.
- Transplantado: Receptor que recebeu um órgão de um doador falecido ou vivo ou córnea de um doador falecido.

**2.14.** Receptor: é o receptor potencial que foi transplantado com, pelo menos, um órgão ou tecido.

**2.15.** Regionalização: define a divisão do CTU e a alocação de órgãos e receptores potenciais por regiões geográficas no Estado de São Paulo, em cada módulo de transplante.

Parágrafo Único: O receptor potencial será alocado na Regional/Sub-Regional à qual pertence a instituição hospitalar/equipe responsável pela sua inscrição.

### **3. Da Estrutura do SET**

As atividades relativas à retirada de tecidos e órgãos e a realização de transplantes serão desenvolvidas pelos seguintes componentes do sistema:

**3.1.** Coordenação Geral do Sistema Estadual de Transplantes (CGSET), subordinada à Secretaria de Estado da Saúde:

Unidade executiva das atividades do SET afeta ao Poder Público com a incumbência de coordenar as atividades de transplantes no âmbito estadual, conforme definido no Decreto Federal 9.175, de 18-10-2017 e nesta Resolução, devendo o responsável ser, obrigatoriamente, um profissional médico e não integrante de equipe especializada habilitada à retirada de tecidos, órgãos, células e partes do corpo e/ou à realização de transplantes, bem como de equipes técnicas de Bancos de Tecidos Humanos.

A Coordenação Geral do Sistema Estadual de Transplantes tem a seguinte estrutura:

- Central de Transplantes Sede
- Central de Transplantes Regional

Núcleo de Apoio Administrativo:

- Setor de Credenciamento;
- Setor de Administração de Contratos;
- Setor de Gestão de Pessoas;

Centro de Assessoramento Estratégico:

- Setor de Cadastro Técnico;

- Setor de distribuição de órgãos e tecidos oculares;
- Setor de Tecnologia da Informação;
- Setor de Pesquisa e Capacitação;
- Setor de Planejamento, Controle e Monitoramento;

Câmaras Técnicas Estaduais:

- Câmara Técnica de Captação e Doação de Órgãos, Tecidos, Células e Partes do Corpo (CTECDOTPC)
- Câmara Técnica Estadual de Banco de Tecido Ocular Humano (CTEBTOH)
- Câmara Técnica Estadual de Órgãos Torácicos (CTEOrgT);
- Câmara Técnica Estadual da Córnea (CTECa);
- Câmara Técnica Estadual do Fígado (CTEFi)
- Câmara Técnica Estadual do Pâncreas (CTEPa);
- Câmara Técnica Estadual do Rim (CTERi);

Organizações de Procura de Órgãos e Tecidos (OPO);

Comissões Intra-hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT);

Estabelecimentos Notificantes;

Estabelecimentos de Transplantes;

Laboratórios de Imunogenética;

Unidades de Diálise;

Banco de Tecido Ocular Humano (BTOH).

**3.2. Central Estadual de Transplantes (CET):** responsável pela execução das atividades de coordenação, logística e distribuição de órgãos e tecidos no processo de doação/transplante em âmbito estadual. Para fins de alocação de órgãos, a CGSET adotará a seguinte organização, com respectiva área de abrangência:

- CET Sede, sediada na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, responsável pela Regional 1 do SET, abrange os municípios de São Paulo, Arujá, Barra do Turvo, Barueri, Bertoga, Biritiba Mirim, Caieiras, Cajamar, Cajati, Cananéia, Caraguatatuba, Carapicuíba, Cotia, Cubatão, Diadema, Eldorado, Embu, Embu-Guaçu, Ferraz de Vasconcelos, Francisco Morato, Franco da Rocha, Guararema, Guarujá, Guarulhos, Iguape, Ilha Bela, Ilha Comprida, Iporanga, Itanhaém, Itapeverica da Serra, Itapevi, Itaquaquecetuba, Itariri, Jacupiranga, Jandira, Juquiá, Jquitiba, Mairiporã, Mauá, Miracatu, Mogi das Cruzes, Mongaguá, Osasco, Pariquera-Açu, Pedro de Toledo, Peruíbe, Pirapora do Bom Jesus, Poá, Praia Grande, Registro, Ribeirão Pires, Rio Grande da Serra, Salesópolis, Santa Isabel, Santana do Parnaíba, Santo André, Santos, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, São Lourenço da Serra, São Sebastião, São Vicente, Sete Barras, Suzano, Taboão da Serra, Ubatuba e Vargem Grande Paulista.

- CET Regional, sediada no Departamento Regional de Saúde XIII - Ribeirão Preto, responsável pela Regional 2.

Abrange os demais municípios do Estado de São Paulo.

**Parágrafo 1º** - Cada CET será coordenada por um diretor, obrigatoriamente um profissional médico e não integrante de equipe de transplante ou de BTOH. Deverão funcionar vinte e quatro horas por dia, sete dias por semana.

**3.3. Organização de Procura de Órgãos e Tecidos (OPO):**

Entidade autorizada pelo SNT, vinculado à CGSET, com o objetivo de apoiar e executar as ações de identificação, avaliação e viabilização de potenciais doadores de órgãos e tecidos, com limites de atuação definidos por critérios geográficos e populacionais.

**Parágrafo 1º** - O coordenador da OPO deverá ser profissional médico e não integrante de equipe especializada habilitada à retirada de tecidos, órgãos, células e partes do corpo e/ou à realização de transplantes, bem como de equipes técnicas de Bancos de Tecidos Humano, sendo que poderá exercer as competências da Comissão Intra-Hospitalar de Transplante (CIHDOTT) do estabelecimento de saúde onde estiver sediada a OPO.

**Parágrafo 2º** - Cada OPO deverá funcionar vinte e quatro horas por dia, sete dias por semana.

**Parágrafo 3º** - As OPO deverão coordenar a retirada de órgãos e tecidos e providenciar a cirurgia de retirada e armazenamento adequado dos rins. As OPO de que trata este artigo são as seguintes:

I - Área de abrangência da CET Sede: OPO do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, OPO da Santa Casa de São Paulo, OPO do Hospital São Paulo da Escola Paulista de Medicina da UNIFESP e OPO do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia;

II - Área de abrangência da CET Regional: OPO do Hospital das Clínicas da UNICAMP, OPO do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, OPO do Hospital Universitário de São José do Rio Preto, OPO do Hospital das Clínicas de Botucatu, OPO da Santa Casa de Itu e OPO do Hospital das Clínicas de Marília.

**Parágrafo 4º** - As áreas de abrangência das OPOs ficam assim definidas:

- OPO Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP:

a. Distritos/Bairros da Capital: Alto de Pinheiros, Anhanguera, Brasilândia, Butantã, Campo Limpo, Capão Redondo, Freguesia do Ó, Itaim Bibi, Jaguará, Jaguaré, Jaraguá, Jardim Ângela, Jardim Paulista, Jardim São Luiz, Lapa, Limão, Morumbi, Perdizes, Perus, Pinheiros, Pirituba, Raposo Tavares, Rio Pequeno, São Domingos, Vila Andrade, Vila Leopoldina e Vila Sônia, b. Municípios: Barra do Turvo, Barueri, Caieiras, Cajamar, Cajati, Cananéia, Carapicuíba, Cotia, Eldorado, Francisco Morato, Franco da Rocha, Iguape, Ilha Comprida, Iporanga, Itanhaém, Itapevi, Itariri, Jacupiranga, Jandira, Juquiá, Jquitiba, Miracatu, Osasco, Pariquera-Açu, Pedro de Toledo, Peruíbe, Pirapora do Bom Jesus, Registro, Santana do Parnaíba, São Lourenço da Serra, Sete Barras e Vargem Grande Paulista.

- OPO da Santa Casa de São Paulo:

a. Distritos/Bairros da Capital: Barra Funda, Bela Vista, Bom Retiro, Brás, Cambuci, Casa Verde, Consolação, Jaçanã, Liberdade, Mandaqui, Pará, República, Santa Cecília, Santana, Sé, Tremembé, Tucuruvi, Vila Guilherme, Vila Maria, Vila Medeiros e Vila Nova Cachoeirinha;

b. Municípios: Arujá, Guarulhos, Itaquaquecetuba, Mairiporã e Santa Izabel.

- OPO do Hospital São Paulo da Escola Paulista de Medicina da UNIFESP:

a. Distritos/Bairros da Capital: Campo Belo, Campo Grande, Cidade Ademar, Cidade Dutra, Cursino, Grajaú, Ipiranga, Jabaquara, Marsilac, Moema, Moóca, Parelheiros, Pedreira, Sacomã, Santo Amaro, Saúde, Socorro, Vila Mariana e Vila Prudente;

b. Municípios: Bertioga, Caraguatatuba, Cubatão, Diadema, Embú, Embú-Guaçú, Guarujá, Ilha Bela, Itapeçerica da Serra, Mongaguá, Praia Grande, Santos, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, São Sebastião, São Vicente, Taboão da Serra e Ubatuba.

- OPO do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia:

a. Distritos/Bairros da Capital: Água Rasa, Aricanduva, Artur Alvim, Belém, Cangaíba, Carrão, Cidade Lider, Cidade Tiradentes, Ermelino Matarazzo, Guaianazes, Iguatemi, Itaim Paulista, Itaquera, Jardim Helena, José Bonifácio, Lageado, Parque do Carmo, Penha, Ponte Rasa, São Lucas, São Mateus, São Miguel, São Rafael, Sapopemba, Tatuapé, Vila Curuçá, Vila Formosa, Vila Jacuí e Vila Matilde;

b. Municípios: Biritiba-Mirim, Ferraz de Vasconcelos, Guararema, Mauá, Mogi das Cruzes, Poá, Ribeirão Pires, Rio Grande da Serra, Salesópolis, Santo André e Suzano.

- OPO do Hospital das Clínicas da UNICAMP:

Municípios: Aguai, Águas da Prata, Água de Lindoia, Águas de São Pedro, Americana, Amparo, Analândia, Aparecida, Arapeí, Araras, Areias, Artur Nogueira, Atibaia, Bananal, Bom Jesus dos Perdões, Bragança Paulista, Cabreúva, Caçapava, Cachoeira Paulista, Caconde, Campinas, Campo Limpo Paulista, Campos do Jordão, Canas, Capivari, Casa Branca, Charqueada, Conchal, Cordeirópolis, Corumbataí, Cosmópolis, Cruzeiro, Cunha, Divinolândia, Elias Fausto, Engenheiro Coelho, Espírito Santo do Pinhal, Estiva Gerbi, Guaratinguetá, Holambra, Hortolândia, Igaratá, Indaiatuba, Ipeuna, Iracemápolis, Itapira, Itatiba, Itirapina, Itobi, Itupeva, Jacareí, Jaguariúna, Jambéiro, Jarinu, Joanópolis, Jundiá, Lagoinha, Lavrinhas, Leme, Limeira, Lindóia, Lorena, Louveira, Mococa, Mogi-Guaçu, Mogi-Mirim, Mombuca, Monte Alegre do Sul, Monte Mor, Monteiro Lobato, Morungaba, Natividade da Serra, Nazaré Paulista, Nova Odessa, Paraibuna, Paulínia, Pedra Bela, Pedreira, Pindamonhangaba, Pinhalzinho, Piquete, Piracaia, Piracicaba, Pirassununga, Potim, Queluz, Rafard, Redenção da Serra, Rio Claro, Rio das Pedras, Roseira, Saltinho, Santa Barbara D'Oeste, Santa Branca, Santa Cruz da Conceição, Santa Cruz das Palmeiras, Santa Gertrudes, Santa Maria da Serra, Santo Antonio da Posse, Santo Antonio do Jardim, Santo Antonio do Pinhal, São Bento do Sapucaí, São João da Boa Vista, São José do Barreiro, São José do Rio Pardo, São José dos Campos, São Luiz do Paraitinga, São Pedro, São Sebastião da Gramma, Serra Negra, Silveiras, Socorro, Sumaré, Tambau, Tapiratiba, Taubaté, Tremembé, Tuiuti, Valinhos, Vargem, Vargem Grande do Sul, Várzea Paulista e Vinhedo.

- OPO do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto:

Municípios: Altinópolis, Barrinha, Batatais, Brodosqui, Cajuru, Cassia dos Coqueiros, Cravinhos, Dumont, Guariba, Guataparã, Jaboticabal, Jardinópolis, Luis Antonio, Monte Alto, Pitangueiras, Pontal, Pradópolis, Ribeirão Preto, Santa Cruz da Esperança, Santa Rosa do Viterbo, Santo Antonio da Alegria, São Simão, Serra Azul, Serrana, Sertãozinho, Américo Brasiliense, Araraquara, Boa Esperança do Sul, Borborema, Cândido Rodrigues, Descalvado, Dobrada, Dourado, Fernando Prestes, Gavião Peixoto, Ibaté, Ibitinga, Itápolis, Matão, Motuca, Nova Europa, Porto Ferreira, Ribeirão Bonito, Rincão, Santa Ernestina, Santa Lucia, Santa Rita do Passa Quatro, São Carlos, Tabatinga, Taquaritinga, Trabiju, Altair, Barretos, Bebedouro, Cajobi, Colina, Colômbia, Embaúba, Guafra, Guaraci, Jaborandi, Monte Azul Paulista, Olímpia, Pirangi, Severinia, Taiacu, Taiúva, Taquaral, Terra Roxa, Viradouro, Vista Alegre do Alto, Aramina, Buritizal, Cristais Paulista, Franca, Guará, Igarapava, Ipuã, Itirapuã, Ituverava, Jeriquara, Miguelópolis, Morro Agudo, Nuporanga, Orlândia, Patrocínio Paulista, Pedregulho, Restinga, Ribeirão Corrente, Rifaina, Sales Oliveira, São Joaquim da Barra, São José da Bela Vista.

- OPO do Hospital Universitário de São José do Rio Preto:

Municípios: Adolfo, Álvares Florence, Américo de Campos, Aparecida D'Oeste, Ariranha, Aspásia, Bady Bassit, Bálamo, Cardoso, Catanduva, Catiguá, Cedral, Cosmorama, Dirce Reis, Dolcinópolis, Elisário, Estrela D'Oeste, Fernandópolis, Floreal, Guapiaçu, Guarani D'Oeste, Ibirá, Icem, Indiaporã, Ipiquã, Irapuã, Itajobi, Jaci, Jales, José Bonifácio, Macaubal, Macedônia, Magda, Marapoama, Marinópolis, Mendonça, Meridiano, Mesópolis, Mira Estrela, Mirassol, Mirassolândia, Monções, Monte Aprazível, Neves Paulista, Nhandeara, Nipoã, Nova Aliança, Nova Canaã Paulista, Nova Granada, Novais, Novo Horizonte, Onda Verde, Oridiuva, Ouroeste, Palestina, Palmares Paulista, Palmeira D'Oeste, Paraíso, Paranapuã, Parisi, Paulo de Faria, Pedranópolis, Pindorama, Planalto, Poloni, Pontalinda, Pontes Gestal, Populina, Potirendaba, Riolândia, Rubineia, Sales, Santa Adélia, Santa Albertina, Santa Clara D'Oeste, Santa Fé do Sul, Santa Rita D'Oeste, Santa Salete, Santana da Ponte Pensa, São Francisco, São João das Duas Pontes, São José do Rio Preto, Sebastianópolis do Sul, Tabapuã, Tanabi, Três Fronteiras, Turmalina, Ubarana, Uchôa, União Paulista, Urânia, Urupês, Valentim Gentil, Vitória Brasil, Votuporanga, Zacarias, Alto Alegre, Andradina, Araçatuba, Auriflama, Avanhandava, Barbosa, Bento de Abreu, Bilac, Birigui, Braúna, Brejo Alegre, Buritama, Castilho, Clementina, Coroados, Gabriel Monteiro, Gastão Vidigal, General Salgado, Glicério, Guaraçá, Guararapes, Guzolândia, Ilha Solteira, Itapurã, Lavínia, Lourdes, Luiziânia, Mirandópolis, Murutinga do Sul, Nova Castilho, Nova Independência, Nova Luzitânia, Penápolis, Pereira Barreto, Piacatu, Rubiacéa, Santo Antonio do Aracanguá, Santópolis do Aguapei, São João de



Iracema, Sud Mennucci, Suzanápolis, Turiuba, Valparaíso.

- OPO da Santa Casa de Itu:

Municípios: Alambari, Alumínio, Angatuba, Apiaí, Araçariguama, Araçoiaba da Serra, Barra do Chapéu, Boituva, Bom Sucesso de Itararé, Buri, Campina do Monte Alegre, Capão Bonito, capela do Alto, Cerquilha, Cesário Lange, Guapiara, Guareí, Ibiúna, Iperó, Itaberá, Itaóca, Itapetininga, Itapeva, Itapirapuã Paulista, Itararé, Itu, Jumarim, Mairinque, Nova Campina, Piedade, Pilar do Sul, Porto Feliz, Quadra, Ribeira, Ribeirão Branco, Ribeirão Grande, Riversul, Salto, Salto de Pirapora, São Miguel Arcanjo, São Roque, Sarapuí, Sorocaba, Tapiraí, Taquarivaí, Tatuí, Tietê, Votorantim.

- OPO do Hospital das Clínicas de Marília:

Municípios: Adamantina, Álvaro de Carvalho, Alvinlândia, Arco-Íris, Bastos, Campos Novos Paulista, Echaporã, Fernão, Flórida Paulista, Gália, Garça, Herculândia, Iacri, Inúbia Paulista, Irapuru, Julio Mesquita, Lucélia, Lupércio, Mariápolis, Marília, Ocaçu, Oriente, Oscar Bressane, Osvaldo Cruz, Pacaembu, Parapuã, Pompeia, Pracinha, Quatá, Queirós, Quintana, Rinópolis, Sagres, Salmourão, Tupã, Vera Cruz, Avaí, Balbinos, Cabrália Paulista, Cafelândia, Duartina, Getulina, Guaiçara, Guaimbê, Guarantã, Lins, Lucianópolis, Pirajuí, Pongaí, Presidente Alves, Promissão, Reginópolis, Sabino, Ubirajara, Uru, Alfredo Marcondes, Álvares Machado, Anhumas, Caiabu, Caiuá, Dracena, Emilianópolis, Estrela do Norte, Euclides da Cunha Paulista, Flora Rica, Iepê, Indiana, João Ramalho, Junqueirópolis, Marabá Paulista, Martinópolis, Mirante do Paranapanema, Monte Castelo, Nantes, Narandiba, Nova Guataporanga, Ouro Verde, Panorama, Paulicéia, Piquerobi, Pirapozinho, Presidente Bernardes, Presidente Epitácio, Presidente Prudente, Presidente Venceslau, Rancharia, Regente Feijó, Ribeirão dos Índios, Rosana, Sandovalina, Santa Mercedes, Santo Anastácio, Santo Expedito, São João do Pau D'Alho, Taciba, Tarabaí, Teodoro Sampaio, Tupi Paulista, Assis, Bernardino de Campos, Borá, Cândido Mota, Canitar, Chavantes, Cruzália, Espírito Santo do Turvo, Florínia, Ibirarema, Ipaussú, Lutécia, Maracaí, Óleo, Ourinhos, Palmital, Paraguaçu Paulista, Pedrinhas Paulista, Platina, Ribeirão do Sul, Salto Grande, Santa Cruz do Rio Pardo, São Pedro do Turvo, Tarumã, Timburi.

- OPO do Hospital das Clínicas de Botucatu:

Municípios: Águas de Santa Bárbara, Agudos, Anhembi, Arandu, Arealva, Areiópolis, Avaré, Barão de Antonina, Bariri, Barra Bonita, Bauru, Bocaina, Bofete, Boraceia, Borebi, Botucatu, Brotas, Cerqueira César, Conchas, Coronel Macedo, Dois Córregos, Fartura, Iacanga, Iaras, Igarçu do Tietê, Itaí, Itaju, Itaporanga, Itapuí, Itatinga, Jaú, Laranjal Paulista, Lençóis Paulista, Macatuba, manduri, Mineiros do Tietê, Paranapanema, Pardinho, Pederneiras, Pereiras, Piraju, Piratininga, Porangaba, Pratânia, São Manuel, Sarutaiá, Taguaí, Taquarituba, Tejuapá, Torre de Pedra, Torrinha, Agudos, Arealva, Bariri, Barra Bonita, Bauru, Bocaína, Boraceia, Borebi, Brotas, Dois Córregos, Iacanga, Igarçu do Tietê, Itaju, Itapuí, Jaú, Lençóis Paulista, Macatuba, Mineiros do Tietê, Paulistânia, Pederneiras, Piratininga, Torrinha.

**3.4. Comissão Intra-Hospitalar de Transplante (CIHDOTT):** deverá ser instituída por ato formal da direção de cada estabelecimento de saúde, deverá estar vinculada diretamente à diretoria médica da instituição e ser composta por, no mínimo três membros integrantes de seu corpo funcional, dos quais um, que deverá ser obrigatoriamente médico nas classificadas como III ou enfermeiro nas demais classificações, será o Coordenador Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante. O Coordenador da CIHDOTT responderá administrativa e tecnicamente ao Diretor Técnico do estabelecimento de saúde ao qual esteja vinculado. Nos hospitais com CIHDOTT classificadas como II e III, o Coordenador da Comissão deverá possuir carga horária mínima, definida pelo Diretor Técnico, dedicada exclusivamente à referida Comissão.

**3.5. Estabelecimento Notificante:** qualquer estabelecimento do Estado onde há a possibilidade de ser detectado um doador potencial.

**3.6. Equipes Médicas de Transplante:** são equipes devidamente autorizadas pela CGSET e credenciadas pelo SNT para realizar captação, transplante de órgãos/tecidos e demais atribuições no sistema;

**3.7. Estabelecimento de Transplante:** instituição hospitalares devidamente autorizada pela CGSET e credenciada pelo SNT para a realização de transplantes e retirada de órgãos e tecidos.

**3.8. Responsável Técnico:** é o profissional responsável pelo serviço, conforme publicação do Ministério da Saúde (MS)

**3.9. Câmaras Técnicas Estaduais (CTE):** são instâncias de assessoramento técnico, compostas por representantes dos hospitais universitários (membros ou não das equipes de transplantes), da Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos e médicos especialistas de outras equipes, convidados pela Secretaria de Estado da Saúde. As CTE dão suporte à Coordenação Geral do SET, diante da complexidade dos temas, quanto a condutas, procedimentos e decisões que necessitem de parecer de órgão colegiado;

**3.10. Laboratório de Histocompatibilidade:** laboratório devidamente autorizado por intermédio de Portarias do Ministério da Saúde e referenciado pela Secretaria de Estado da Saúde para realização, manutenção e armazenamento dos testes de histocompatibilidade, sendo responsável pela guarda de material para manutenção dos soros de receptores potenciais (soroteca), pela realização da prova cruzada aplicada à lista dos receptores potenciais (nos casos em que se indique) nominada pela CET e pelo exame de tipificação HLA dos receptores potenciais e dos doadores.

Parágrafo Único: O material para a realização da tipificação do HLA do doador será encaminhado pela OPO ou CIHDOTT responsável, para o laboratório de histocompatibilidade correspondente.

**3.11. Unidade de Diálise:** estabelecimento de saúde integrante do SET, destinado à terapia renal substitutiva e a manutenção dos receptores potenciais, inclusive envio regular de soro ao laboratório correspondente, a receber um rim de doador vivo ou falecido;

**3.12. Banco de Tecido Ocular Humano (BTOH):** é o serviço destinado a captar, transportar, processar e armazenar tecidos oculares de procedência humana, para fins terapêuticos, de pesquisa ou de ensino, devidamente dotados de profissionais habilitados e capacitados, de instalações físicas adequadas e equipadas para os fins propostos, de acordo com as normas vigentes. Poderá também capacitar recursos humanos.

#### 4. Do Sistema Informatizado de Gerenciamento do SET – SIGSET

**4.1.** Compete à CGSET definir e autorizar o acesso ao SIGSET na rede mundial de computadores, web, através de login, senha e cartão de acesso.

Esta autorização se dará através do:

Formulário 1 - Autorização de Acesso ao SIG-SET Diretoria Clínica (ANEXO IV)

Formulário 2 – Autorização de Acesso ao SIG-SET – Laboratório (ANEXO IV)

Formulário 3 - Autorização de Acesso ao SIG-SET – Ministério Público (ANEXO IV)

Formulário 4 - Autorização de Acesso ao SIG-SET - OPO (ANEXO IV)

Formulário 5 - Autorização de Acesso ao SIG-SET – Equipe de Transplante (ANEXO IV)

Formulário 6 - Autorização de Acesso ao SIG-SET – Unidade de Diálise (ANEXO IV)

Além do Formulário 7 – Termo de Compromisso e Responsabilidade – Acesso ao SIGSET (ANEXO IV)

Parágrafo Único: Essas credenciais para navegação nesse sistema são de uso pessoal e intransferível, de acordo com as atribuições estabelecidas nesta Resolução;

**4.2.** O responsável técnico de cada equipe médica, laboratório de histocompatibilidade, OPO e BTOH deverá indicar, no mínimo, dois representantes aos quais será disponibilizado acesso ao SIGSET, receberão treinamento para uso adequado do sistema, bem como assinarão um termo de responsabilidade para a utilização do cartão de acesso;

**4.3.** O unidade de diálise receberá um único cartão de acesso em nome da clínica por solicitação do responsável técnico;

**4.4.** O diretor clínico de cada instituição participante do SET poderá solicitar acesso ao SIGSET para acompanhar as atividades de transplante das respectivas equipes médicas;

**4.5.** A equipe que já possui acesso deve se responsabilizar pelo treinamento de novos usuários ou solicitar treinamento formal, ministrado periodicamente pelas CET Sede e Regional;

**4.6.** A responsabilidade pela utilização do cartão, do login e da senha não poderá ser compartilhada, exceto para os unidades de diálise;

**4.7.** Em caso de perda, extravio ou cancelamento de cartão de acesso, a respectiva CET deverá ser comunicada imediatamente;

**4.8.** As CET poderão, a qualquer momento, e sem justificativa prévia, cancelar o acesso do(s) usuário(s), ao SIGSET.

#### 5. Das Atribuições da CGSET e demais Entidades do SET

##### 5.1. Cabe a CGSET:

- Manter o software SIGSET, gestor do SET, de forma a assegurar o funcionamento contínuo e em condições de sigilo e segurança dos dados;

- Disponibilizar informações, visando à transparência e o controle social das atividades desenvolvidas;

- Gerenciar o cadastro de receptores potenciais no CTU para o transplante de órgãos, tecidos e demais transplantes conjugados, bem como, gerenciar o cadastro das entidades que integram o SET;

- Exercer controle e fiscalização das atividades das CETs Sede e Regional;

- Disponibilizar informações ao Ministério Público do Estado de São Paulo, de acordo com o disposto no Protocolo de Cooperação celebrado com a Secretaria da Saúde;

- Solicitar a manifestação da respectiva Câmara Técnica Estadual sobre os casos omissos deste regulamento;

- Encaminhar relatórios ao SNT;

- Efetuar alterações do cadastro do receptor potencial que não são permitidas para os demais usuários do SIGSET.

##### 5.2. Cabem as CET:

- Receber e gerenciar as notificações de potencial doador em morte encefálica e de coração parado;

- Classificar os receptores potenciais, inscritos no CTU, através do SIGSET para a realização do transplante;

- Comunicar as características do doador notificado pela OPO às equipes médicas;

- Indicar o respectivo receptor potencial a cada equipe médica seguindo a lista emitida pelo SIGSET;

- Coordenar a recepção e a destinação de órgãos/tecidos disponibilizados pelo SNT;

- Disponibilizar os evolutivos pós-transplante de órgãos (inicial, trimestral, semestral e anual), para as equipes de transplantes de órgãos;

- Disponibilizar ao SNT os órgãos não utilizados para os receptores potenciais inscritos no CTU.

##### 5.3. Cabem as Organizações de Procura de Órgãos e de Tecidos (OPO):

- Realizar a busca ativa para identificação de doadores potenciais de órgãos e tecidos nos hospitais pertencentes a sua área de atuação;

- Avaliar o doador potencial de órgãos e tecidos após receber a notificação da CET; nos casos em que receber uma notificação diretamente de um hospital, deverá repassá-la imediatamente a CET correspondente.

- Solicitar autorização à CET, que indicará a equipe a ser contatada, para realização do registro gráfico comprobatório de morte encefálica;

- Solicitar a emissão de Declaração de Óbito dos doadores de órgãos/tecidos ao médico da unidade onde se encontra internado o potencial doador. O horário do óbito, no caso da morte encefálica, corresponde ao horário do último procedimento para determinação da morte encefálica.

- Enviar os dados para a CET referente ao Formulário 8 - Informação Doador de Múltiplos Órgãos” (Anexo IV);

- A OPO deverá confirmar a tipagem ABO dos doadores de órgãos sólidos imediatamente antes de enviar as informações para a CET.

- Definir o horário de retirada do(s) órgão(s)/tecido(s), providenciar a retirada dos rins e coordenar os procedimentos para captação de outros órgãos e tecidos;

- Solicitar a colaboração do hospital onde se encontra o doador potencial de órgãos e tecidos e orientar a realização

dos procedimentos de retirada, evitando a transferência de hospital;

- Acompanhar os procedimentos de retirada de órgãos e tecidos e a entrega do corpo recomposto condignamente aos familiares do doador;

- Nos casos que o corpo for encaminhado ao Instituto Médico Legal, deverá ser apresentada a cópia do protocolo de morte encefálica, do termo de doação, relatório de cirurgia de extração de órgãos, se possível documentação fotográfica e Guia de Encaminhamento ao IML.

- Tomar providencia para que seja encaminhado ao serviço de anatomia patológica, indicado pela CET, órgão(s) retirado(s) e não utilizado(s), enviando em até 60 (sessenta) dias o respectivo laudo para a CET;

- Promover a educação permanente do processo de doação-transplante dos profissionais de saúde, nos hospitais de sua área de atuação, em consonância com a diretoria clínica e a CET;

- Disponibilizar material informativo do processo de doação-transplante aos profissionais de saúde dos hospitais correspondentes a sua área de atuação;

- Participar de eventos e atividades apoiadas ou promovidas pela CET.

- Considerar os critérios para a realização da biópsia renal (recomendação):

Se o doador falecido tiver idade acima de 60 anos;

Se o doador falecido tiver entre 50 e 59 anos, e pelo menos uma das condições a seguir:

- Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS);

- Diabetes Mellitus (DM);

- Acidente vascular cerebral como causa da morte;

- Creatinina terminal > 1,5 mg/dl;

Se houver suspeita de doença renal específica;

Se houver alteração estrutural macroscópica;

**Parágrafo 1º** - O Coordenador deve manter o cadastro da OPO atualizado através do Formulário 9 – Cadastro de OPO (Anexo IV);

**Parágrafo 2º** - As atribuições comuns das OPO e da CIHDOTT serão exercidas de maneira cooperativa e ambas serão corresponsáveis pelo desempenho da rede de atenção à doação de órgãos, na sua área de atuação.

**Parágrafo 3º:** Termo de doação - Formulário 10 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Órgão e Tecidos - Doador Falecido

**5.4. Cabem as Comissões Intra-Hospitalares de Transplante (CIHDOTT):**

As mesmas atribuições da OPO, descritas no item 5.3, no âmbito da instituição em que a mesma está sediada.

- Encaminhar o relatório mensal das atividades da CIHDOTT, conforme Formulário 11 - Relatório Mensal de Atividades (Anexo IV).

- Preencher o Formulário 12 – Formulário Informativo de Óbitos que ocorrerem nas unidades de terapia intensiva ou no pronto socorro. Link para acesso e preenchimento online:

[http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id\\_aplicacao=16841](http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=16841)

**5.5. Cabem aos Estabelecimentos Notificantes:**

- Notificar à CET ou a OPO a existência de potenciais doadores em suas dependências e disponibilizar informações de doadores, quando solicitadas pelo SET;

- Garantir acesso e apoio operacional à OPO para a busca ativa e demais procedimentos após a notificação do potencial doador.

- Franquear suas instalações às equipes de transplante e fornecer o apoio operacional necessário;

- Preencher o Formulário 12 – Formulário Informativo de Óbitos que ocorrerem nas unidades de terapia intensiva ou no pronto socorro. Link para acesso e preenchimento:

[http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id\\_aplicacao=16841](http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=16841)

**5.6. Cabem as Equipes Médicas de Transplante:**

- Manter atualizada a autorização para retirada de tecidos, órgãos, células ou partes do corpo, realização de transplantes, concedida pela Coordenação-Geral do SNT.

- Apresentar o cadastro de cada hospital, no qual realizam transplantes. O responsável técnico deve manter atualizado o cadastro através do Formulário 13 - Cadastramento de Equipe de Transplante (Anexo IV);

- Cadastrar e manter atualizado as informações e status de seus receptores potenciais, no CTU do SET, com todos os dados requeridos;

- Priorizar seus receptores potenciais, em consonância com as normas vigentes;

- Providenciar o encaminhamento da amostra de soro para o laboratório correspondente, no caso de receptores potenciais em tratamento conservador (preemptivo), inscritos para transplante renal e/ou pâncreas.

- Encaminhar formalmente à CET, e manter atualizado, o roteiro de comunicação (nomes, números de telefones fixos e móveis, endereços eletrônicos) dos profissionais a serem contatados quando da disponibilização de um doador de órgãos e tecidos. Não será autorizada alteração desta agenda com prazo inferior a 15 dias. Nestes, casos, sugere-se que as equipes médicas de transplantes, rodizie um celular ou outro meio de comunicação entre os diversos integrantes de sua equipe.

- Receber a comunicação da CET quando da seleção de seu receptor potencial, e, no prazo máximo de uma hora para órgão e tecido, informar a aceitação ou recusa do mesmo;

- Realizar a cirurgia de extração do(s) órgão(s) do doador;

- Retirar e providenciar o traslado do órgão ou da córnea, no local definido pela CET, para o local de realização da cirurgia de transplante;

- Realizar o transplante de órgão(s)/tecido(s) no receptor potencial indicado pela CET;

- Comunicar imediatamente, a impossibilidade da utilização da córnea à CET, devolvendo-a ao BTOH de origem.

Nesse caso, enviar o Formulário 14 - Notificação de Devolução de Córnea (Anexo IV)

- Encaminhar, adequadamente preservado em formol, no prazo máximo de 5 (cinco) dias, os órgãos retirados e não transplantados para a OPO responsável pelo doador ou para um serviço de anatomia patológica indicado pela CET, utilizando o Formulário 15 - Solicitação de Anátomo Patológico de Órgãos (Anexo IV);

- A equipe de transplante deverá informar ao BTOH e a CET sobre eventos adversos relacionados ao transplante de córnea;

- Após a aceitação, do órgão, confirmar a realização do transplante em até 15 (quinze) dias;

- Após a aceitação, da córnea, confirmar a realização do transplante em até 15 (quinze) dias;

- Atualizar os relatórios evolutivos de 3 meses, de 6 meses e de 12 meses, dos receptores transplantados com órgãos, e depois anualmente até a perda do enxerto, óbito ou perda de seguimento do receptor transplantado, no prazo máximo de 60 dias após a data dos eventos;

- Transferência de equipe

No caso de transferência de inscrição de equipes dentro do estado ou de outro estado, não haverá alteração na data de inscrição do potencial receptor.

a. quando espontaneamente pelo receptor:

A equipe de transplante de destino deverá encaminhar para a CET o Formulário 16 - Termo de Anuência – Transferência de Equipe de Transplante – São Paulo (ANEXO IV)

Quando a transferência for de Estado a equipe de destino deverá encaminhar para a CET o Formulário 17 - Termo de Anuência – Transferência de Equipe de Transplante – Outros Estados (ANEXO IV)

b. quando por iniciativa da equipe de inscrição/transplante:

A CET indicará a equipe de transplante de acordo com o local de residência do receptor potencial

- Transplantes duplos (conjugados)

Nos casos de Transplantes duplos (conjugados) o estabelecimento deverá ter equipe credenciada para o TX principal e equipe credenciada para o transplante do outro órgão.

**Parágrafo 1º** - O não cumprimento dos prazos estabelecidos para a confirmação do transplante e da atualização dos evolutivos pós transplante acarretará suspensão da atividade de inscrição de novos receptores, até a atualização das informações pendentes no sistema.

**5.7. Cabem aos Estabelecimentos de Transplantes:**

- Apresentar o cadastro no SET, Formulário 18 – Cadastro de Hospital de Transplante (Anexo IV);

- Garantir acesso e apoio operacional à OPO para a busca ativa e demais procedimentos após a notificação do doador potencial.

- Franquear suas instalações às equipes de transplante e fornecer o apoio operacional necessário;

- Disponibilizar informações de doadores e receptores, quando solicitadas pela CET;

- Comunicar à CET qualquer intercorrência que impeça a realização de transplantes;

- Fornecer o apoio operacional necessário para a realização de transplantes;

Parágrafo Único: Os Estabelecimentos de Transplante deverão adotar procedimentos internos que assegurem a qualidade e a segurança da tipagem sanguínea sistema ABO dos candidatos a receber órgãos sólidos.

**5.8. Cabem as Câmaras Técnicas Estaduais:**

- Assessorar tecnicamente a Secretaria de Estado da Saúde nas questões referentes a transplante;

- Analisar e propor soluções para condutas técnicas cuja complexidade extrapola normas e procedimentos já estabelecidos;

- Rever periodicamente as normas e os procedimentos, objetivando o aperfeiçoamento do SET;

- Auditar, a pedido do Coordenador da CGSET, os casos de inclusão de receptores, receptores em situação de priorização, situação especial de receptores de fígado e receptores transplantados, de acordo com as normas estabelecidas para cada órgão/tecido ou determinados pela CET;

- Contribuir para o bom uso e a manutenção das regras e dos procedimentos de transplantes, solicitando e analisando informações da base de dados do SIGSET.

**5.9. Cabem as Unidades de Diálise:**

- Encaminhar seus receptores potenciais para uma das equipes credenciadas;

- Encaminhar os soros de seus receptores potenciais inscritos no CTU ao laboratório de histocompatibilidade correspondente, devidamente identificados e relacionados. Nova amostra de soro deverá ser encaminhada para renovação antes do vencimento da validade do soro (90 dias) ou 15 dias após o receptor ser submetido à transfusão sanguínea.

**5.10. Cabem aos Laboratórios de Histocompatibilidade:**

- Manter atualizada, no SIGSET, as informações do soro e painel dos receptores potenciais do CTU;

- Gerenciar, perante os unidades de diálise, a coleta e o envio de amostra de soro para atualização do perfil imunológico dos receptores potenciais inscritos para transplante;

- Realizar a tipificação do HLA de receptores potenciais indicados pelas equipes de transplantes;

- Realizar a tipificação do HLA de doadores falecidos;

- Realizar a prova cruzada (crossmatch) doador falecido versus receptor.

**6. Da Operacionalização**

**6.1. Regionalização**

**6.1.1. Transplantes de rim e pâncreas/rim:**

a. Da Regional I

O IGEN-EPM é a referência para a equipe do Hospital São Paulo, Hospital do Rim e Hipertensão e Hospital



Euryclides de Jesus Zerbini.

O laboratório de Imunologia INCOR-HCFMUSP é a referência para as demais equipes da Regional I.

b. Da Regional II:

- Sub-Regional I

O laboratório de HLA-Hemocentro-UNICAMP é a referência desta Sub-Regional.

- Sub-Regional II

O laboratório de HLA-FUNDHERP é a referência desta Sub-Regional.

**6.1.2.** Transplantes de pâncreas isolado: não há regionalização.

O laboratório de Imunologia INCOR-HCFMUSP é a referência para o transplante de pâncreas isolado.

**6.1.3.** Transplantes de fígado:

a. Regional I

b. Regional II

**6.1.4.** Transplantes de córnea:

a. Regional I

- Sub-Regional I (Grande São Paulo/Litoral)

- Sub-Regional II (Sorocaba/Campinas)

b. Regional II

- Sub-Regional I (São José do Rio Preto/Ribeirão Preto)

- Sub-Regional II (Botucatu/Marília)

**6.1.5.** Transplantes de coração e pulmão: não há regionalização.

**6.2.** Cadastramento dos receptores potenciais

- A inclusão de receptores potenciais para transplante é responsabilidade da equipe de transplante.

- A equipe de transplante responsável pelo cadastramento do receptor potencial de rim deverá providenciar, junto a um dos laboratórios de histocompatibilidade, a tipificação do HLA.

- O receptor potencial ficará alocado em uma das regionais ou sub-regionais, de acordo com o hospital de transplante ao qual a equipe médica de transplante está vinculada.

- Os receptores potenciais renais ficarão vinculados a um dos laboratórios de histocompatibilidade, de acordo com a Regional e a Sub-Regional descrita no item 6.1.

- Ocorrendo cadastramento de um mesmo receptor potencial por mais de uma equipe médica de transplante, a CET removerá a inscrição mais recente. Essa inscrição ficará com o status “removido por inscrição duplicada”.

- Ocorrendo mudança de equipe médica de transplante e/ou hospital de transplante, prevalecerá sempre a data do primeiro cadastramento na CET, para fins de classificação ou pontuação no CTU.

- Os dados cadastrais do receptor potencial deverão ser atualizados permanentemente pela equipe médica de transplante.

**6.3.** Manutenção do Cadastro dos Receptores Potenciais

A manutenção do cadastro de receptores é responsabilidade da equipe de transplante, do laboratório de histocompatibilidade e da CET, no que couber.

**6.4.** Priorização de Receptores Potenciais

A priorização de receptores potenciais para transplante no CTU será indicada e efetuada, no que couber pela equipe de transplante, descrito nos respectivos módulos.

**6.5.** Notificação de potenciais doadores em morte encefálica ou coração parado:

A notificação de potenciais doadores à CET deverá ser feita pelos hospitais notificantes, CIHDOTT ou pela OPO.

**6.6.** Notificação de doadores em morte encefálica ou coração parado:

As informações referentes aos doadores de múltiplos órgãos/córneas deverão ser enviadas para a CET pela OPO ou pelo BTOH.

**6.7.** Descarte de doadores em morte encefálica e coração parado

- sorologia positiva para HBSAG, Doença de Chagas (exceto córnea), HIV, HTLV I e II e anti HCV;

- sorologia positiva para anti-Hbc para tecidos;

- usuário de droga injetável;

- idade  $\geq$  75 anos para múltiplos órgãos.

- idade  $\leq$  2 anos para o transplante renal;

- idade  $\leq$  2 anos ou  $\geq$  80 anos para tecidos

Descarte de doadores – transplante de coração

- Ecocardiograma alterado (FEVE $\leq$ 40%);

- Cirurgia cardíaca prévia;

- Doadores com histórico de IAM ou dissecção de aorta aguda;

- Doadores com histórico de cirurgia cardíaca recente;

- Doadores com histórico de stent coronário;

- Doadores com idade  $>$  50 anos, sem eco e sem cateterismo;

- Doadores com ferimentos cardíacos (FAF, FAB).

Descarte de doadores – transplante de pâncreas/rim

- Idade  $<$  18 anos e  $>$  45 anos;

- IMC  $>$  30;

- Diabetes mellitus.

Descarte de doadores – transplante de pâncreas

- Idade < 5 anos e > 50 anos;
- IMC > 30;
- Diabetes mellitus.

Descarte de doadores – transplante de intestino

- idade acima de 50 anos;
- peso maior que 150 kg;
- usuário de droga injetável ou inalatória;
- sódio sérico > 170 mEq/L;
- creatinina sérica > 3,0 mg/dL;
- TGO e TGP > 200 U/L;
- bilirrubina total > 3,0 mg/dL.

#### **6.8. Da sorologia para hepatite B (anti-Hbc) para transplante de órgãos**

No caso dos doadores com sorologia positiva para anti-Hbc serão selecionados, respeitando os critérios vigentes, todos os receptores potenciais, no caso do transplante renal, que tenham a informação de sorologia positiva para anti-Hbs ou anti-Hbc ou HbsAg na ficha de inscrição.

Para os demais órgãos deverá constar a aceitação na ficha complementar, poderão ser aceitos para os receptores potenciais, que tenham sorologia positiva para anti-Hbs ou anti-Hbc ou HbsAg.

Em todos os casos transplantados, a equipe de transplante deverá encaminhar, em até 15(quinze) após o transplante, para a Central de Transplantes, a sorologia para hepatite B do receptor.

#### **6.9. Realização da tipagem HLA de doadores em morte encefálica**

A tipagem será realizada pelo laboratório de histocompatibilidade, com material colhido pela OPO, CIHDOTT ou hospital notificante e devidamente identificado.

#### **6.10. Realização da prova cruzada (crossmatch)**

- Os laboratórios de histocompatibilidade serão responsáveis pela realização da prova cruzada dos receptores de rim, pâncreas, pâncreas/rim e se necessário, coração e pulmão, selecionados pela CET;

- O material do doador para realização da prova cruzada será encaminhado ao laboratório pela OPO, CIHDOTT, pelo hospital notificante ou eventualmente pela equipe de transplante, devidamente identificado.

#### **6.11. Aceitação de órgãos/tecidos**

- A aceitação ou recusa, de órgãos e tecidos, é responsabilidade da equipe médica de transplante. Informar o motivo nos casos em que houver recusa do mesmo;

- A equipe médica de transplante do primeiro receptor classificado com crossmatch negativo terá preferência na escolha do rim direito ou esquerdo.

#### **6.12. Retirada de órgãos/tecidos**

- A marcação do horário de retirada dos órgãos é de responsabilidade da OPO. Recomenda-se que ela ocorra após seis horas do envio das informações sobre o doador de múltiplos órgãos para a CET;

- A responsabilidade pela retirada do pâncreas/rim ou pâncreas isolado é da equipe cujo primeiro receptor potencial classificado tenha painel < 50% ou menos de quatro crossmatch positivos no histórico do receptor potencial, ou a equipe do primeiro receptor potencial cujo crossmatch virtual foi negativo, independentemente do PRA ou do histórico de crossmatch positivos prévios, desde que haja tempo hábil para realizar a captação.

- O cirurgião responsável pela retirada do(s) rim(s) deverá preencher o Formulário 19 - Dados da Nefrectomia (Anexo IV), o qual deverá ser encaminhado para a CET. Nos casos de transplante conjugado com rim, a retirada poderá ser feita pelo profissional responsável pelo outro órgão a ser transplantado;

- A retirada das córneas ou globo ocular deverá ser feita por profissionais habilitados para este procedimento e encaminhada para o BTOH de referência ou indicado pela CET;

- Para os demais tecidos, a responsabilidade pela retirada é da equipe de transplante e/ou equipe habilitada para tal finalidade.

#### **6.13. Da alocação de órgãos de doadores falecidos para transplantes conjugados**

Os transplantes conjugados ficarão no cadastro técnico do órgão “Principal” e terão as regras do módulo deste órgão, a ordem do órgão “Principal” é coração, pulmão, fígado, pâncreas e rim. Exemplo: O transplante conjugado de coração + pulmão ou fígado ou pâncreas ou rim serão alocados no cadastro técnico do coração. Os critérios para priorização obedecerão às regras do órgão “Principal”.

A exceção se faz para o transplante duplo Pâncreas/Rim que tem cadastro e regras específicas. No caso do transplante duplo com rim, a equipe do órgão principal terá a preferência de escolher o rim esquerdo ou direito.

#### **6.14. Da alocação de órgãos de doadores falecidos para parentes até o 4º grau de consanguinidade ou cônjuge em lista de espera para transplante**

Os órgãos doados poderão ser destinados para transplantes em cônjuge ou parentes consanguíneos até o quarto grau, devidamente comprovado através de documentação, inscrito no CTU de São Paulo e “Ativo”, desde que, haja compatibilidade sanguínea (ABO) e critérios clínicos e cirúrgicos adequados. No caso do rim e/ou pâncreas, há necessidade, ainda, de crossmatch negativo.

Nestes casos a OPO deverá certificar-se da comprovação do grau de parentesco alegado e, em seguida, comunicar à CET.

#### **6.15. Notificação de transplante realizado**

A notificação de transplante deverá ser efetuada pela equipe médica responsável em até 15 dias após a aceitação do órgão/tecido. Decorrido este prazo a equipe ficará suspensa para realizar novas inscrições.

#### **6.16. Notificação de tecido retirado (pele, osso, vaso, tendão/músculo e válvula cardíaca)**

A notificação de retirada de tecido será encaminhada pela equipe médica autorizada pelo MS em até 5 dias após a extração do tecido, utilizando o Formulário 20 - Notificação de Tecido Retirado (Anexo IV).

#### **6.17. Manutenção dos relatórios evolutivos pós-transplante**

- A informação dos dados, referentes aos relatórios evolutivos, será efetuada exclusivamente pelas equipes médicas de transplante.

- A CET disponibiliza às equipes médicas de transplante, via SIGSET, os relatórios evolutivos referentes aos períodos inicial, 3 meses, 6 meses e anual. A equipe terá um prazo de 60 dias para a atualização destes dados. Decorrido este prazo a equipe ficará suspensa para realizar novas inscrições.

#### **6.18. Atualização do painel e do soro dos receptores potenciais de rim, pâncreas/rim e pâncreas isolado.**

O laboratório será responsável pela realização e atualização dos dados no SIGSET, do painel a cada 180 dias, soro a cada 90 dias ou 15 dias após uma transfusão de sangue.

#### **6.19. Disponibilidade de órgãos pela Central Nacional de Transplantes (CNT)**

Para a distribuição de órgãos disponibilizados pela CNNCDO, a classificação de receptores potenciais será feita sem levar em consideração a regionalização, ou seja, será ofertado para o “Estado”.

**Anexo II**  
**(à Resolução SS nº , de de de 2019)**  
**MÓDULOS DE TRANSPLANTE**  
**MÓDULO DE TRANSPLANTE DE CORAÇÃO**

#### **1. Da Regionalização**

Não há regionalização.

#### **2. Da Inscrição**

A inscrição e a manutenção dos dados cadastrais no SIGSET são de responsabilidade da equipe de transplante.

##### **2.1. Coração conjugado com rim**

Serão aceitos receptores potenciais com diagnóstico de insuficiência renal crônica (IRC), que estejam:

- Realizando alguma das modalidades de terapia renal substitutiva ou;
- Em tratamento conservador, com clearance de creatinina menor ou igual a 30 ml/min.

Neste caso os receptores potenciais ficarão com o status semiativo “Aguarda clearance”, até que a equipe de transplante envie a cópia deste exame para o SET. O receptor potencial será removido do cadastro técnico caso permaneça 90 (noventa) dias consecutivos neste status semiativo, assumindo o status “Removido administrativo”.

##### **2.2. A ficha complementar do receptor será composta pelas seguintes informações:**

- Idade máxima para doadores com cateterismo cardíaco ou com ecocardiograma: a equipe informará a idade máxima para aceitação do doador. O mínimo aceitável, a ser informado, será de 40 anos;
- Idade máxima para doadores sem cateterismo cardíaco e ecocardiograma: a equipe informará a idade máxima para aceitação do doador. O mínimo aceitável, a ser informado, será de 30 anos;
- Peso mínimo e máximo: a equipe informará o peso mínimo e máximo aceitável do doador;
- Usuário de droga injetável: a equipe informará se aceita ou não doador com esse antecedente;
- Usuário de droga inalatória (cocaína ou crack): a equipe informará se aceita ou não doador com esse antecedente;
- Exame sorológico positivo para:
- Sífilis: a equipe informará se aceita ou não doador com esse antecedente;
- Toxoplasmose (IGM): a equipe informará se aceita ou não doador com esse antecedente;
- Citomegalovírus (IGM): a equipe informará se aceita ou não doador com esse antecedente.

#### **3. Da Manutenção do Cadastro “Status”**

##### **3.1. Ativo.**

**3.2. Semiativo:** aguarda clearance, equipe não credenciada, exames pré-transplante incompletos, suspenso pela equipe, suspenso sem condições clínicas, transplante sem confirmação.

**3.3. Removido:** abandonou o tratamento, não quer ser transplantado, removido administrativo, removido (inscrição duplicada), removido pela equipe, removido sem condições clínicas, removido (suspenso > 365 dias), transferido para outro Estado, transplante fora do estado e transplante-doador falecido.

Considerações gerais:

- O status removido (suspenso > 365 dias) será atribuído quando o receptor potencial acumular 365 dias com status semiativo, exceto aguarda clearance e transplante sem confirmação.
- Os receptores potenciais com o status semiativo “Aguarda clearance” serão removidos do sistema após 90 (noventa) dias consecutivos nesta condição, assumindo o status “Removido administrativo”.
- Nos casos de reinscrição do receptor potencial no CTU, será considerada nova data de inscrição.

#### **4. Da Priorização**

A priorização tem validade de 07 dias, renovável quando mantiver a indicação.

#### **4.1. Condição 1:** Assistência Circulatória ou Retransplante

- Ventrículo Artificial
- Assistência Ventricular Direita e/ou Esquerda
- Balão Intra-aórtico
- Ventilação Artificial por Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC)
- Retransplante Agudo (indicado até 30 dias após o último transplante)

#### **4.2. Condição 2:**

- Choque Cardiogênico
- O receptor potencial deve obrigatoriamente estar internado e com droga(s) vasopressora(s).
- Autorizado pela Comissão Técnica

Para priorização o paciente deverá estar obrigatoriamente internado, exceções deverão ser submetidas à CTEOrgT, com documentação que justifique o pleito.

Enviar a documentação abaixo, que será apreciada pela Câmara Técnica.

- Relatório clínico detalhado carimbado e assinado pelo médico responsável;
- Evoluções Médicas e Prescrições Médicas dos dois (2) últimos dias (impreterivelmente) previamente à solicitação, observar assinaturas e carimbos dos responsáveis médicos e de enfermagem em todas as folhas das mesmas;
- Serão aceitas somente Evoluções Médicas assinadas eletronicamente, desde que, devidamente identificadas com nome completo do médico e número de CRM;
- Na ausência da identificação por carimbo e assinatura nas checagens e nas administrações das medicações pelo técnico e/ou auxiliar de enfermagem, um enfermeiro deverá carimbar e assinar as mesmas ficando responsável por este serviço;
- Laudos de exames de imagem complementares (caso houver);

#### **5. Da Classificação dos Receptores Potenciais**

A classificação dos receptores potenciais para fins de transplante será processada considerando: compatibilidade ABO, priorização, características do doador (Ficha Complementar) e tempo de espera, calculado a partir da data de inscrição no CTU.

##### **5.1. Priorizados (não será considerado o peso máximo do doador, informado na ficha complementar):**

- Receptores potenciais priorizados na condição 1, com igualdade ABO e a seguir com compatibilidade ABO, ordenados por tempo de espera;
- Receptores potenciais priorizados na condição 2, com igualdade ABO e a seguir com compatibilidade ABO, ordenados por tempo de espera.

**5.2. Não priorizados:** Receptores potenciais com igualdade ABO e a seguir com compatibilidade ABO, ordenados por tempo de espera.

#### **6. Do Receptor Transplantado**

Para os priorizados, em qualquer situação inclusive os autorizados pela CTEOrgT, enviar a documentação abaixo:

- Relatório de encaminhamento para auditoria, carimbado e assinado pelo médico responsável;
- Evoluções Médicas e Prescrições Médicas do dia antecedente e do dia transplante;
- Observar assinaturas e carimbos dos responsáveis médicos e de enfermagem em todas as folhas das mesmas;
- Serão aceitas somente Evoluções Médicas assinadas eletronicamente, desde que, devidamente identificadas com nome completo do médico e número de CRM;
- Na ausência da identificação por carimbo e assinatura nas checagens e nas administrações das medicações pelo técnico e/ou auxiliar de enfermagem, um enfermeiro deverá carimbar e assinar as mesmas ficando este responsável por este serviço;

### **MÓDULO DE TRANSPLANTE DE FÍGADO**

#### **1. Da Regionalização**

Para a regionalização dos transplantes de fígado, consideram-se as áreas de abrangência das Regionais I e II.

#### **2. Da Inscrição**

A inscrição e a manutenção dos dados cadastrais no SIGSET são de responsabilidade da equipe de transplante. São consideradas indicações de transplante hepático:

- a. Atresia das vias biliares;
- b. Câncer primário do fígado;
- c. Cirrose alcoólica;
- d. Cirrose biliar primária;
- e. Cirrose biliar secundária;
- f. Cirrose criptogênica;
- g. Cirrose pelo vírus da Hepatite B ou C;
- h. Cirrose por doença gordurosa hepática não alcoólica
- i. Colangite esclerosante primária;



- j. Doença de Caroli;
- k. Doença de Wilson;
- l. Doenças metabólicas com indicação de transplante;
- m. Carcinoma hepatocelular fora dos critérios de Milão;
- n. Hemocromatose;
- o. Hepatite autoimune;
- p. Hepatite fulminante;
- q. Metástases hepáticas de tumor neuroendócrino;
- r. Polineuropatia Amiloidótica Familiar (PAF);
- s. Síndrome de Budd-Chiari;
- t. Síndrome hepatopulmonar;
- u. Trombose arterial até o 15º dia;

Não serão aceitas inscrições em receptores potenciais com doença alcoólica com menos de 6 meses de abstinência. Devem ser consideradas ainda as seguintes situações:

#### 2.1. Fígado conjugado com rim

Serão aceitos receptores potenciais que apresentem as seguintes condições:

- Insuficiência Renal Crônica (IRC) Terminal em programa de diálise com hepatopatia e indicação de transplante de fígado.

- Receptores potenciais com Insuficiência Renal Aguda incluindo a Síndrome Hepato-Renal (SHR) com creatinina maior ou igual a 2,0 mg/dL, em diálise maior ou igual a 8 semanas.

- Receptores potenciais com indicação de transplante hepático e doença renal crônica com clearance de creatinina menor ou igual a 30 ml/min. Os receptores potenciais ficarão com o status semiativo “Aguarda clearance”, até que a equipe de transplante envie a cópia deste exame para a CET. O receptor potencial será removido do cadastro técnico atual caso permaneça 90 dias consecutivos nesta condição, assumindo o status “Removido administrativo”.

#### 2.2. MELD/PELD mínimo

Os receptores potenciais inscritos com MELD (Model for End-stage Liver Disease) menor ou igual a 14 pontos ou PELD (Pediatric End-stage Liver Disease) menor ou igual a 5 pontos receberão status semiativo “suspensão MELD/PELD mínimo”, exceto quando:

- Tenham sódio menor ou igual a 130 mEq/L, informado no último exame do MELD/PELD;
- Tenham situação especial, após parecer conclusivo da Câmara Técnica Estadual (CTEFi);
- Priorizados;

- Clinicamente justifiquem a sua permanência na lista de espera, após avaliação e parecer conclusivo da CTEFi, em face dos documentos que serão encaminhados pelas equipes médicas de transplantes. A alteração do status “suspensão MELD/PELD mínimo” para o status “Ativo” será realizada pela CET.

Os receptores potenciais com status “suspensão MELD/PELD mínimo” serão removidos do sistema após 90 dias consecutivos nesta condição, assumindo o status “Removido MELD/PELD mínimo”.

#### 2.3. Hepatocarcinoma fora do critério de Milão

No caso de receptor potencial com diagnóstico de hepatocarcinoma, fora do critério de Milão, e tendo indicação de transplante intervivos, a inscrição deverá ser feita no sistema com o diagnóstico: “HCC fora do critério de Milão”, e com informação de tipo de doador: DVR - doador vivo relacionado ou DVNR – Doador vivo não relacionado.

Esses receptores potenciais, embora inscritos no sistema, não poderão ser transplantados nem retransplantados com doador falecido.

#### 2.4 Ficha complementar da inscrição:

- Idade máxima: a equipe informará qual a idade máxima para aceitação de um doador. O menor valor aceitável será de 30 anos;

- Peso mínimo e máximo: a equipe informará o peso mínimo e máximo aceitável de um doador. A diferença, entre o peso mínimo e o peso máximo, não poderá ser menor que 20%;

- Tempo máximo de intubação oro traqueal (IOT): a equipe informará o tempo máximo de IOT para aceitação de um doador, aplicável apenas para os receptores potenciais < 12 anos (PELD);

- Usuário de droga inalatória (cocaína ou crack): a equipe informará se aceita ou não doador com este antecedente;

- Sódio sérico: a equipe informará que dosagem máxima de sódio sérico para aceitação de um doador. O valor mínimo aceitável, a ser informado, será de 150 mEq/L;

- Creatinina sérica: a equipe informará que dosagem máxima de creatinina sérica para aceitação de um doador. O valor mínimo aceitável, a ser informado, será de 1,5 mg/dL;

- TGO e TGP: a equipe informará que dosagem máxima de TGO e de TGP para aceitação de um doador. O valor mínimo aceitável, a ser informado, será de 60U/L;

- Bilirrubina total: a equipe informará que dosagem máxima de bilirrubina total para aceitação de um doador. O valor mínimo aceitável, a ser informado, será de 1,5 mg/dL;

- Exame sorológico positivo para:

- Sífilis: a equipe informará se aceita ou não;

- Toxoplasmose (IGM): a equipe informará se aceita ou não;

- Citomegalovírus (IGM): a equipe informará se aceita ou não.

Outras características do doador/órgão:

- Órgão retirado até: hora(s): a equipe informará o tempo máximo (em horas), de um órgão já retirado, para aceitação do doador. O intervalo aceitável, a ser informado, será de 0 a 12 horas;
- Órgão bipartido (split liver): a equipe informará se aceita ou não órgão bipartido;
- Órgão retirado de receptor transplantado com Polineuropatia Amiloidótica Familiar (PAF): a equipe informará se aceita ou não órgão oriundo de receptor com PAF. Este somente poderá ser aceito para receptores potenciais com idade acima de 40 anos.

### 3. Cálculo do MELD e PELD

A pontuação MELD/PELD será ajustada nas seguintes condições: situação especial, receptores potenciais < 12 anos (PELD) e receptores potenciais com idade maior ou igual a 12 anos e menor de 18 anos e será denominada pontuação MELD CORRIGIDO/PELD CORRIGIDO.

$$\text{MELD} = 0,957 \times \ln(\text{creatinina mg/dl}) + 0,378 \times \ln(\text{bilirrubina mg/dl}) + 1,120 \times \ln(\text{INR}) + 0,643 \times 10$$

Arredondar o resultado para valor inteiro.

- Caso os valores de laboratório sejam menores que 1,0, considerar 1,0;
- Caso o valor da creatinina seja maior que 4,0 mg/dl, será considerada 4,0 mg/dl para efeito do cálculo do MELD;
- Nos casos dos receptores potenciais inscritos para transplante de fígado isolado, que realizaram diálise duas ou mais vezes na última semana, informar ainda o valor da creatinina antes de iniciar a diálise. Se a creatinina pré-diálise for maior ou igual a 2,5 mg/dl, será considerada a creatinina de 4,0 mg/dl para efeito de cálculo do MELD; caso a creatinina pré-diálise for menor que 2,5 mg/dl, será considerado o maior valor da creatinina informada na atualização do MELD ou pré-diálise.
- Nos receptores potenciais em uso de dicumarínico, até 6 dias antes da coleta da amostra para o cálculo do MELD, e que tenham valor de INR calculado >2,5 será considerado o valor de 2,5 de INR para efeito do cálculo do MELD.
- MELD CORRIGIDO: para receptores potenciais com idade maior ou igual a 12 anos e < 18 anos, multiplicar o MELD por 2 e arredondar para valor inteiro;

Os diferentes exames necessários para o cálculo do MELD devem ser realizados em amostra de uma única coleta de sangue do receptor potencial.

Os exames para cálculo do MELD terão prazo de validade e devem ser renovados, no mínimo, na frequência abaixo:

- MELD até 10 - validade de 12 meses, exame colhido nos últimos 30 dias;
- MELD de 11 a 18 - validade de 3 meses, exame colhido nos últimos 14 dias;
- MELD de 19 a 25 - validade de 1 mês, exame colhido nos últimos 7 dias;
- MELD maior que 25 - validade de 7 dias, exame colhido nas últimas 48 horas.

Caso os exames não sejam renovados no período definido, o receptor potencial receberá um valor de MELD igual 6, até que sejam atualizados.

Cálculo do PELD:

- se o receptor potencial tiver até 2 anos

$$\text{PELD} = 0,480 \times \ln(\text{bilirrubina mg/dl}) + 1,857 \times \ln(\text{INR}) - 0,687 \times \ln(\text{albumina mg/dl}) + 0,436$$

- se o receptor potencial tiver déficit de crescimento menor (<-2 desvios padrão)

$$\text{PELD} = 0,480 \times \ln(\text{bilirrubina mg/dl}) + 1,857 \times \ln(\text{INR}) - 0,687 \times \ln(\text{albumina mg/dl}) + 0,667$$

a. Caso os valores de laboratório sejam menores que 1,0, considerar 1,0;

- Cálculo do valor do déficit de crescimento baseado no sexo, peso e altura (Tabela 2 - Anexo IV);

- Nos receptores potenciais em uso de dicumarínico, até 6 dias antes da coleta da amostra para o cálculo do PELD, e que tenham o valor de INR calculado >2,5, será considerado o valor de 2,5 de INR para efeito do cálculo do PELD.

- PELD CORRIGIDO: multiplicar o PELD por 3 e arredondar para valor inteiro.

Os diferentes exames necessários para o cálculo do PELD devem ser realizados em amostra de uma única coleta de sangue do receptor potencial.

Os exames para cálculo do PELD terão prazo de validade e devem ser renovados, no mínimo, na frequência abaixo:

- PELD até 5 - validade de 12 meses, exame colhido nos últimos 30 dias;
- PELD superior a 5 até 10 validade de 3 meses, exame colhido nos últimos 14 dias;
- PELD superior a 10 até 14 - validade de 1 mês, exame colhido nos últimos 7 dias;
- PELD superior a 14 - validade de 15 dias, exame colhido nas últimas 48 horas.

Caso os exames não sejam renovados no período definido, o receptor potencial receberá um valor de PELD igual a 3, até que sejam atualizados.

Os diferentes exames necessários para o cálculo do PELD devem ser realizados em amostra de uma única coleta de sangue do receptor potencial.

## 4. Da Manutenção do Cadastro “Status”

### 4.1. Ativo.

**4.2. Semiativo:** aguarda clearance, equipe não credenciada, exames pré-transplante incompletos, MELD/PELD vencido, perda de seguimento, suspenso MELD/PELD mínimo, suspenso pela equipe, suspenso sem condições clínicas, suspenso por perda temporária dos critérios de Milão e transplante sem confirmação.

**4.3. Removido:** abandonou o tratamento, função hepática recuperada, não quer ser transplantado, removido administrativo, removido (inscrição duplicada), removido (MELD/PELD mínimo > 90 dias), removido (MELD/PELD vencido > 365 dias), removido pela equipe, removido sem condições clínicas, removido (suspenso > 365 dias), transferido para outro Estado, transplante-doador falecido, transplante-doador vivo e transplante fora do estado.

Considerações gerais:

- Quando o receptor acumular 365 dias com status semiativo será atribuído o status removido (suspensão > 365 dias), exceto os status MELD/PELD vencido, MELD/PELD mínimo, aguarda clearance e transplante sem confirmação.
- Quando o receptor permanecer 365 dias consecutivos com status MELD/PELD vencido, será atribuído o status removido (MELD/PELD vencido > 365 dias).
- Os receptores potenciais inscritos com MELD menor ou igual a 14 pontos ou PELD menor ou igual a 5 pontos receberão status semiativo “suspensão MELD/PELD mínimo”, exceto nos casos já citados. Após 90 dias consecutivos com este status os receptores potenciais serão removidos do sistema, assumindo o status “removido MELD/PELD mínimo”.
- Após 90 dias consecutivos com o status semiativo “aguarda clearance”, os receptores potenciais serão removidos do sistema, assumindo o status “Removido administrativo”.
- Nos casos de reinscrição do receptor no CTU, será considerada nova data de inscrição.

## 5. Da Situação Especial

Esta condição se refere a diagnósticos e situações clínicas específicas, as quais serão analisadas e autorizadas pela CTEFi.

Os diagnósticos a serem considerados para efeito deste item são:

- Adenomatose múltipla bilobar extensa e irrissecável (MELD/PELD);
- Carcinoma fibrolamelar irrissecável e sem doença extrahepática (MELD/PELD);
- Doenças metabólicas com indicação de transplante - fibrose cística, glicogenose tipo I e IV, doença policística, oxalose primária, doença de Crigler-Najjar, doenças relacionadas ao ciclo da ureia, acidemia orgânica, tirosinemia tipo I, hipercolesterolemia familiar, hemocromatose neonatal, infantil e juvenil, defeito de oxidação de ácidos graxos, doença da urina de xarope de bordo (PELD);
- Doenças metabólicas com indicação de transplante - fibrose cística, glicogenose tipo I e IV, oxalose primária (MELD);
- Hemangioma endotelial primário de fígado irrissecável e sem doença extrahepática (MELD/PELD);
- Hemangioma gigante irrissecável, hemangiomatose ou doença policística com síndrome compartimental (MELD/PELD);
- Hepatoblastoma irrissecável e sem doença extra-hepática ativa (MELD/PELD);
- Hepatocarcinoma – Downstaging (MELD/PELD);
- Hepatocarcinoma maior ou igual a 2 cm. Dentro dos critérios de Milão, com diagnóstico baseado nos critérios de Barcelona e sem indicação de ressecção (MELD/PELD);
- Indicação de transplante pós doação de fígado (MELD);
- Indicação de transplante pós transplante de órgão sólido (MELD/PELD);
- Polineuropatia Amiloidótica Familiar (PAF) - graus I, II e III (MELD);
- Síndrome hepatopulmonar - PaO<sub>2</sub> menor que 60 mmHg em ar ambiente (MELD/PELD);
- Trombose arterial após o 15º dia (MELD/PELD);
- Trombose arterial até o 15º dia (MELD/PELD) - neste caso, em face da urgência clínica, o Coordenador do SET autoriza e inclui o caso no CTU. O diagnóstico da perda do enxerto deve ser “trombose arterial até o 15º. dia”, o mesmo acontecendo com o diagnóstico na reinscrição para novo transplante em situação especial;
- Tumor neuroendócrino metastático (MELD/PELD).
- Condição não prevista pelo SNT
- Multivisceral

## 6. Da Pontuação em Situação Especial

### 6.1. PELD Corrigido

A pontuação inicial nesse grupo será 30 pontos. Caso o receptor potencial não seja transplantado após 30 dias em lista de espera, sua pontuação será automaticamente ajustada para 35 pontos.

Excepcionalmente, os casos de situação especial receberão a seguinte pontuação:

- Indicação de transplante de fígado pós transplante de órgão sólido, 45 pontos;
- Trombose arterial após o 15º dia, 40 pontos;
- Trombose arterial até o 15º dia, 45 pontos.

### 6.2. MELD Corrigido

A pontuação inicial nesse grupo será 20 pontos. Caso o receptor potencial não seja transplantado após 90 dias em lista de espera, sua pontuação será automaticamente ajustada para 24 pontos e após mais 90 dias, sua pontuação será automaticamente ajustada para 29 pontos.

Excepcionalmente, os casos de situação especial receberão a seguinte pontuação:

- Indicação de transplante pós-doação de fígado, 40 pontos;
- Indicação de transplante de fígado pós transplante de outro órgão sólido, 40 pontos;
- Polineuropatia Amiloidótica Familiar (PAF), 29 pontos;
- Trombose arterial após o 15º dia, 29 pontos;
- Trombose arterial até o 15º dia, 40 pontos.

## 7. Da Documentação e da Inclusão em Situação Especial

Para inclusão, compete às equipes encaminhar relatório médico e laudo dos exames laboratoriais que caracterizam a situação especial, nos termos estabelecidos nesta Resolução: a data inicial a ser considerada para o CTU será a data de recebimento dos documentos.

Nos casos em que houver a solicitação de novos exames para a caracterização da situação especial, será considerada a data de recebimento dos exames.

Em situações excepcionais a Câmara Técnica Estadual indicará esta data.

A seguir, as informações que devem ser fornecidas prestadas pelas equipes para o diagnóstico, estadiamento, acompanhamento e demais condições associadas:

#### **7.1. Adenomatose múltipla bilobar extensa e irressecável (MELD/PELD)**

a. Diagnóstico/estadiamento:

- Relatório médico e cópia de laudos de exames complementares que caracterizem o diagnóstico e a irressecabilidade.

b. Receptor transplantado:

- Laudo do exame anatomopatológico do fígado explantado.

#### **7.2. Carcinoma fibrolamelar irressecável e sem doença extra-hepática (MELD/PELD)**

a. Diagnóstico/estadiamento:

- Relatório médico e cópia de laudos de exames laboratoriais que caracterizem o diagnóstico, a irressecabilidade e comprovando a ausência de metástases por tomografia computadorizada de tórax e abdome e mapeamento ósseo realizados até 12 meses antes da solicitação.

b. Acompanhamento:

- Laudos de tomografia computadorizada de tórax e abdome e de mapeamento ósseo realizados a cada 12 meses.

c. Receptor transplantado:

- Laudos de todos os exames de imagem solicitados acima para acompanhamento;

- Laudo do exame anatomopatológico do fígado explantado.

#### **7.3. Doenças metabólicas com indicação de transplante - fibrose cística, glicogenose tipo I e IV, doença policística, oxalose primária, doença de Crigler-Najjar, doenças relacionadas ao ciclo da ureia, acidemia orgânica, tirosinemia tipo 1, hipercolesterolemia familiar, hemocromatose neonatal, infantil e juvenil, defeito de oxidação de ácidos graxos, doença da urina de xarope de bordo (PELD)**

a. Diagnóstico:

- Relatório médico e cópia de laudos de exames que caracterizem o diagnóstico.

b. Receptor transplantado:

- Laudo do exame anatomopatológico do fígado explantado.

#### **7.4. Doenças metabólicas com indicação de transplante - fibrose cística, glicogenose tipos I e IV, oxalose primária (MELD)**

a. Diagnóstico/estadiamento

- Relatório médico e cópia de laudos de exames laboratoriais que caracterizem o diagnóstico. b. Receptor transplantado:

- Laudo do exame anatomopatológico do fígado explantado.

#### **7.5. Hemangioendotelioma epitelióide primário de fígado irressecável e sem doença extrahepática (MELD/PELD)**

a. Diagnóstico/estadiamento:

- Relatório médico e cópia de laudos de exames laboratoriais que caracterizem o diagnóstico, a irressecabilidade e comprovando a ausência de metástases por tomografia computadorizada de tórax e abdome e mapeamento ósseo realizado até 12 meses antes da solicitação.

b. Acompanhamento:

- Laudo de tomografia computadorizada de tórax e abdome e mapeamento ósseo realizado a cada 12 meses.

c. Receptor transplantado:

- Laudos de todos os exames de imagem solicitados acima para acompanhamento;

- Laudo do exame anatomopatológico do fígado explantado.

#### **7.6. Hemangioma gigante irressecável, hemangiomatose ou doença policística com síndrome compartimental. (MELD/PELD)**

a. Diagnóstico/estadiamento:

- Relatório médico e cópia de laudos de exames laboratoriais que caracterizem o diagnóstico e a irressecabilidade e a síndrome compartimental.

b. Receptor transplantado:

- Laudo do exame anatomopatológico do fígado explantado.

#### **7.7. Hepatoblastoma irressecável e sem doença extrahepática ativa (MELD/PELD)**

a. Diagnóstico/estadiamento:

- Relatório médico e cópia de laudos de exames laboratoriais que caracterizem o diagnóstico e a irressecabilidade.

- Ausência de metástases comprovada por tomografia computadorizada de tórax e abdome e mapeamento ósseo realizados até 12 meses antes da solicitação.

b. Acompanhamento:

- Tomografia computadorizada de tórax e abdome e mapeamento ósseo realizados a cada 12 meses.

c. Receptor transplantado:

- Laudos de todos os exames de imagem solicitados acima para acompanhamento;

- Laudo do exame anatomopatológico do fígado explantado.

#### **7.8. Hepatocarcinoma – Downstaging (MELD/PELD)**

a. Diagnóstico:

- Diagnóstico baseado no critério de Barcelona (item 7.9).

b. Estadiamento:

- Relatório médico que relacione todos os tratamentos para o carcinoma hepatocelular realizados previamente à solicitação de inclusão como situação especial, justificativa da irressecabilidade do tumor e cópia de laudos de exames laboratoriais que caracterizem o estadiamento baseado no critério de Milão.

- Incluir pelo menos um exame de imagem trifásico de abdome (tomografia computadorizada / ressonância magnética) realizado até 4 meses antes da solicitação de situação especial;



- Ausência de metástases comprovada por tomografia computadorizada de tórax e mapeamento ósseo realizados até 6 meses antes.
- Encaminhar resultado de exame de alfa-fetoproteína que deverá ser inferior a 1.000 ng/ml; casos com valores acima deste limite poderão ser incluídos posteriormente se, após tratamento do tumor, apresentem queda deste exame com resultado < 1.000 ng/ml.

c. Irressecabilidade:

Serão considerados os seguintes critérios de irressecabilidade:

MELD>10, Child B ou C, Na+ < 135 mEq/L, ressecções de mais de dois segmentos ou tumores múltiplos (mais de 1 nódulo em segmentos distintos). Encaminhar relatório médico justificando a irressecabilidade e apontar pelo menos um dos critérios acima.

- A equipe deverá encaminhar o Formulário 21 – Situação especial - Carcinoma Hepatocelular (Anexo IV).

d. Acompanhamento:

- Durante o acompanhamento em lista de espera, após a inclusão como situação especial, deverá ser realizado pelo menos um método de imagem trifásico (tomografia computadorizada ou ressonância magnética) demonstrando obediência ao critério de Milão, realizado a cada 4 meses.

- Tomografia computadorizada de tórax realizada a cada 6 meses.

- Resultado de exame de alfa-fetoproteína que deverá ser inferior a 1.000 ng/ml, realizado com intervalo máximo de 4 meses.

- Nos pacientes previamente aprovados para situação especial por hepatocarcinoma, o caso deve ser inativado e submetido a avaliação adicional da Câmara Técnica Estadual na eventualidade de aparecimento de qualquer trombose vascular no território portal, das veias hepáticas ou da veia cava inferior.

e. Receptor transplantado:

- Laudos de todos os exames de imagem acima mencionados, para acompanhamento;

- Laudo do exame anatomopatológico do fígado explantado.

- Relação de todos os tratamentos para hepatocarcinoma realizados durante a espera em lista.

Observação: Para fins de estadiamento, nódulos com diâmetro inferior a 02 cm são considerados lesões de natureza indeterminada.

### **7.9. Hepatocarcinoma (MELD/PELD)**

a. Diagnóstico

- Diagnóstico baseado, no critério de Barcelona:

I - Critério anatomopatológico: biópsia;

II - Critério radiológico:

Duas imagens coincidentes entre quatro técnicas (ultrassonografia com Doppler ou com contraste por microbolhas, tomografia computadorizada, ressonância magnética e arteriografia) que demonstrem lesão focal igual ou maior que 2 cm com hipervascularização arterial;

Um único método de imagem trifásico (tomografia computadorizada helicoidal multicanais, ressonância magnética, ultrassonografia com contraste por microbolhas) que demonstre lesão focal igual ou maior que 2 cm com padrão hemodinâmico de hipervascularização arterial e depuração rápida do contraste na fase portal ou de equilíbrio (washout).

III - Critério combinado

Uma imagem técnica associada com alfa-fetoproteína (AFP) que demonstre lesão focal igual ou maior que 02 cm com hipervascularização arterial e níveis de AFP > 200 ng/ml.

b. Estadiamento:

- Relatório médico que relacione todos os tratamentos para o carcinoma hepatocelular realizados previamente à solicitação de inclusão como situação especial, justificativa da irressecabilidade do tumor e cópia de laudos de exames laboratoriais que caracterizem o estadiamento baseado no critério de Milão.

- Incluir pelo menos um exame de imagem trifásico de abdome (tomografia computadorizada / ressonância magnética) realizado até 6 meses antes da solicitação de situação especial;

- Ausência de metástases comprovada por tomografia computadorizada de tórax e mapeamento ósseo realizados até 12 meses antes.

- Encaminhar resultado de exame de alfa-fetoproteína que deverá ser inferior a 1.000 ng/ml; casos com valores acima deste limite poderão ser incluídos posteriormente se, após tratamento do tumor, apresentem queda deste exame com resultado < 1.000 ng/ml.

c.- Irressecabilidade:

Serão considerados os seguintes critérios de irressecabilidade:

MELD>10, Child B ou C, Na+ < 135 mEq/L, ressecções de mais de dois segmentos ou tumores múltiplos (mais de 1 nódulo em segmentos distintos). Encaminhar relatório médico justificando a irressecabilidade e apontar pelo menos um dos critérios acima.

- A equipe deverá encaminhar o Formulário 21 – Situação especial - Carcinoma Hepatocelular (Anexo IV).

d. Acompanhamento:

- Laudo de pelo menos um método de imagem trifásico (tomografia computadorizada ou ressonância magnética) que demonstre obediência ao critério de Milão, realizado com intervalo máximo de 6 meses.

- Resultado de exame de alfa-fetoproteína que deverá ser inferior a 1.000 ng/ml, realizado com intervalo máximo de 6 meses.

- Nos pacientes previamente aprovados para situação especial por hepatocarcinoma, o caso deve ser inativado e submetido a avaliação adicional da Câmara Técnica Estadual na eventualidade de aparecimento de qualquer trombose vascular no território portal, das veias hepáticas ou da veia cava inferior.

- Tomografia computadorizada de tórax realizada a cada 12 meses.

e. Receptor transplantado:

- Laudos de todos os exames solicitados acima para acompanhamento;

- Laudo do exame anatomopatológico do fígado explantado.

- Relação de todos os tratamentos para hepatocarcinoma realizados durante a espera em lista.

- Observação: Para fins de estadiamento, nódulos com diâmetro inferior a 02 cm são considerados lesões de natureza indeterminada.

#### **7.10. Indicação de transplante pós doação de fígado (MELD)**

Diagnóstico: relatório médico com informações referentes à doação anterior e evolução clínica.

#### **7.11. Indicação de transplante pós transplante de órgão sólido (MELD/PELD)**

Diagnóstico: relatório médico com informações referentes ao transplante do outro órgão e evolução clínica, que demonstre que o enxerto do órgão transplantado está funcionando.

#### **7.12. Polineuropatia Amiloidótica Familiar (PAF) - graus I, II e III (MELD)**

a. Diagnóstico (apresentação de pelo menos 2 dos 3 itens abaixo):

- Biópsia de nervo compatível com o diagnóstico de Polineuropatia Amiloidótica Familiar;
- Eletroneuromiografia compatível com o diagnóstico de Polineuropatia Amiloidótica Familiar;
- História familiar compatível com de Polineuropatia Amiloidótica Familiar.

b. Receptor transplantado:

- Exame anatomopatológico do explante quando não utilizado para transplante.
- Quando possível: Pesquisa de mutações compatíveis com Polineuropatia Amiloidótica Familiar.

#### **7.13. Síndrome hepatopulmonar - PaO<sub>2</sub> menor que 60mmHg em ar ambiente (MELD/PELD)**

a. Diagnóstico:

- Resultado da gasometria arterial em ar ambiente com PaO<sub>2</sub> < 60mmHg, em dois exames realizados em datas diferentes nos últimos 6 meses, com intervalo mínimo de 30 dias e na ausência de descompensação grave da cirrose, hemorragia digestiva alta, síndrome hepatorenal, infecções sistêmicas ou pulmonares;
- Laudo de exame de imagem que demonstre dilatação vascular intrapulmonar (ecocardiograma com microbolhas ou cintilografia com albumina marcada ou Arteriografia);
- Relatório médico e cópia de laudos de exames complementares que demonstrem ausência de alterações pulmonares que tenham o potencial de reduzir a PaO<sub>2</sub>.

#### **7.14. Trombose arterial após o 15º dia MELD/PELD)**

a. Diagnóstico:

- Relatório médico e cópia de laudos de exames que caracterizem o diagnóstico (arteriografia, CT ou RNM).

b. Receptor transplantado:

- Laudo do exame anatomopatológico do fígado explantado.

#### **7.15. Trombose arterial até o 15º dia (MELD/PELD):** A inclusão será feita pela equipe no SET.

Receptor transplantado: apresentar relatório médico, cópia de laudos que caracterizem o diagnóstico (descrição cirúrgica, US Doppler, arteriografia, CT ou RNM) e laudo do exame anatomopatológico do fígado explantado.

#### **7.16. Tumor neuroendócrino metastático (MELD/PELD)**

a. Diagnóstico/estadiamento:

- Relatório médico e cópia de laudos de exames laboratoriais que caracterizem o diagnóstico, a irresssecabilidade e o tratamento do tumor primário (incluindo anatomopatológico).
- Ausência de metástases comprovada por tomografia computadorizada de tórax e abdome e mapeamento ósseo realizados até 12 meses antes da solicitação.

b. Acompanhamento:

- Tomografia computadorizada de tórax e abdome e mapeamento ósseo realizados a cada 12 meses.

c. Receptor transplantado:

- Laudos de todos os exames de imagem solicitados acima para acompanhamento.
- Laudo do exame anatomopatológico do fígado explantado.

#### **7.17. Condição não prevista pelo SNT**

- Ascite refratária (definida pelos critérios do Clube Internacional de Ascite).

Por orientação do SNT esta condição poderá ser apreciada pela CETFi.

- Relatório médico detalhado;
- Valor do sódio urinário em urina de 24 horas colhida até 30 dias antes da solicitação;
- Comprovação do número de paracenteses e do volume drenado;
- Resultados de exames e laudos com data o mais recente possível
- Preencher o Formulário 22 – Formulário SNT Ascite Refratária (ANEXO IV)
- Prurido intratável
- Relatório médico detalhado;
- Formulário de avaliação de score de qualidade de vida (anexo);
- Parecer de um psicólogo ou psiquiatra;
- Foto (identificada) em JPG, de frente e de costas, mostrando a área afetada, tendo cuidado para não mostrar o rosto e nem as partes íntimas do paciente.
- Resultados de exames e laudos com data o mais recente possível.
- Preencher o Formulário 23 - Formulário SNT Prurido Intratável (ANEXO IV) e o Formulário 24 - Formulário SNT Prurido Intratável – Escore Qualidade de Vida na Dermatologia (ANEXO IV)
- Encefalopatia hepática – EH (EH graus III e IV espontânea, sem fator precipitante associado, recorrente, necessitando de hospitalização nos últimos 6 meses).
- Relatório médico detalhado;
- Enviar comprovação de cada hospitalização (não pode ser declaração, tem que ser espelho de prontuário ou similar);
- Comprovar achado de shunt portossistêmico (exceto varizes gastroesofágicas) por Ultrassonografia, Doppler, Angio-RM ou Angio-CT;
- Enviar avaliação neurológica;

- Resultados de exames e laudos com data o mais recente possível
- Preencher o Formulário 25 – Formulário SNT – Encefalopatia Hepática (ANEXO IV)
- Colangites de repetição (na presença, nos últimos 6 meses.), de:
- Complicação biliar pós-transplante de fígado refratária a tratamento clínico, endoscópico, percutâneo e ou cirúrgico;
- Doença biliar refratária a tratamento clínico; endoscópico, percutâneo e ou cirúrgico associada a dois ou mais episódios de colangite aguda com hospitalização em 6 meses ou ao menos 1 episódio de complicação grave associada a sepse (abscesso hepático ou abscesso a distância);
- Doença biliar refratária a tratamento clínico e/ou endoscópico associada a colangite aguda com sepse grave ou choque séptico com admissão em UTI;
- Doença biliar refratária a tratamento clínico e/ou endoscópico associada a colangite por flora multirresistente;

**Enviar:**

- Comprovação de qualquer uma das situações acima descritas.
- Relatório médico detalhado;
- Resultados de exames e laudos com data o mais recente possível;
- Comprovar necessariamente a internação por infecção sistêmica grave (sepse)
- Preencher o Formulário 26 - Formulário SNT Colangite de Repetição (ANEXO IV)

**7.18 Multivisceral**

a. Diagnóstico/estadiamento:

- Relatório médico e cópia de laudos de exames complementares que caracterizem o diagnóstico e a indicação.

b. Receptor transplantado:

- Relatório médico e Anatomopatológico.

**8. Da Priorização**

**8.1. Insuficiência hepática aguda grave**

Definida como desenvolvimento de encefalopatia até 08 semanas após o início de icterícia em receptor potencial sem doença hepática preexistente, que preencham critérios de indicação de transplante de fígado do O'Grady/King's College Hospital ou Clichy/ Hospital Beaujon, internados sob cuidados intensivos. O diagnóstico prévio de doença de Wilson não impede a priorização por insuficiência hepática aguda grave. Critérios do O'Grady/King's College Hospital:

a. Receptores potenciais que ingeriram acetaminofen:

- pH do sangue arterial < 7,3 (independentemente do grau de encefalopatia);
- TPT maior que 100 segundos ou INR > 6,5 e concentração de receptor potencial com encefalopatia III ou IV;

b. Sem ingestão de acetaminofen:

- TPT maior que 100 segundos ou INR > 6,5 (independentemente do grau de encefalopatia);

Três das seguintes variáveis:

- Idade inferior a 10 ou superior a 40 anos;
- Causas: halotano, hepatite de outra etiologia que os vírus a ou B, reações farmacológicas idiossincrásicas;
- Duração da icterícia maior que sete dias antes do início da encefalopatia. o TPT maior que 50 segundos, INR > 3,5;
- Concentração sérica de bilirrubina > 17,5 mg/dL.

c. Critérios do Clichy/Hospital Beaujon:

Receptor potencial com encefalopatia grau III ou IV e uma das condições abaixo:

- Fator V inferior a 30% em maiores de 30 anos;
- Fator V inferior a 20% em menores de 30 anos.

**8.2. Não funcionamento primário do enxerto**

Aceito até o 7º dia após o transplante.

**8.3. Anepático por trauma**

**8.4 Autorizado pela comissão técnica**

**Parágrafo 1º** - Para priorização para retransplante (não funcionamento primário do enxerto), inclusive após transplante com doador vivo, os receptores potenciais devem estar obrigatoriamente inscritos na CT, previamente ao primeiro transplante, e atender aos critérios mínimos de inclusão em lista de espera na data do primeiro transplante.

**Parágrafo 2º** - A priorização terá validade de 14 dias.

**9. Da Classificação dos Receptores Potenciais**

A classificação dos receptores potenciais para fins de transplante será processada considerando a compatibilidade ABO, priorização, situação especial, características do doador (ficha complementar), idade e peso do doador, regionalização, pontuação MELD/PELD e tempo de espera calculado a partir da data de inscrição no CTU.

Não será considerada a regionalização, para as seguintes situações:

- Priorização;
- MELD/PELD com a situação especial "Trombose arterial até o 15º dia";
- Doadores do tipo sanguíneo B ou AB;
- Doadores de outros Estados.

Caso o órgão seja recusado em uma das regionais, por qualquer motivo, será realizada nova classificação, seguindo os mesmos critérios, na outra Regional.

Serão exceções à observância da igualdade ABO entre doador e receptor, os seguintes casos:

- a. Receptores potenciais do grupo B concorrerão também aos órgãos de doadores do grupo sanguíneo O, se apresentarem

MELD/PELD CORRIGIDO igual ou superior ao valor mediano de MELD CORRIGIDO dos receptor potenciais do grupo O, transplantados no Estado, no ano anterior;

b. Receptores potenciais do grupo AB concorrerão também aos órgãos de doadores do grupo sanguíneo A, se apresentarem MELD/PELD CORRIGIDO igual ou superior ao valor mediano de MELD CORRIGIDO dos receptor potenciais do grupo A, transplantados no Estado, no ano anterior.

Esta exceção não se aplica aos receptores potenciais priorizados.

Os receptores potenciais serão classificados conforme a sequência abaixo:

#### **9.1. Receptores potenciais priorizados ou com “Trombose arterial até o 15º dia”:**

a. Receptores potenciais priorizados com igualdade ABO, seguido dos casos com compatibilidade ABO, ocorrendo o desempate pelo tempo de espera.

b. Receptores potenciais com “Trombose arterial até o 15º dia” com igualdade ABO, seguido dos casos com compatibilidade ABO e classificados por pontuação decrescente de MELD/PELD CORRIGIDO, ocorrendo o desempate pelo tempo de espera.

#### **9.2. Receptores potenciais não priorizados e sem “Trombose arterial até o 15º dia”:**

##### **9.2.1 Para doadores menores de 18 anos ou peso inferior a 40 kg:**

a. Receptores potenciais menores de 18 anos, observada a regionalização, igualdade ABO, seguido dos casos com compatibilidade ABO, classificados por pontuação decrescente de MELD/PELD CORRIGIDO, ocorrendo o desempate pelo tempo de espera;

b. Receptores potenciais maiores de 18 anos, observada a regionalização, igualdade ABO, seguido dos casos com compatibilidade ABO, classificados por pontuação decrescente de MELD CORRIGIDO, ocorrendo o desempate pelo tempo de espera;

##### **9.2.2 Para doadores maiores de 18 anos:**

a. Receptores potenciais, observada a regionalização, igualdade ABO, , seguido dos casos com compatibilidade ABO, classificados por pontuação decrescente de MELD/PELD CORRIGIDO, ocorrendo o desempate pelo tempo de espera;

### **10. Do Receptor Transplantado**

Após a realização do transplante, a equipe deverá encaminhar para a CET:

- cópia do exame laboratorial do MELD/PELD, inclusive sódio sérico e do laudo do exame anatomopatológico do fígado explantado, no prazo de 45 dias;

- relatório do nefrologista, que justifique a indicação de diálise, quando estiver informado na atualização do MELD/PELD que realizou diálise 2 ou mais vezes na última semana.

#### **10.1. Em receptores priorizados**

Após a realização do transplante, a equipe deverá encaminhar para a CET, a documentação detalhada abaixo e cópia do último exame laboratorial do MELD/PELD, inclusive sódio sérico, no prazo de 45 dias:

a. Insuficiência hepática aguda grave:

- Relatório médico e cópia de laudos de exames laboratoriais que caracterizem o diagnóstico e o enquadramento nos critérios de O’Grady/King’s College Hospital ou de Clichy/Hospital Beaujon;

- Laudo do exame anatomopatológico do fígado explantado.

b. Não funcionamento primário do enxerto:

- Relatório médico e cópia de laudos de exames laboratoriais que caracterizem o diagnóstico acima;

- Laudo do exame anatomopatológico do fígado explantado.

c. Anepático por trauma:

- Relatório médico e cópia de laudos de exames laboratoriais que caracterizem a condição do receptor potencial;

- Laudo do exame anatomopatológico do fígado explantado.

#### **10.2. Em receptores com situação especial**

Encaminhar, no prazo de 45 dias, as informações requeridas no item “acompanhamento” e “receptor transplantado” conforme especificado em cada situação especial, nos termos estabelecidos desta resolução (“7. Da documentação e da inclusão na situação especial”) e cópia do último exame laboratorial do MELD/PELD, inclusive sódio sérico.

Atender, quando solicitadas, requisições adicionais formuladas pela CTEFi.

### **11. Do Doador PAF**

O doador de fígado portador de PAF (Polineuropatia Amiloidótica Familiar) deverá ser juridicamente capaz e autorizar expressamente a doação na presença de duas testemunhas.

A utilização do fígado, para transplante, dos receptores transplantados com o diagnóstico de PAF obedecerá aos critérios “Da classificação dos receptores potenciais”. Nestes casos, a equipe de transplante deverá encaminhar os seguintes formulários:

- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Doador Fígado PAF (Anexo IV) para a lista de espera dos receptores inscritos para transplante de doadores falecidos, assinado pelo receptor

- Formulário 27 - Informação Doador PAF (Anexo IV).

### **12. Dos enxertos bipartidos (split)**

Em situações em que haja necessidade de redução hepática por desproporção de peso entre o doador e o receptor, deverão ser utilizadas técnicas de bipartição do fígado (split) de forma a preservar os pedículos bílio vasculares da porção que não será utilizada no primeiro receptor potencial, possibilitando transplantar um segundo receptor com esta parte do enxerto.

A retirada do enxerto e a bipartição devem ser realizadas conjuntamente pelas duas equipes especializadas responsáveis pelos receptores, sempre que possível, com precedência técnica da equipe responsável pelo receptor mais bem colocado na lista.



Na ocorrência da bipartição, a segunda porção do enxerto deverá ser alocada ao primeiro receptor inscrito em lista de espera, respeitando os critérios MELD/PELD, desde que haja consentimento expresso do receptor.

Nas situações de redução hepática nas quais não seja possível realizar a bipartição do fígado, por qualquer razão, a justificativa deverá ser encaminhada por escrito, acompanhada do exame anatomopatológico do segmento não utilizado.

### **13. Do transplante com doador vivo**

#### **13.1. Transplante com doador vivo relacionado (até o 4o grau de parentesco ou cônjuge)**

Enviar o Formulário 28 – Termo de Disposição Gratuita de Órgão, Parte ou Tecido de Corpo Vivo para Fins de Transplante (ANEXO IV) e cópia da documentação abaixo para CET:

- Relatório e solicitação da equipe de autorização/parecer da Central: assinado pelo médico responsável técnico da equipe que deve constar os dados do paciente (RGCT, nome, CPF...), dados do doador (Nome, CPF, nome da mãe, data de nascimento...), dados do credenciamento (vigente) da equipe e Hospital (nº SNT, nº portaria do último credenciamento e data de vencimento);
- Comprovantes do parentesco (documentos de pai, mãe, tio, avô..., conforme o parentesco);
- Termos de consentimento/ esclarecimentos - Doador (conforme Dec. nº 9.175, art. 29. § 3º e 4º);
- Termos de consentimento/ esclarecimentos - Receptor (conforme Dec. nº 9.175, art. 32. § 1º e 2º);
- Termo de responsabilidade médica.

#### **13.2. Transplante com doador vivo não relacionado**

Enviar o Formulário 28 – Termo de Disposição Gratuita de Órgão, Parte ou Tecido de Corpo Vivo para Fins de Transplante (ANEXO IV) e cópia da documentação abaixo para CET:

- Relatório e solicitação da equipe de autorização/parecer da Central: assinado pelo médico responsável técnico da equipe que deve constar os dados do paciente (RGCT, nome, CPF...), dados do doador (Nome, CPF, nome da mãe, data de nascimento...), dados do credenciamento (vigente) da equipe e Hospital (nº SNT, nº portaria do último credenciamento e data de vencimento);
- Parecer do Comitê de Bioética ou a Comissão de Ética do hospital (conforme Dec. nº 9.175, art. 29 § 5º);
- Autorização Judicial (conforme Dec. nº 9.175, art. 28);
- Termos de consentimento/esclarecimentos - Doador (conforme Dec. nº 9.175, art. 29. § 3º e 4º);
- Termos de consentimento/ esclarecimentos - Receptor (conforme Dec. nº 9.175, art. 32. § 1º, 2º e 3º);
- Termo de responsabilidade médica.

## **MÓDULO DE TRANSPLANTE DE RIM**

### **1. Da Regionalização**

#### **1.1. Regional I**

#### **1.2. Regional II:**

- Sub-Regional I
- Sub-Regional II

### **2. Da Inscrição**

A inscrição e a manutenção dos dados cadastrais no SIGSET são de responsabilidade da equipe de transplante. Para inscrição em lista de espera para transplante de rim, serão aceitos receptores potenciais com tipificação HLA e diagnóstico de insuficiência renal crônica (IRC), que estejam realizando:

- Terapia renal substitutiva, em qualquer das modalidades;
- Tratamento conservador, que apresentem clearance de creatinina menor que 10 ml/min;
- Tratamento conservador, que tenham idade inferior a 18 anos e apresentem clearance de creatinina menor que 15 ml/min;
- Tratamento conservador, que sejam diabéticos e apresentem clearance de creatinina menor que 15 ml/min.

No caso do receptor potencial estar em tratamento conservador, a equipe deverá informar o valor e data do clearance de creatinina no SIGSET. Neste caso o receptor potencial ficará com o status semiativo “Aguarda clearance”, até que a equipe de transplante envie para a CET a cópia desse exame.

Todos os potenciais receptores com indicação de transplante deverão estar inscritos no CTU, ainda que seu plano de tratamento seja transplante com doador vivo.

No caso de receptor potencial com indicação de transplante intervivos, a inscrição deverá ser feita no sistema com informação de tipo de doador: DVR - doador vivo relacionado ou DVNR – Doador vivo não relacionado.

Esses receptores potenciais, embora inscritos no sistema, não concorrerão para TX com doador falecido.

#### **2.1. Transplante com doador vivo relacionado (até o 4o grau de parentesco ou cônjuge)**

Enviar o Formulário 28 – Termo de Disposição Gratuita de Órgão, Parte ou Tecido de Corpo Vivo para Fins de Transplante (ANEXO IV) e cópia da documentação abaixo para CET:

- Relatório e solicitação da equipe de autorização/parecer da Central: assinado pelo médico responsável técnico da equipe que deve constar os dados do paciente (RGCT, nome, CPF...), dados do doador (Nome, CPF, nome da mãe, data de nascimento...), dados do credenciamento (vigente) da equipe e Hospital (nº SNT, nº portaria do último credenciamento e data de vencimento);
- Comprovantes do parentesco (documentos de pai, mãe, tio, avô..., conforme o parentesco);

- Termos de consentimento/ esclarecimentos - Doador (conforme Dec. nº 9.175, art. 29. § 3º e 4º);
- Termos de consentimento/ esclarecimentos - Receptor (conforme Dec. nº 9.175, art. 32. § 1º e 2º);
- Termo de responsabilidade médica.

## 2.2. Transplante com doador vivo não relacionado

Enviar o Formulário 28 – Termo de Disposição Gratuita de Órgão, Parte ou Tecido de Corpo Vivo para Fins de Transplante (ANEXO IV) e cópia da documentação abaixo para CET:

- Relatório e solicitação da equipe de autorização/parecer da Central: assinado pelo médico responsável técnico da equipe deve constar os dados do paciente (RGCT, nome, CPF...), dados do doador (Nome, CPF, nome da mãe, data de nascimento...), dados do credenciamento (vigente) da equipe e Hospital (nº SNT, nº portaria do último credenciamento e data de vencimento);
- Parecer do Comitê de Bioética ou a Comissão de Ética do hospital (conforme Dec. nº 9.175, art. 29 § 5º);
- Autorização Judicial (conforme Dec. nº 9.175, art. 28);
- Termos de consentimento/esclarecimentos - Doador (conforme Dec. nº 9.175, art. 29. § 3º e 4º);
- Termos de consentimento/ esclarecimentos - Receptor (conforme Dec. nº 9.175, art. 32. § 1º, 2º e 3º);
- Termo de responsabilidade médica.

## 3. Da Manutenção do Cadastro “Status”

### 3.1. Ativo.

**3.2. Semiativo:** aguarda clearance, exames incompletos pré-transplante, recebeu transfusão, sem soro no laboratório, soro vencido, suspenso pela equipe, suspenso sem condições clínicas, transplante sem confirmação.

**3.3. Removido:** abandonou o tratamento, função renal recuperada, não quer ser transplantado, removido administrativo, removido (inscrição duplicada), removido pela equipe, removido sem condições clínicas, removido (suspenso > 365 dias), transferido para outro Estado, transplante - doador falecido, transplante doador vivo e transplante fora do estado. Considerações gerais:

- O status removido (suspenso > 365 dias) será atribuído quando o receptor acumular 365 dias com status semiativo, exceto “aguarda clearance”.

- Os receptores potenciais com o status semiativo “Aguarda clearance”, serão removidos do sistema após 90 dias consecutivos neste status, assumindo o status “Removido administrativo”.

**Parágrafo 1º** - No caso de reinscrição do receptor no CTU, será considerada nova data de inscrição.

## 4. Da Pontuação HLA

Serão atribuídos pontos para um receptor potencial, baseado no número de “mismatches” nos “loci” HLA A, B e DR entre doador e receptor. Doadores ou receptores com apenas um antígeno identificado em um locus (A, B ou DR) serão considerados presumíveis “homozigotos” naquele locus.

Para fins de classificação pelo número de “mismatches”(MM) HLA, será atribuída a seguinte pontuação:

### 4.1 no “locus” DR

0 MM = 10 pontos

1 MM = 5 pontos

2 MM = 0 ponto

### 4.2 no “locus” B

0 MM = 4 pontos

1 MM = 2 pontos

2 MM = 0 ponto

### 4.3 no “locus” A

0 MM = 1 ponto

1 MM = 0,5 ponto

2 MM = 0 ponto

Ocorrendo empate na pontuação HLA entre 2 ou mais receptores potenciais, estes serão reclassificados de acordo com o somatório dos critérios abaixo:

- Tempo de espera:

0 ponto até o primeiro ano de espera;

1 ponto para o primeiro ano completo;

0,5 ponto para cada ano subsequente até o máximo de 5 pontos.

Para a contagem do tempo de espera para o transplante considera-se a data de início da diálise (qualquer modalidade); Para os receptores que não realizam diálise, será considerada a data de inscrição no CTU;

- Receptores potenciais hipersensibilizados:

4 pontos a receptores potenciais com painel-PRA igual ou superior a 80%;

2 pontos a receptores potenciais com PRA entre 50% e 79%;

- Crianças e adolescentes:

4 pontos para receptores com idade inferior a 18 anos;

- Receptores potenciais diabéticos (tipo I ou tipo II):

3 pontos.

Persistindo o empate na pontuação HLA, os receptores potenciais serão reclassificados pelo tempo de espera.

## 5. Da Priorização

### 5.1. Impossibilidade total de acessos para diálise

A equipe de transplante deverá A priorização tem validade de 30 dias, renovável enquanto mantiver a indicação.

São considerados pacientes com indicação de priorização em lista para transplante renal, aqueles com impossibilidade permanente de acesso peritoneal e vascular superior de longa duração.

Encaminhar para a CET:

- Relatório médico detalhado com a história clínica, estudo vascular e de capacidade funcional do peritônio;
- Formulário 29 - Impossibilidade Total de Acesso para Diálise (Anexo IV).

### 5.2. Pós transplante de outro órgão

A equipe de transplante deverá encaminhar, para a CET relatório médico detalhado com a história clínica, incluindo informações relativas ao transplante do outro órgão, que demonstre que o enxerto do órgão transplantado está funcionando, fornecidas pelo hospital/equipe do transplante.

### 5.3. Pós doação renal

A equipe de transplante deverá encaminhar, para a CET relatório médico detalhado com a história clínica, incluindo informações relativas à doação renal, fornecidas pelo hospital/equipe do transplante.

A CET encaminhará a documentação do pedido de priorização para avaliação e parecer conclusivo da CTERi.

## 6. Da Classificação dos Receptores Potenciais

A classificação dos receptores potenciais para fins de transplante será processada considerando: compatibilidade HLA, compatibilidade ABO, priorização, idade do doador, regionalização.

A classificação dos receptores potenciais será processada considerando a Regional I e II (Sub-Regional I e II). Os órgãos obtidos serão disponibilizados para os receptores potenciais inscritos na mesma região do doador.

Caso o órgão seja recusado na Regional I, por qualquer motivo, será feita a classificação, com os mesmos critérios, na Regional II.

Caso o órgão seja recusado numa Sub-Regional da Regional II, por qualquer motivo, será feita a classificação, com os mesmos critérios, na outra Sub-Regional e em seguida para a Regional I.

Não será considerada a regionalização, para as seguintes situações:

- quando houver receptores potenciais com 0 (zero) mismatch;
- doadores de outros Estados.

Nos casos de transplantes conjugados de rim com qualquer outro órgão, a alocação se dá para os receptores potenciais deste outro órgão.

Os receptores potenciais serão classificados conforme a sequência abaixo.

**6.1. Receptores potenciais com 0 (zero) mismatch**, independentemente da regionalização, com igualdade ABO, seguido dos casos com compatibilidade ABO, classificados pela pontuação HLA.

#### 6.2. Para doadores com idade inferior a 18 anos, observada a regionalização:

- Receptores potenciais priorizados, com idade inferior a 18 anos, com igualdade ABO, seguido dos casos com compatibilidade ABO, classificados pela pontuação HLA;
- Receptores potenciais não priorizados, com idade inferior a 18 anos, com igualdade ABO, seguido dos casos com compatibilidade ABO, classificados pela pontuação HLA;
- Receptores potenciais priorizados, com idade acima de 18 anos, com igualdade ABO, seguido dos casos com compatibilidade ABO, classificados pela pontuação HLA;
- Receptores potenciais não priorizados, com idade acima de 18 anos, com igualdade ABO, seguido dos casos com compatibilidade ABO, classificados pela pontuação HLA.

#### 6.3. Para doadores com idade acima de 18 anos, observada a regionalização:

- Receptores potenciais priorizados, com igualdade ABO, seguido dos casos com compatibilidade ABO, classificados pela pontuação HLA;
- Receptores potenciais não priorizados, com igualdade ABO, seguido dos casos com compatibilidade ABO, classificados pela pontuação HLA;

No caso em que as equipes de instituições públicas alegarem motivos de ordem administrativa para a não realização do transplante, a CET deverá indicar outra instituição pública e o transplante poderá ser realizado com anuência do receptor.

## MÓDULO DE TRANSPLANTE DE PULMÃO

### 1. Da Regionalização

Não há regionalização.

### 2. Da Inscrição

A inscrição e a manutenção dos dados cadastrais no SIGSET são de responsabilidade da equipe de transplante.

#### 2.1 Ficha complementar da inscrição:

- Idade máxima e idade mínima aceitável do doador;
- Usuário de droga inalatória (cocaína ou crack): a equipe informará se aceita ou não doador com este antecedente;
- Número de dias de intubação: a equipe deverá informar até quantos dias de intubação aceita o doador.
- Exame sorológico positivo para:

- Hepatite B (anti-Hbc): a equipe informará se aceita ou não.

A aceitação está condicionada aos receptores com sorologia positiva para hepatite B ou imunizados (anti-Hbs);

- Sífilis: a equipe informará se aceita ou não este antecedente;
- Toxoplasmose (IGM): a equipe informará se aceita ou não este antecedente;
- Citomegalovírus (IGM): a equipe informará se aceita ou não este antecedente.

### 3. Da Manutenção do Cadastro “Status”

#### 3.1. Ativo

**3.2. Semiativo:** exames pré-transplante incompletos, suspenso pela equipe, suspenso sem condições clínicas, transplante sem confirmação.

**3.3. Removido:** abandonou o tratamento, não quer ser transplantado, removido administrativo, removido (inscrição duplicada), removido pela equipe, removido sem condições clínicas, removido (suspenso > 365 dias), transferido para outro Estado, transplante-doador falecido e transplante fora do estado.

O status removido (suspenso > 365 dias) será atribuído quando o receptor acumular 365 dias com status semiativo, exceto o status Transplante sem confirmação.

### 4. Da Priorização

A priorização tem validade de 30 dias, renovável quando mantiver a indicação.

Para priorização o potencial receptor deverá estar obrigatoriamente internado, exceções deverão ser submetidas à CT, com documentação que justifique o pleito.

- Retransplante Agudo (indicado até 30 dias após o último transplante).
- Autorizado pela comissão técnica

Neste caso, enviar a documentação abaixo, que será apreciada pela CTEOrgT.

- Relatório clínico detalhado carimbado e assinado pelo médico responsável;
- Evoluções Médicas e Prescrições Médicas dos dois(2) últimos dias (impreterivelmente) previamente à solicitação, observar assinaturas e carimbos dos responsáveis médicos e de enfermagem em todas as folhas das mesmas;
- Serão aceitas somente Evoluções Médicas assinadas eletronicamente, desde que, devidamente identificadas com nome completo do médico e número de CRM;
- Na ausência da identificação por carimbo e assinatura nas checagens e nas administrações das medicações pelo técnico e/ou auxiliar de enfermagem, um enfermeiro deverá carimbar e assinar as mesmas ficando responsável por este serviço;
- Laudos de exames de imagem complementares (caso houver);

### 5. Da Classificação dos Receptores Potenciais

A classificação dos receptores potenciais para fins de transplante será processada considerando compatibilidade ABO, priorização, características do doador (ficha complementar) e tempo de espera.

A classificação considera a seguinte seqüência:

#### 5.1. Priorizados:

- Receptores potenciais com igualdade ABO e tempo de espera,
- Receptores potenciais com compatibilidade ABO e tempo de espera.

#### 5.2. Não priorizados:

- Receptores potenciais com igualdade ABO e tempo de espera,
- Receptores potenciais com compatibilidade ABO e tempo de espera.

### 6. Do Receptor Transplantado

Para os priorizados, em qualquer situação inclusive os autorizados pela CTEPu:

- Relatório de encaminhamento para auditoria, carimbado e assinado pelo médico responsável;
- Evoluções Médicas e Prescrições Médicas do dia antecedente e do dia transplante;
- Observar assinaturas e carimbos dos responsáveis médicos e de enfermagem em todas as folhas das mesmas;
- Serão aceitas somente Evoluções Médicas assinadas eletronicamente, desde que, devidamente identificadas com nome completo do médico e número de CRM;
- Na ausência da identificação por carimbo e assinatura nas checagens e nas administrações das medicações pelo técnico e/ou auxiliar de enfermagem, um enfermeiro deverá carimbar e assinar as mesmas ficando responsável por este serviço;

### 1. Da Regionalização

#### 1.1. Regional I

#### 1.2. Regional II:

- Sub-Regional I
- Sub-Regional II

### 2. Da Inscrição

A inscrição e a manutenção dos dados cadastrais no SIGSET são de responsabilidade da equipe de transplante.

A inscrição poderá ser realizada em receptores com diabetes mellitus tipo I, insulino dependente, com insuficiência renal crônica em diálise ou em tratamento conservador.

Para o transplante de pâncreas/rim, em receptores que estão em tratamento conservador, será aceita a inscrição com o clearance de creatinina menor que 20 ml/min. Estes receptores potenciais ficarão com status “Aguarda clearance” até que a equipe de transplante envie para a CET a cópia do exame. O receptor será removido do cadastro técnico atual caso permaneça 90 dias consecutivos neste status, assumindo o status “Removido administrativo”.

Para as inscrições de receptores potenciais já inscritos para o transplante renal, será considerada a data de inscrição para o transplante renal.

Para as inscrições de receptores potenciais já inscritos para o transplante de pâncreas, será considerada nova data de inscrição.

Para as inscrições de receptores potenciais submetidos a transplante de pâncreas-rim e com perda dos dois órgãos em prazo de até 180 dias, será considerada a data do transplante anterior.

#### 2.1 Ficha complementar da inscrição:

- IMC (índice de massa corpórea) máximo do doador: a equipe informará qual o valor máximo do IMC que aceita; o intervalo aceitável será entre 20 a 30 Kg/m<sup>2</sup>.
- Usuário de droga inalatória (cocaína ou crack): a equipe informará se aceita ou não doador com este antecedente.
- Amilase sérica: a equipe informará que dosagem máxima de amilase sérica, no doador, aceita para o seu receptor; o valor mínimo aceitável, a ser informado, será de 200 U/L.
- Creatinina sérica: a equipe informará que dosagem máxima de creatinina sérica, no doador, aceita para o seu receptor; o valor mínimo aceitável, a ser informado, será de 1,5 mg/dL.
- Glicemia: a equipe informará que dosagem máxima de glicemia, no doador, aceita para o seu receptor; o valor mínimo aceitável, a ser informado, será de 150 g/dL
- Exame sorológico Positivo para:
  - Sífilis: a equipe informará se aceita ou não este antecedente;
  - Toxoplasmose (IGM): a equipe informará se aceita ou não este antecedente;
  - Citomegalovírus (IGM): a equipe informará se aceita ou não este antecedente.

### 3. Da Manutenção do Cadastro “Status”

#### 3.1. Ativo;

**3.2. Semiativo:** aguarda clearance, equipe não credenciada, exames incompletos pré-transplante, recebeu transfusão, sem soro no laboratório, soro vencido, suspenso pela equipe, suspenso sem condições clínicas, transplante sem confirmação;

**3.3. Removido:** abandonou o tratamento, não quer ser transplantado, removido administrativo, removido (inscrição duplicada) removido pela equipe, removido sem condições clínicas, removido (suspenso > 730 dias), transferido para outro Estado, transplante-doador falecido e transplante fora do estado.

Considerações gerais:

- O status removido (suspenso > 730 dias) será atribuído quando o receptor acumular 730 dias com status semiativo, exceto o status aguarda clearance e transplante sem confirmação.
- Os receptores potenciais com o status semiativo “Aguarda clearance”, serão removidos do sistema após 90 dias consecutivos neste status, assumindo o status “Removido administrativo”.

### 4. Da Priorização

O critério adotado para priorização é o mesmo para o transplante renal. A priorização tem validade de 30 dias, renovável quando mantiver a indicação.

### 5. Da Classificação dos Receptores Potenciais

A classificação dos receptores potenciais para fins de transplante será processada considerando: compatibilidade com Sistema ABO, priorização, características do doador (ficha complementar), regionalização e tempo de espera, calculado a partir da data de inscrição no CTU.

Não será considerada a regionalização, para as seguintes situações:

- Doadores de outros Estados, quando a oferta for simultânea dos dois órgãos.

#### 5.1. Priorizados:

- Receptores potenciais com igualdade ABO e tempo de espera,



- Receptores potenciais com compatibilidade ABO e tempo de espera.

## 5.2. Não priorizados:

- Receptores potenciais com igualdade ABO e tempo de espera,
- Receptores potenciais com compatibilidade ABO e tempo de espera.

Caso o pâncreas/rim seja recusado na Regional I ou em uma das duas Sub-Regionais da Regional II, por qualquer motivo, será feita a classificação para pâncreas isolado.

Caso o pâncreas/rim seja de doador de outro Estado, será feita a classificação, unificando o cadastro das duas regionais.

## MÓDULO DE TRANSPLANTE DE PÂNCREAS ISOLADO

### 1. Da Regionalização

Não há regionalização.

### 2. Da inscrição

A inscrição e a manutenção dos dados cadastrais no SET são de responsabilidade da equipe de transplante.

#### 2.1. Pós-transplante renal:

Poderá ser realizado em receptores com diabetes mellitus tipo I, insulino dependente, já submetidos a transplante renal, com função do enxerto renal estável, mas com progressão da doença.

#### 2.2. Pré-transplante renal:

A equipe deverá encaminhar, para a CTEPa, relatório do endocrinologista que acompanha o paciente, atestando episódios de hipoglicemia assintomática e/ou diabetes hiperlábil com descrição detalhada do tratamento do diabetes e enviar exame do clearance de creatinina, que deverá ser > 60 ml/min.

Estes receptores potenciais ficarão com status “Aguarda avaliação da CTE” até que a equipe de transplante envie para a CET a cópia do exame. O receptor será removido do cadastro técnico atual caso permaneça 90 dias consecutivos neste status, assumindo o status “Removido administrativo”.

#### 2.3. Pâncreas conjugado com rim intervivos:

- Estejam realizando alguma das modalidades de terapia renal substitutiva;
- Tratamento conservador que apresentem clearance de creatinina menor que 20 ml/min;

No caso do receptor potencial não estar em programa dialítico a equipe deverá informar o valor e data do clearance de creatinina. Neste caso os receptores potenciais ficarão com o status semiativo “Aguarda clearance”, até que a equipe de transplante envie para a CET a cópia do clearance de creatinina.

O receptor será removido do cadastro técnico atual caso permaneça 90 (noventa) dias consecutivos neste status, assumindo o status “Removido administrativo”.

A reinscrição, após um transplante de pâncreas/rim ou de pâncreas, não utilizará a data de inscrição do último transplante e sim uma nova data.

Para as inscrições de receptores potenciais, já inscritos para o transplante de pâncreas/rim, será considerada a nova data de inscrição.

Para as inscrições de receptores potenciais inscritos na fila de pâncreas-rim e que forem submetidos a transplante renal de doador vivo, será considerada a data de inscrição que tinham para o pâncreas/rim.

#### 2.4 Ficha complementar da inscrição:

- IMC (índice de massa corpórea) máximo do doador: a equipe informará qual o valor máximo do IMC que aceita; o intervalo aceitável será entre 20 a 30 Kg/m<sup>2</sup>.

- Usuário de droga inalatória (cocaína ou crack): a equipe informará se aceita ou não doador com este antecedente.

- Amilase sérica: a equipe informará que dosagem máxima de amilase sérica, no doador, aceita para o seu receptor; o valor mínimo aceitável, a ser informado, será de 200 U/L.

- Creatinina sérica: a equipe informará que dosagem máxima de creatinina sérica, no doador, aceita para o seu receptor; o valor mínimo aceitável, a ser informado, será de 1,5 mg/dL.

- Glicemia: a equipe informará que dosagem máxima de glicemia, no doador, aceita para o seu receptor; o valor mínimo aceitável, a ser informado, será de 150 g/dL

-Exame sorológico Positivo para:

- Sífilis: a equipe informará se aceita ou não este antecedente;

- Toxoplasmose (IGM): a equipe informará se aceita ou não este antecedente;

- Citomegalovírus (IGM): a equipe informará se aceita ou não este antecedente.

### 3. Da Manutenção do Cadastro “Status”

#### 3.1 Ativo.

**3.2 Semiativo:** aguarda avaliação da CTE, aguarda clearance, equipe não credenciada, exames pré-transplante incompletos, recebeu transfusão, sem soro no laboratório, soro vencido, suspenso pela equipe, suspenso sem condições clínicas e transplante sem confirmação.

**3.3 Removido:** abandonou o tratamento, não quer ser transplantado, removido administrativo, removido (inscrição duplicada), removido pela equipe, removido sem condições clínicas, removido (suspensão > 730 dias), transferido para outro Estado, transplante-doador falecido e transplante fora do estado.

**Considerações gerais:**

- O status removido (suspensão > 730 dias) será atribuído quando o receptor acumular 730 dias com status semiativo. Não se consideram nesta contagem os status aguarda clearance, aguarda avaliação da CTE” e transplante sem confirmação.  
- Os receptores potenciais com status semiativo “Aguarda clearance” ou “Aguarda avaliação da CTE” serão removidos do sistema após 90 dias consecutivos neste status, assumindo o status “Removido administrativo”.

**4. Da Priorização**

Não existe critério de priorização.

**5. Da Classificação dos Receptores Potenciais**

A classificação dos receptores potenciais para fins de transplante será processada considerando: compatibilidade com Sistema ABO, características do doador (ficha complementar) e tempo de espera, calculado a partir da data de inscrição no CTU.

**5.1. Receptores potenciais,** com igualdade ABO, seguido dos casos com compatibilidade ABO, classificados pelo tempo de espera calculado a partir da data de inscrição no CTU.

## MÓDULO DE TRANSPLANTE DE INTESTINO

**1. Da Regionalização**

Não há regionalização.

**2. Da inscrição**

A inscrição e a manutenção dos dados cadastrais no SET são de responsabilidade da equipe de transplante.

**2.1. Da indicação**

a. pacientes portadores de falência intestinal irreversível, na ausência de doença hepática grave (cirrose ou fibrose avançada), com complicações associadas à nutrição parenteral a saber:

- Perda de dois ou mais acessos venosos centrais dos seis principais (jugulares, subclávias e femorais);
- Episódios de infecção associados ao cateter, dois ou mais por ano, ou fungemia, choque ou SARA;
- Distúrbios hidroeletrólíticos refratários apesar de suporte clínico ideal
- Doença hepática associada à NPT, reversível;
- Déficit de crescimento e desenvolvimento em crianças.

b. falência de múltiplos órgãos abdominais, exceto o fígado, incluem-se aqui doenças motoras do aparelho digestivo (pseudo-obstrução intestinal, aganglionose extensa) e tumores de mesentério.

**3. Da Manutenção do Cadastro “Status”**

**3.1 Ativo.**

**3.2 Semiativo:** exames pré-transplante incompletos, suspensão pela equipe, suspensão sem condições clínicas e transplante sem confirmação.

**3.3 Removido:** abandonou o tratamento, não quer ser transplantado, removido administrativo, removido (inscrição duplicada), removido pela equipe, removido sem condições clínicas, transferido para outro Estado, transplante-doador falecido e transplante fora do estado.

**4. Da Priorização**

São consideradas as seguintes priorizações:

- a. Perda de 4(quatro) acessos vasculares;
- b. Dois ou mais episódios de sepse.

**5. Da Classificação dos Receptores Potenciais**

A classificação dos receptores potenciais para fins de transplante será processada considerando: compatibilidade com Sistema ABO, priorização e tempo de espera, calculado a partir da data de inscrição no CTU.

**5.1. Priorizados**

Receptores potenciais priorizados, com igualdade ABO, seguido dos casos com compatibilidade ABO, classificados pelo tempo de espera calculado a partir da data de inscrição no CTU.

**5.2. Não Priorizados**

Receptores potenciais, com igualdade ABO, seguido dos casos com compatibilidade ABO, classificados pelo tempo de espera calculado a partir da data de inscrição no CTU.

**6. Do Receptor Transplantado**

**6.1 Notificação de transplante realizado**

A notificação de transplante será efetuada pela equipe de transplante em até 15 dias após a aceitação do órgão. Decorrido este prazo a equipe ficará suspensa para realizar novas inscrições.

## **6.2 Manutenção dos relatórios evolutivos pós transplante**

A equipe enviará, periodicamente os dados referentes aos relatórios evolutivos, referentes aos períodos de 3 meses, 6 meses e anualmente.

# **MÓDULO DE TRANSPLANTE DE TECIDOS OCULARES**

## **1. Da Regionalização**

- Regional I: composta pela Sub-Regional I (Grande São Paulo/Litoral), Sub-Regional II (Sorocaba/Campinas).
- Regional II: composta pela Sub-Regional I (São José do Rio Preto/Ribeirão Preto) e Sub-Regional II (Botucatu/Marília).

## **2. Da Inscrição**

A inscrição e a manutenção dos dados cadastrais no SET são de responsabilidade da equipe de transplante.

A idade mínima aceitável do doador deverá ser  $\leq$  a 10 anos e a idade máxima deverá ser  $\geq$  a 70 anos.

A equipe deverá identificar, no momento da inscrição, no campo “Aceita córnea para transplante” o tipo de transplante indicado dentre as alternativas, Óptica, Tectônica, Lamelar anterior ou Lamelar posterior. O BTOH correlacionará, no Formulário de Informações sobre Doador de Córneas, o tipo de córnea para distribuição seguindo as mesmas alternativas acima descritas na inscrição do potencial receptor.

## **3. Da Manutenção do Cadastro “Status”**

### **3.1 Ativo**

**3.2 Semiativo:** equipe/hospital não credenciado, exames pré-transplante incompletos, suspenso pela equipe, suspenso sem condições clínicas, transplante sem confirmação.

**3.3 Removido:** abandonou o tratamento, não quer ser transplantado, removido administrativo, removido (05 recusas), removido (inscrição duplicada), removido pela equipe, removido sem condições clínicas, removido (suspensão > 30 dias), transferido para outro Estado, transplantado com córnea importada, transplante - doador falecido, transplante fora do estado.

Nos casos de reinscrição do receptor no CTU, será considerada nova data de inscrição.

O status “removido (suspensão > 30 dias)” será atribuído quando o receptor acumular 30 dias no status semiativo, exceto os status transplante sem confirmação e equipe/hospital não credenciado.

O status “removido (05 recusas)”, será atribuído caso a equipe responsável recuse 05 córneas de doadores diferentes e em dias diferentes.

## **4. Da Priorização**

A priorização tem validade de 30 dias, renovável quando mantiver a indicação.

### **4.1 Perfuração do globo ocular;**

### **4.2 Retransplante após falência primária do enxerto;**

Será aceita a priorização até o 90º dia após o último transplante.

### **4.3 Úlcera de córnea sem resposta ao tratamento;**

### **4.4 Descemetocel;**

### **4.5 Idade inferior a 7 anos e opacidade corneana/bilateral.**

### **4.6 Autorizado pela Comissão Técnica**

Os casos não previstos neste regulamento deverão ser encaminhados através do Formulário 30 - Priorização de Paciente de Córnea (ANEXO IV) para avaliação e autorização pela CTECa, em sendo aprovados, ficarão com o tipo de priorização “Autorizado pela Comissão Técnica”.

Não há critério de priorização para os receptores potenciais inscritos para Lamelar anterior ou Lamelar posterior.

## **5. Da Classificação dos Receptores Potenciais**

A classificação dos receptores potenciais para fins de transplante será processada considerando: priorização, idade do doador, regionalização, tipo da córnea e tempo de espera, calculado a partir da data de inscrição no CTU.

**5.1 Receptores potenciais priorizados**, observando a regionalização e mesmo tipo de córnea, classificados pelo tempo de espera;

**5.2 Receptores potenciais não priorizados**, observando a regionalização e mesmo tipo de córnea, classificados pelo tempo de espera;

Caso a córnea não seja utilizada na Sub-Regional, por qualquer motivo, a classificação será realizada, com os mesmos critérios, na outra Sub-Regional, na sequência, na outra Regional.

## **6. Do Receptor Transplantado em Priorização**

O botão corneano e o motivo da priorização deverão ser encaminhados em até 07 dias ao banco de olhos que disponibilizou a córnea. Nos casos de priorização autorizados pela câmara técnica a equipe deverá encaminhar um relatório médico com o diagnóstico que motivou a priorização além do botão corneano.

O banco de olhos deverá encaminhar mensalmente à CET a cópia dos anatomopatológicos com parecer conclusivo do responsável técnico do banco, bem como relacionar os casos em que as equipes não encaminharam o botão

corneano.

Cabe à equipe de transplante, após a aceitação, do tecido, confirmar a realização do transplante em até 15 (quinze) dias.

O não cumprimento dos prazos estabelecidos acarretará suspensão da atividade de inscrição de novos receptores, até a atualização das informações pendentes no sistema.

## 7. Da Captação de Olhos

Poderão ser captados tecidos de doadores com idade superior ou igual a 02 anos e inferior ou igual a 80 anos, que não apresentem as contra-indicações abaixo:

- causa da morte indeterminada;
  - doença ou história de doença de etiologia indeterminada;
  - infecção sistêmica não controlada no momento da doação, incluindo infecções bacterianas, virais, fúngicas, parasitárias ou arboviroses, ou infecção local significativa nos tecidos a doar;
  - linfomas ativos disseminados;
  - leucemias;
  - risco de transmissão de doenças causadas por príons; este risco aplica-se, por exemplo, a:
    - a) pessoas diagnosticadas com a doença de Creutzfeldt-Jakob, ou com a variante desta doença ou com história familiar de doença de Creutzfeldt-Jakob não iatrogênica;
    - b) pessoas com história de demência progressiva rápida ou doenças neurodegenerativas, incluindo as de origem desconhecida; e
    - c) pessoas tratadas com hormônio de crescimento de origem humana ou outro hormônio de origem hipofisária não recombinante e receptores de transplante de córnea, esclera e dura-máter, bem como pessoas que tenham sido submetidas a intervenção neurocirúrgica não documentada (na qual possa ter sido usada dura-máter);
  - raiva, rubéola congênita, Síndrome de Reye;
  - irradiação da zona do tecido ocular;
  - resultados laboratoriais reagentes ou inconclusivos (HIV, HBV, HCV e HTLV I e II);
  - irradiação da zona do tecido ocular;
  - indicações de que os resultados das análises das amostras de sangue do doador não serão válidos, devido:
    - a) à ocorrência de hemodiluição superior a 50%, quando não estiver disponível uma amostra pré-transfusão e/ou infusão ou quando não haja testes laboratoriais validados para serem usados nesse tipo de amostra; ou
    - b) ao tratamento com agentes imunossupressores; pessoas que foram submetidas a xenotransplante;
  - história, dados clínicos ou presença de fatores de risco de transmissão do vírus da imunodeficiência humana (HIV-1 e -2), vírus da hepatite B (HBV), vírus da hepatite C (HCV) e vírus Tlinfotrópico humano (HTLV I e II);
  - presença de piercing, tatuagem ou maquiagem definitiva sem condições de avaliação quanto à segurança do procedimento realizado, feitos nos últimos 12 (doze) meses; caso os procedimentos tenham sido realizados em estabelecimentos regularizados pela vigilância sanitária, o período a ser considerado é de 6 (seis) meses, excetuando-se o caso de piercing na região oral e genital, no qual o período a ser considerado é de 12 (doze) meses;
  - uso de drogas injetáveis ilícitas ou presença, no corpo do doador, de lesões puntiformes sugestivas de uso dessas drogas;
  - prática sexual de risco, nos últimos 12 (doze) meses, incluindo:
    - a) indivíduos que tenham feito sexo em troca de dinheiro ou de drogas ou seus respectivos parceiros sexuais;
    - b) indivíduos que tenham sido vítimas de violência sexual ou seus respectivos parceiros sexuais;
    - c) indivíduos do sexo masculino que tiveram relações sexuais com outros indivíduos do mesmo sexo ou as parceiras sexuais destes;
    - d) indivíduos que tenham tido relação sexual com pessoa portadora de infecção pelo HIV, HBV, HCV ou outra infecção de transmissão sexual e sanguínea ou os parceiros sexuais destes;
    - e) indivíduos que sejam parceiros sexuais de pacientes em programa de terapia renal substitutiva e de pacientes com história de transfusão de hemocomponentes ou hemoderivados;
    - f) indivíduos que possuam histórico de encarceramento ou de confinamento obrigatório não domiciliar superior a 72 (setenta e duas) horas, ou seus parceiros sexuais.
- Não podem ser disponibilizados, para utilização terapêutica, tecidos oculares de doadores que, após retirada e avaliação pelo BTOC, apresentarem evidências clínicas de:
- a) retinoblastoma;
  - b) tumores malignos do segmento anterior ocular.
- ### 5.1.3. Contraindicações relativas:
- a) doadores submetidos à cirurgia ocular;
  - b) desordens congênitas ou adquiridas (cicatriz central na córnea, ceratocone, ceratoglobo);
  - c) inflamação ativa ocular.

## 8. Do Procedimento de Obtenção de Tecido Ocular

Deverá constar no Formulário 31 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Doação de Tecido Ocular (ANEXO IV) 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 profissional da área da saúde, sendo admitido o nível técnico, devidamente capacitado pelo BTOH. No caso de profissional de nível médio da área da

enfermagem, este deverá ser técnico de enfermagem.

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

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

O profissional de nível superior poderá assumir a responsabilidade por até 2 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 a responsabilidade de enfermeiro, respeitado o limite de 02 equipes.

## **9. Da Informação de Córneas Captadas**

Os bancos de tecido ocular humano deverão informar as córneas viáveis e não viáveis para transplante através do Formulário 32 - Informação sobre Doador – Córnea Viável (ANEXO IV) e Formulário 33 - Informação sobre Doador – Córnea não Viável (ANEXO IV)

## **10. Dos Olhos Captados para Finalidades Científicas (Pesquisa/Ensino e/ou Treinamento)**

A CTx deverá autorizar, previamente, todas as solicitações de tecidos oculares para finalidade de pesquisa e/ou ensino, mediante a apresentação dos projetos respectivos e detalhados à CTx, devidamente aprovados pela Comissão de Ética de cada Instituição.

Todas as solicitações encaminhadas à CTx 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 ser captados olhos sem as restrições de qualidade explicitadas nesta Resolução.

Não será permitida a captação de olhos de que trata esta Resolução fora das normas estabelecidas.

### **Anexo III (à Resolução SS nº , de de de 2019)**

#### **Regionalização**

As áreas de abrangência ficam assim definidas:

- Módulo Coração, Pulmão e Pâncreas isolado;

#### **Não há regionalização**

##### **- Módulo Fígado:**

1. Regional I: compreende as áreas de abrangência da OPO do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, OPO da Santa Casa de São Paulo, OPO do Hospital São Paulo da Escola Paulista de Medicina da UNIFESP e OPO do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia.

2. Regional II: compreende as áreas de abrangência da OPO do Hospital das Clínicas da UNICAMP, OPO do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, OPO do Hospital Universitário de São José do Rio Preto, OPO do Hospital das Clínicas de Botucatu, OPO da Santa Casa de Itu e OPO do Hospital das Clínicas de Marília.

##### **- Módulo Rim e Pâncreas/Rim:**

1. Regional I área de abrangência da OPO do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, OPO da Santa Casa de São Paulo, OPO do Hospital São Paulo da Escola Paulista de Medicina da UNIFESP e OPO do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia.

2. Regional II composta pelas sub-regionais:

a. Sub-Regional I: compreende a área de abrangência da OPO do Hospital das Clínicas da UNICAMP.

b. Sub-Regional II: compreende as áreas de abrangência da OPO do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, OPO do Hospital Universitário de São José do Rio Preto, OPO do Hospital das Clínicas de Botucatu, OPO da Santa Casa de Itu e OPO do Hospital das Clínicas de Marília.

##### **- Módulo Córnea:**

1. Regional I composta pelas sub-regionais:

a. (Grande São Paulo e Litoral): compreende as áreas de abrangência da OPO do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, OPO da Santa Casa de São Paulo, OPO do Hospital São Paulo da Escola Paulista de Medicina da UNIFESP e OPO do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia

b. Sub-Regional I (Sorocaba/Campinas): compreende as áreas de abrangência da OPO do Hospital das Clínicas da UNICAMP e OPO da Santa Casa de Itu.

2. Regional II composta pelas sub-regionais:

a. Sub-Regional I (Ribeirão Preto/São José do Rio Preto): compreende as áreas de abrangência da OPO do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto e OPO do Hospital Universitário de São José do Rio Preto.

b. Sub-Regional II (Marília/Botucatu): compreende as áreas de abrangência da OPO do Hospital das Clínicas de Botucatu e OPO do Hospital das Clínicas de Marília.



- Formulário 1 - Autorização de Acesso ao SIG-SET Diretoria Clínica
- Formulário 2 - Autorização de Acesso ao SIG-SET – Laboratório
- Formulário 3 - Autorização de Acesso ao SIG-SET – Ministério Público
- Formulário 4 - Autorização de Acesso ao SIG-SET - OPO
- Formulário 5 - Autorização de Acesso ao SIG-SET – Equipe de Transplante
- Formulário 6 - Autorização de Acesso ao SIG-SET – Unidade de Diálise
- Formulário 7 - Termo de Compromisso e Responsabilidade – Acesso ao SIGSET
- Formulário 8 - Informação Doador de Múltiplos Órgãos”
- Formulário 9 - Cadastro de OPO
- Formulário 10 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Órgão e Tecidos - Doador Falecido
- Formulário 11 - Relatório Mensal de Atividades
- Formulário 12 - Formulário Informativo de Óbitos
- Formulário 13 - Cadastramento de Equipe de Transplante
- Formulário 14 - Notificação de Devolução de Córnea
- Formulário 15 - Solicitação de Anátomo Patológico de Órgãos
- Formulário 16 - Termo de Anuência – Transferência de Equipe de Transplante – São Paulo
- Formulário 17 - Termo de Anuência – Transferência de Equipe de Transplante – Outros Estados
- Formulário 18 - Cadastro de Hospital de Transplante
- Formulário 19 - Dados da Nefrectomia
- Formulário 20 - Notificação de Tecido Retirado
- Formulário 21 - Situação Especial – HCC - Carcinoma Hepatocelular
- Formulário 22 - Formulário SNT Ascite Refratária
- Formulário 23 - Formulário SNT Prurido Intratável
- Formulário 24 - Formulário SNT Prurido Intratável – Escore Qualidade de Vida na Dermatologia
- Formulário 25 - Formulário SNT – Encefalopatia Hepática
- Formulário 26 - Formulário SNT Colangite de Repetição
- Formulário 27 - Informação Doador PAF
- Formulário 28 - Termo de Disposição Gratuita de Órgão, Parte ou Tecido de Corpo Vivo para Fins de Transplante NOVO
- Formulário 29 - Impossibilidade Total de Acesso para Diálise
- Formulário 30 - Priorização de Córnea fora de critério
- Formulário 31 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Doação de Tecido Ocular UNIFICAD
- Formulário 32 - Informação sobre Doador – Córnea Viável
- Formulário 33 - Informação sobre Doador – Córnea não Viável rescimento baseado no sexo, peso e altura



# SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

## SISTEMA ESTADUAL DE TRANSPLANTES

VERSÃO 3

Home page: <http://ctxses.saude.sp.gov.br>

C.Tx Sede - E-mail: [cncdosp-plantao@saude.sp.gov.br](mailto:cncdosp-plantao@saude.sp.gov.br) - C.Tx Regional - E-mail: [centralregional@saude.sp.gov.br](mailto:centralregional@saude.sp.gov.br)

### Autorização de Acesso SIG/SET

### Diretoria Clínica

**Nome do Diretor Clínico:**

**Hospital:**

Nome:	RG:	
Cargo:		
Fone:	Fone:	Celular:
e-mail:		

Solicito acesso ao SIG/SET, **Módulo Diretor Clínico**, com permissão para consulta ao cadastro de receptores, legislação e relatórios.

Login de acesso: \_\_\_\_\_

Informar a necessidade de treinamento formal pela Central de Transplantes:

Sim  Não

\_\_\_\_\_  
Assinatura - carimbo  
Diretor Clínico

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



# SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

## SISTEMA ESTADUAL DE TRANSPLANTES

VERSÃO 3

Home page: <http://ctxses.saude.sp.gov.br>

C.Tx Sede - E-mail: [cncdosp-plantao@saude.sp.gov.br](mailto:cncdosp-plantao@saude.sp.gov.br) C.Tx Regional - E-mail: [centralregional@saude.sp.gov.br](mailto:centralregional@saude.sp.gov.br)

### Autorização de Acesso SIG/SET Laboratório de Imunogenética

Autorizo: \_\_\_\_\_

Nome:		RG:
Cargo:		
Fone:	Fone:	Celular:
e-mail:		

Solicito acesso ao SIG/SET, com permissão para visualização do cadastro de receptores vinculados a este **laboratório**, atualização dos respectivos resultados de soro e painel e consulta a relatórios do sistema.

Login de acesso: \_\_\_\_\_

Informar a necessidade de treinamento formal pela Central de Transplantes:

Sim  Não

\_\_\_\_\_  
Assinatura - carimbo  
Diretor Clínico

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



# SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

## SISTEMA ESTADUAL DE TRANSPLANTES

VERSÃO 3

Home page: <http://ctxses.saude.sp.gov.br>

C.Tx Sede - E-mail: [cncdosp-plantao@saude.sp.gov.br](mailto:cncdosp-plantao@saude.sp.gov.br) C.Tx Regional - E-mail: [centralregional@saude.sp.gov.br](mailto:centralregional@saude.sp.gov.br)

### Autorização de Acesso SIG/SET

### Ministério Público de São Paulo

Nome:			RG:		
Cargo:					
Fone:		Fone:		Celular:	
e-mail:					

Solicito acesso ao SIG/SET, **Módulo Ministério Público**, com permissão para consulta ao cadastro de doadores, legislação e relatórios.

Login de acesso: \_\_\_\_\_

Informar a necessidade de treinamento formal pela Central de Transplantes:

Sim  Não

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



# SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

## SISTEMA ESTADUAL DE TRANSPLANTES

VERSÃO 3

Home page: <http://ctxses.saude.sp.gov.br>

C.Tx Sede - E-mail: [cncdosp-plantao@saude.sp.gov.br](mailto:cncdosp-plantao@saude.sp.gov.br) C.Tx Regional - E-mail: [centralregional@saude.sp.gov.br](mailto:centralregional@saude.sp.gov.br)

### Autorização de Acesso SIG/SET Organização de Procura de Órgãos - OPO

OPO:

Nome:	RG:	
Cargo:		
Fone:	Fone:	Celular:
e-mail:		

Solicito acesso ao SIG/SET, **Módulo Organização de Procura de Órgãos – OPO**, com permissão para consulta ao cadastro de doadores, legislação e relatórios.

Login de acesso: \_\_\_\_\_

Informar a necessidade de treinamento formal pela Central de Transplantes:

Sim  Não

\_\_\_\_\_  
Assinatura - carimbo  
Diretor Clínico

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_





# SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

## SISTEMA ESTADUAL DE TRANSPLANTES

VERSÃO 3

Home page: <http://ctxses.saude.sp.gov.br>

C.Tx Sede - E-mail: [cncdosp-plantao@saude.sp.gov.br](mailto:cncdosp-plantao@saude.sp.gov.br) C.Tx Regional - E-mail: [centralregional@saude.sp.gov.br](mailto:centralregional@saude.sp.gov.br)

### Autorização de Acesso SIG/SET

### Equipes de Transplante

Equipe:

Hospital:

Autorizo:

Nome:		RG:	
Cargo:			
Fone:	Fone:	Celular:	
e-mail:			

Solicito permissão para acesso ao SIG/SET, para operar o **Módulo** relacionado aos receptores vinculados a esta equipe.

Login de acesso: \_\_\_\_\_

Informar a necessidade de treinamento formal pela Central de Transplantes:

Sim  Não

\_\_\_\_\_  
Assinatura - Carimbo  
Responsável Técnico

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



# SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

## SISTEMA ESTADUAL DE TRANSPLANTES

VERSÃO 3

Home page: <http://ctxses.saude.sp.gov.br>

C.Tx Sede - E-mail: [cncdosp-plantao@saude.sp.gov.br](mailto:cncdosp-plantao@saude.sp.gov.br) C.Tx Regional - E-mail: [centralregional@saude.sp.gov.br](mailto:centralregional@saude.sp.gov.br)

### Autorização de Acesso SIG/SET Unidade de Diálise

**Unidade de Diálise:**

Nome:	RG:	
(responsável técnico)		
Cargo:		
Fone:	Fone:	Celular:
e-mail:		

Solicito acesso ao SIG/SET para consulta do cadastro de receptores e relatórios vinculados a esta Unidade.

Login de acesso: \_\_\_\_\_

Informar a necessidade de treinamento formal pela Central de Transplantes:

Sim  Não

\_\_\_\_\_  
Assinatura - Carimbo  
Responsável Técnico

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



# SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

## SISTEMA ESTADUAL DE TRANSPLANTES

VERSÃO 3

Home page: <http://ctxses.saude.sp.gov.br>

C.Tx Sede - E-mail: [cncdosp-plantao@saude.sp.gov.br](mailto:cncdosp-plantao@saude.sp.gov.br) C.Tx Regional - E-mail: [centralregional@saude.sp.gov.br](mailto:centralregional@saude.sp.gov.br)

## Termo de Compromisso e Responsabilidade

### Acesso ao SIG-SET

Pelo presente eu, \_\_\_\_\_, ocupante do cargo de \_\_\_\_\_, no serviço \_\_\_\_\_, recebo a primeira via do cartão de acesso número \_\_\_\_\_, para o (s) módulo(s) de \_\_\_\_\_ do SIG-SET (Sistema Informatizado de Gerenciamento do Sistema Estadual de Transplantes) da Secretaria de Estado da Saúde.

Declaro estar ciente que:

1. O cartão é para uso pessoal e intransferível, sendo responsabilidade do usuário seu manuseio e guarda;
2. Os dados do **login** e senha não devem ser armazenados junto com o cartão.
3. Em caso de perda ou roubo, a Central de Transplantes deverá ser comunicada imediatamente para proceder cancelamento do cartão.
4. O usuário assume total responsabilidade pelos atos praticados no SIG-SET, mesmo se decorrente de uso indevido ou de terceiros;
5. No caso de rescisão do contrato de trabalho o usuário fica obrigado a devolver o cartão ao responsável pelo serviço ou à Central de Transplantes.

---

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_



# SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

## SISTEMA ESTADUAL DE TRANSPLANTES

VERSÃO 3

Home page: <http://ctxses.saude.sp.gov.br>C.Tx Sede - E-mail: [cncdosp-plantao@saude.sp.gov.br](mailto:cncdosp-plantao@saude.sp.gov.br) C.Tx Regional - E-mail: [centralregional@saude.sp.gov.br](mailto:centralregional@saude.sp.gov.br)

### Informação Doador de Múltiplos Órgãos

RGCT: \_\_\_\_\_

Data : _____ / _____ / _____	Hora: _____	O.P.O.: _____	Contato: _____
Telefone: _____	Ramal: _____	Telefone: _____	Ramal: _____
Nome: _____	<b>Tipo Sanguíneo</b> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/>		
Dt Nasc: _____ / _____ / _____	Idade: _____	Sexo: _____	Cor: _____
Peso: _____	Kg	Altura: _____	cm
Causa da Morte Encefálica: _____			
História e evolução clínica (incluir doenças auto-imunes, neoplasias, aneurismas, AVCs, IAMs, etc.) _____			
_____			
_____			
<b>Antecedentes:</b> Diabetes no doador: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Parentes de 1º grau: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>			
HAS <input type="checkbox"/> DPOC <input type="checkbox"/> Drogas <input type="checkbox"/> Etilista crônico <input type="checkbox"/> Outros: _____			
PCR _____ min. Dias de UTI _____ Intubado há: _____ dias Perímetro Torácico: _____ cm			
PA: _____ X _____ mmHg PAM _____ mmHg			
Recebeu Sangue ou Hemoderivados: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Especificar: _____			
Diurese em 24 hs. _____ ml Diurese: _____ ml/Kg/hora			
Drogas Vasoativas: Dopamina <input type="checkbox"/> Dobutamina <input type="checkbox"/> Noradrenalina <input type="checkbox"/> Vasopressina <input type="checkbox"/>			
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ mcg/Kg/min _____ mcg/Kg/min _____ mcg/Kg/min _____ mcg/Kg/min			
Infecção: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Local: _____			
Antibiótico 1: _____ Antibiótico 2: _____ Antibiótico 3: _____			
_____ dia (s) _____ dia (s) _____ dia (s)			
Hemocultura positiva: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Germe isolado: _____			
Data		Data	RX Tórax:
Hemoglobina		TGO	
Hematócrito		TGP	
Leucócitos		Fos. Alcalina	
Plaquetas		Gama GT	ECG:
Uréia		Bil. Total	
Creatinina		Bil. Direta	
Na (Sódio)		FiO2	ECO:
K (Potássio)		PH	
Glicemia		PO2	
CPK		PCO2	Cateterismo:
CK – MB		Sat. O2	
Amilase			
Sorologia	Resultado	Sorologia	Resultado
Chagas	IgM <input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/>	HTLV I/II	
Anti-HCV		Toxoplasmose IgM	
HBs - Ag		Toxoplasmose IgG	
Anti - HBs		Citomegalovírus IgM	
Anti – HBc		Citomegalovírus IgG	
HIV		VDRL	
Órgãos e tecidos doados: Coração <input type="checkbox"/> Fígado <input type="checkbox"/> Rim <input type="checkbox"/> Pâncreas <input type="checkbox"/> Pulmão <input type="checkbox"/>			
Córnea <input type="checkbox"/> Músculo/Tendão <input type="checkbox"/> Pele <input type="checkbox"/> Vasos <input type="checkbox"/> Osso <input type="checkbox"/> Intestino <input type="checkbox"/>			

Responsável pelas informações: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_



# SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

## SISTEMA ESTADUAL DE TRANSPLANTES

VERSÃO 3

Home page: <http://ctxses.saude.sp.gov.br>

C.Tx Sede - E-mail: [cncdosp-plantao@saude.sp.gov.br](mailto:cncdosp-plantao@saude.sp.gov.br) C.Tx Regional - E-mail: [centralregional@saude.sp.gov.br](mailto:centralregional@saude.sp.gov.br)

### Cadastramento de Organização de Procura de Órgãos

#### OPO

#### A - IDENTIFICAÇÃO

Hospital Sede: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

C.E.P. \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

Coordenador: \_\_\_\_\_ C.R.M. \_\_\_\_\_

Fone 1: \_\_\_\_\_ Fone 2: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_ Pager: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

#### Médico Coordenador da OPO

Nome: \_\_\_\_\_ C.R.M. \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

#### Diretor do Hospital

Nome: \_\_\_\_\_ C.R.M. \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_





# SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

## SISTEMA ESTADUAL DE TRANSPLANTES

VERSÃO 3

Home page: <http://ctxses.saude.sp.gov.br>C.Tx Sede - E-mail: [cncdosp-plantao@saude.sp.gov.br](mailto:cncdosp-plantao@saude.sp.gov.br) C.Tx Regional - E-mail: [centralregional@saude.sp.gov.br](mailto:centralregional@saude.sp.gov.br)

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Órgãos e Tecidos - Doador Falecido

Respeitando as Leis nº 9.434/97 e Decreto nº 9.175, de 18/10/2017, AUTORIZO a doação de órgãos e/ou tecidos de:

Doador: _____ CPF _____	
RG: _____ Nascido (a) em ____/____/____ Idade ____ Natural de: _____ Estado: _____	
Residente _____ nº _____	
Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____	
<b>RESPONSÁVEL PELA AUTORIZAÇÃO *Grau de Parentesco:</b>	
<input type="checkbox"/> Tutor Comprovado (Assinalar, se for o caso, quando o doador for menor de 18 anos) <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Avô/ó <input type="checkbox"/> Irmão/a	
<input type="checkbox"/> Cônjuge/Companheiro <input type="checkbox"/> Filho/a <input type="checkbox"/> Neto/a <input type="checkbox"/> Curador Comprovado <input type="checkbox"/> Autorização Judicial Comprovada	
Caso seja utilizada a autorização de <b>parente de 2º grau</b> circunstanciar abaixo as razões do impedimento dos familiares de 1º grau (Decreto nº 9.175 – 18/10/2017 - artigo 20 - § 2º)	
Circunstanciar aqui - _____	
Nome: _____	
Natural de: _____ Estado: _____ RG: _____ CPF: _____	
Endereço: _____ nº _____ complemento: _____	
Cidade: _____ Estado: _____ CEP _____ Telefone _____:	
Assinatura: _____ Data: ____/____/____	
Nome: _____	
Natural de: _____ Estado: _____ RG: _____ CPF: _____	
Endereço: _____ nº _____ complemento: _____	
Cidade: _____ Estado: _____ CEP _____ Telefone _____:	
Assinatura: _____ Data: ____/____/____	
<b>Autorizo a doação de Órgãos:</b>	
(coração, pulmões, fígado, pâncreas, rins, intestino) e dos tecidos (córneas, ósteo-tendinoso, pele, vasos, válvulas cardíacas)	
<input type="checkbox"/> Somente para <b>Fins de Transplante</b>	
<input type="checkbox"/> Para Fins de Transplante porém se o Órgão ou Tecido <b>não for utilizado para transplante</b> , devido sua qualidade, pode também ser <b>utilizado para Fins Científicos</b> (Ensino/Pesquisa)	
<b>Observação:</b> O autorizante “ <b>não aceita</b> ” a retirada, especificamente, do Órgão/tecido _____	
_____	
<b>TESTEMUNHAS</b>	
<b>1. Nome</b> _____	
RG: _____ CPF: _____ Telefone: _____	
Endereço: _____	
Assinatura: _____	
<b>2. Nome</b> _____	
RG: _____ CPF: _____ Telefone: _____	
Endereço: _____	
Assinatura: _____	

Local e Data \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

Hospital

Endereço

E-mail:

Tel.

/ Insc. Est. Isento

**COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTES**

**RELATÓRIO MENSAL DE ATIVIDADES**

**Mês:**

**Total de Óbitos:**

Faixa etária	Faixa Etária		ME	
	Nº	%	Nº	%
Menor de 2 anos				
> 2 até 18 anos				
> 18 até 40 anos				
> 40 até 60 anos				
> 60 até 70 anos				
> 70 anos				
<b>Total</b>				

**Óbitos com Parada Cardiorespiratória:**

Total de Óbitos Hospitalares (PCR)	0	%	
Óbitos hospitalares sem contra-indicação à doação de tecidos			número de óbitos hospitalares sem contra-indicação médica para doação / óbitos hospitalares x 100.
Entrevistas realizadas			(Entrevistas realizadas / Óbitos hospitalares sem contra-indicação médica para doação x 100)
Entrevistas não realizadas			(Entrevistas não realizadas / Óbitos hospitalares sem contra-indicação médica para doação x 100)

Consentimento Familiar			(Consentimento familiar / Entrevistas realizadas x 100)
Recusas			(Recusas familiares / Entrevistas realizadas x 100)
Contra-indicação Médica			número de óbitos hospitalares com CIM / nº total de óbitos hospitalares em PCR x 100.

**Causas da não Efetivação da Doação de Tecidos:**

Relacionadas à Entrevista Familiar	Nº	Motivos Médicos	Nº
Desconhecimento do desejo do potencial doador		Desconhecimento da causa base do óbito	
Potencial doador contrário, em vida, à doação		Portador de neoplasia	
Familiares indecisos		Sorologia positiva	
Familiares desejam o corpo íntegro		Fora da faixa etária	
Familiares descontentes com o atendimento		Tempo máximo para retirada	
Receio de demora na liberação do corpo		Sepse	
Convicções religiosas		Trauma com lesão do tecido a ser doado	
Outros		Outras condições impeditivas	

Aspectos Logísticos ou Estruturais	
Equipe de retirada não disponível	
Deficiência estrutural da instituição	
Familiares não localizados	
Potencial doador sem identificação	
Outros	

**Óbitos com Morte Encefálica:**

	Nº	%	
<b>Total de ocorrências (Morte Encefálica)</b>			
Entrevistas realizadas			(Entrevistas realizadas / Óbitos em morte encefálica sem contra indicação médica para doação x 100)
Entrevistas não realizadas			(Entrevistas realizadas / Óbitos em morte encefálica sem contra indicação médica para doação x 100)
Efetivação da doação			(efetivação de doação /entrevista realizada x 100)

Consentimento Familiar			(Consentimento familiar / Entrevistas realizadas x 100)
Recusas			(Recusas familiares / Entrevistas realizadas x 100)

**Causas da não Efetivação da Doação de Órgãos:**

<b>Relacionadas à Entrevista Familiar</b>	Nº	<b>Motivos Médicos</b>	Nº
Desconhecimento do desejo do potencial doador		Desconhecimento da causa M.E	
Potencial doador contrário, em vida, à doação.		Portador de neoplasia	
Familiares indecisos		Sorologia positiva	
Familiares desejam o corpo íntegro		Fora da faixa etária	
Não entendimento do diagnóstico de morte encefálica		Instabilidade hemodinâmica	
Familiares descontentes com o atendimento		Parada cardíaca	
Receio de demora na liberação do corpo		Sepse	
Convicções religiosas		Outras condições impeditivas	
Outros			

**Aspectos Logísticos ou Estruturais**

	Nº
Equipe de retirada de órgãos não disponível	
Deficiência estrutural da instituição	
Incapacidade diagnóstica de morte encefálica por carência de especialistas	
Incapacidade diagnóstica de morte encefálica por carência de equipamentos	
Familiares não localizados	
Potencial doador sem identificação	
Outros	

**Atividades de Educação e Divulgação**

<b>Atividade</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Datas</b>
Palestras		
Campanhas		
Reuniões		
Entrevistas à imprensa		
Capacitações		

**Dr./Enf.**  
**CIHDOTT –**  
**Médico/Enfermeiro - Coordenador**  
**Coren:**



Formulário Informativo dos Óbitos

## ***Estatísticas do Sistema Estadual de Transplantes-SP***

Central de Transplantes do Estado de São Paulo

Avenida Doutor Enéas de Carvalho Aguiar, 188. Térreo.

ctrans@saude.sp.gov.br (11) 3066-8591

### Dados Institucionais

1) **Estabelecimento de Saúde (Digitar Número CNES):**2) **Municípios de São Paulo:**3) **Telefone:**

Informe ddd e número - apenas números

4) **Responsável pelo preenchimento?**

Nome do Responsável pelo Preenchimento deste Formulário.

### Dados Paciente

5) **Número de Prontuário:**6) **Idade:**7) **Sexo:** Feminino Masculino

### Informações Relacionadas ao Atendimento

8) **Causa da Internação:**9) **Glasgow:**

Glasgow no momento da internação na unidade de crítico

10) **Etiologia da Lesão Neurológica:**11) **Causas da Morte no Atestado de Óbito/IML:**

Se a morte não tinha causa definida, preencher no campo abaixo SVO.

12) **Data óbito:**

13) **Setor do óbito:**

- Pronto Socorro (PS)  
 Unidade de Terapia Intensiva (UTI)

**Informações Relacionadas ao Dia do Óbito**14) **Causa do Coma Estava Definido?**

- Sim  
 Não  
 Não se aplica

15) **Paciente sem Sedação por 6 horas antes do óbito?**

- Sim  
 Não  
 Não se aplica

16) **Paciente Apresentava Temperatura menor que 35°C no momento do óbito?**

- Sim  
 Não  
 Não se aplica

17) **Paciente Apresentava Sódio Sérico Maior que 155 mEq/l ou Menor que 120 mEq/l?**

- Sim  
 Não  
 Não se aplica

18) **Paciente Apresentava Poliúria?**

- Sim  
 Não  
 Não se aplica

19) **Paciente Apresentava Hipotensão (Menor que 90x60 mmHg)?**

- Sim  
 Não  
 Não se aplica

20) **Paciente Apresentava Hipertensão Intracraniana?**

- Sim  
 Não  
 Não se aplica

**Informações Relacionadas a Última Evolução Médica e de Enfermagem antes da PCR**21) **Coma sem resposta? (para glasgow 3):**

- Sim  
 Não  
 Não se aplica

22) **Reflexo Pupilar Presente?**

- Sim  
 Não

23) **Reflexo de Tosse Presente?**

- Sim  
 Não

24) **Foi Aberto Protocolo de Morte Encefálica?**

- Sim  
 Não

25) **Foi Realizado Teste de Apneia?**

- Sim
- Não

26) **Foi Realizado Exame Complementar do Diagnóstico de Morte Encefálica?**

- Sim
- Não





# SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

## SISTEMA ESTADUAL DE TRANSPLANTES

VERSÃO 3

Home page: <http://ctxses.saude.sp.gov.br>  
CTx Sede - E-mail: [ctrans1@saude.sp.gov.br](mailto:ctrans1@saude.sp.gov.br) - C.Tx Regional - E-mail: [centralregional@saude.sp.gov.br](mailto:centralregional@saude.sp.gov.br)

### Cadastramento de Equipe de Transplantes

**A – IDENTIFICAÇÃO:**

Nome da Equipe: \_\_\_\_\_ SNT/Portaria/Data: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

C.E.P.: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

Fone: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

**B – LOCAL DE TRABALHO DA EQUIPE:**

Hospital: \_\_\_\_\_ | SNT/Portaria/Data: | \_\_\_\_\_

**C. OUTROS MÉDICOS DA EQUIPE:**

Nome	C.R.M.	Fone
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____

**D. CONTATOS (em caso de disponibilidade de órgão, informar a ordem das pessoas a serem avisadas):****e-mail:***(informar e-mail da equipe para envio das informações do doador)*

Identificação	Cargo	Fone
1. Nome: _____ e-mail: _____	_____	_____
2. Nome: _____ e-mail: _____	_____	_____
3. Nome: _____ e-mail: _____	_____	_____
4. Nome: _____ e-mail: _____	_____	_____
5. Nome: _____ e-mail: _____	_____	_____

**E – TIPO(S) DE TRANSPLANTE (S) A QUE SE PROPÕE:**

- Coração    Fígado    Rim    Pâncreas    Pulmão    Intestino  
 Pele    Córnea    Osso    Tendão/Músculo    Vasos

**Médico responsável:**

Nome: \_\_\_\_\_ C.R.M.: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

**Diretor Clínico do Hospital:**

Nome: \_\_\_\_\_ C.R.M.: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE:** No campo **SNT/Portaria/Data** preencher exatamente neste formato separando cada informação com BARRA



# SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

## SISTEMA ESTADUAL DE TRANSPLANTES

VERSÃO 3

Home page: <http://ctxses.saude.sp.gov.br>

C.Tx Sede - E-mail: [cncdosp-plantao@saude.sp.gov.br](mailto:cncdosp-plantao@saude.sp.gov.br) C.Tx Regional - E-mail: [centralregional@saude.sp.gov.br](mailto:centralregional@saude.sp.gov.br)

### Notificação de Devolução de Córnea

Hospital: \_\_\_\_\_

Equipe: \_\_\_\_\_

Receptor: \_\_\_\_\_ RGCT: \_\_\_\_\_

Doador: \_\_\_\_\_ RGCT: \_\_\_\_\_

Data de recebimento da córnea: \_\_\_\_\_ Hora do recebimento: \_\_\_\_\_

#### Tecido

Córnea Esquerda  Córnea Direita

#### Motivo da Devolução

Córnea  Receptor\*  Equipe/Serviço

Descrição: \_\_\_\_\_

#### Médico Responsável

Nome: \_\_\_\_\_ C.R.M. \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

#### Córnea Retirada do Banco de Tecidos?

Sim  Não

**\* Se o motivo da devolução da córnea for relacionado ao receptor, a Central de Transplantes deverá ser imediatamente avisada da não realização do transplante.**



**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**SISTEMA ESTADUAL DE TRANSPLANTES**

VERSÃO 3

Home page: <http://ctxses.saude.sp.gov.br>

C.Tx Sede - E-mail: [cncdosp-plantao@saude.sp.gov.br](mailto:cncdosp-plantao@saude.sp.gov.br) C.Tx Regional - E-mail: [centralregional@saude.sp.gov.br](mailto:centralregional@saude.sp.gov.br)

**Solicitação de Exame Anátomo Patológico**  
**Órgãos e Tecidos Retirados e Não Utilizados**

**A- IDENTIFICAÇÃO DO DOADOR**

Nome: \_\_\_\_\_ RGCT \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Feminino

OPO/OPC \_\_\_\_\_ Data da captação: \_\_\_\_\_

**B- ÓRGÃO(S) QUE ESTÁ(ÃO) SENDO ENVIADO(S)**

- |   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Coração        | <input type="checkbox"/> Fígado          | <input type="checkbox"/> Pâncreas       | <input type="checkbox"/> Pele            |
| <input type="checkbox"/> Córnea direita | <input type="checkbox"/> Córnea esquerda | <input type="checkbox"/> Pulmão direito | <input type="checkbox"/> Pulmão esquerdo |
| <input type="checkbox"/> Rim direito    | <input type="checkbox"/> Rim esquerdo    | <input type="checkbox"/> Osso           |  |

Observações: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Nota:** Procure anotar o(s) motivo(s) pelo(s) qual(ais) o(s) órgão(s) foi(ram) desprezado(s) e o nome ou RGCT do receptor designado se houver.

**Médico responsável**

Nome: \_\_\_\_\_ C.R.M. \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_



# SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

## SISTEMA ESTADUAL DE TRANSPLANTES

VERSÃO 3

Home page: <http://ctxses.saude.sp.gov.br>

C.Tx Sede - E-mail: [ctrans1@saude.sp.gov.br](mailto:ctrans1@saude.sp.gov.br) C.Tx Regional - E-mail: [centralregional@saude.sp.gov.br](mailto:centralregional@saude.sp.gov.br)

### Termo de Anuência

## Solicitação de Transferência de Equipe de Transplante

Eu, \_\_\_\_\_,  
(Nome completo por extenso sem abreviação – paciente)

CPF nº.: \_\_\_\_\_, RG nº.: \_\_\_\_\_ atualmente inscrito (a) no Sistema Estadual de Transplantes, para transplante de \_\_\_\_\_, pela equipe \_\_\_\_\_ do Hospital \_\_\_\_\_, sob o RGCT n.º \_\_\_\_\_, venho por meio desta solicitar minha **transferência para a equipe** \_\_\_\_\_ do Hospital \_\_\_\_\_.

Local e Data:

\_\_\_\_\_  
Paciente ou \* Responsável Legal  
**Assinatura compatível com documento oficial com foto**

**\* Preencher em casos de menor de idade ou incapaz / Responsável Legal:**

Pai:

RG nº.: \_\_\_\_\_ CPF nº.: \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Mãe:

RG nº.: \_\_\_\_\_ CPF nº.: \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Responsável Legal:

RG nº.: \_\_\_\_\_ CPF nº.: \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Preenchimento Obrigatório – Anuência da Equipe de Destino:**

Ciente e de acordo com a solicitação de transferência do receptor acima.

Local e Data:

Carimbo e assinatura do médico (a) responsável: \_\_\_\_\_

**Observações: A cópia do RG do (a) paciente (frente e verso) deverá ser encaminhada juntamente com esta solicitação, obrigatoriamente, o mesmo vale para responsáveis legais.**



# SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

## SISTEMA ESTADUAL DE TRANSPLANTES

VERSÃO 3

Home page: <http://ctxses.saude.sp.gov.br>  
C.Tx Sede - E-mail: [cncdosp-plantao@saude.sp.gov.br](mailto:cncdosp-plantao@saude.sp.gov.br) C.Tx Regional - E-mail: [centralregional@saude.sp.gov.br](mailto:centralregional@saude.sp.gov.br)

### Termo de Anuência

## Transferência de Equipe de Transplante - Outros Estados

Eu, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(Nome completo por extenso sem abreviação – paciente)

CPF nº.: \_\_\_\_\_, RG nº.: \_\_\_\_\_ atualmente inscrito (a) no Sistema Estadual de Transplantes do Estado de \_\_\_\_\_ para transplante de \_\_\_\_\_, pela equipe \_\_\_\_\_ do Hospital \_\_\_\_\_, sob o RGCT n.º \_\_\_\_\_, venho por meio desta solicitar minha **transferência para o Estado de São Paulo**, equipe do Hospital \_\_\_\_\_.

Local e Data:

\_\_\_\_\_  
Paciente ou \* Responsável Legal  
**Assinatura compatível com documento oficial com foto**

**\* Preencher em casos de menor de idade ou incapaz / Responsável Legal:**

Pai:

RG nº.: \_\_\_\_\_ CPF nº.: \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Mãe:

RG nº.: \_\_\_\_\_ CPF nº.: \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Responsável Legal:

RG nº.: \_\_\_\_\_ CPF nº.: \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Preenchimento Obrigatório – Anuência da Equipe de Destino:**

Ciente e de acordo com a solicitação de transferência do receptor acima.

Local e Data:

Carimbo e assinatura do médico (a) responsável: \_\_\_\_\_

**Observações: A cópia do RG do (a) paciente (frente e verso) deverá ser encaminhada juntamente com esta solicitação, obrigatoriamente, o mesmo vale para responsáveis legais.**



# SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

## SISTEMA ESTADUAL DE TRANSPLANTES

VERSÃO 3

Home page: <http://ctxses.saude.sp.gov.br>

C.Tx Sede - E-mail: [cncdosp-plantao@saude.sp.gov.br](mailto:cncdosp-plantao@saude.sp.gov.br) C.Tx Regional - E-mail: [centralregional@saude.sp.gov.br](mailto:centralregional@saude.sp.gov.br)

### Cadastramento de Hospital de Transplantes

#### A – IDENTIFICAÇÃO

Nome: \_\_\_\_\_

Nº do SNT: \_\_\_\_\_ Nº do CNES: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

C.E.P. \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

Fone 1: \_\_\_\_\_ Fone 2: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

#### B – TIPO(S) DE TRANSPLANTE (S) A QUE SE PROPÕE

Coração     Fígado     Rim     Pâncreas     Pulmão     Intestino

Pele     Córnea     Osso     Tendão/Músculo     Vasos

#### Diretor Clínico

Nome: \_\_\_\_\_ C.R.M. \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_



### Dados da Nefrectomia

RGCT: \_\_\_\_\_

Data da extração: _____	Hospital: _____	OPO: _____	
Cirurgião: _____	Telefone: _____	Ramal: _____	
Nome do doador: _____			

Retirada com coração batendo  Sim  Não      Perfusão in situ  S  N início: \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_ min  
Retirada em bloco  Sim  Não      Líquido de preservação: \_\_\_\_\_

Data do Clampeamento da Aorta:      /      /	Hora: _____
--	-------------

Faça um esquema dos vasos renais, patches, comprimentos e calibres:



Direito	Esquerdo
Tempo de isquemia quente: _____ min	Tempo de isquemia quente: _____ min
Início de perfusão: _____ h _____ min	Início de perfusão: _____ h _____ min
Perfusão: <input type="checkbox"/> Boa <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim	Perfusão: <input type="checkbox"/> Boa <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim

Descreva lesões:


Assinatura: \_\_\_\_\_



# SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

## SISTEMA ESTADUAL DE TRANSPLANTES

VERSÃO 3

Home page: <http://ctxses.saude.sp.gov.br>

C.Tx Sede - E-mail: [cncdosp-plantao@saude.sp.gov.br](mailto:cncdosp-plantao@saude.sp.gov.br) C.Tx Regional - E-mail: [centralregional@saude.sp.gov.br](mailto:centralregional@saude.sp.gov.br)

### Notificação de Tecido Retirado

Hospital: _____
Equipe: _____
Doador: _____ RGCT: _____
Data de retirada: _____

<b>Órgão:</b>
<input type="checkbox"/> Valva <input type="checkbox"/> Osso <input type="checkbox"/> Vasos <input type="checkbox"/> Pele <input type="checkbox"/> Músculo/Tendão

<b>Médico Responsável</b>
Nome: _____ C.R.M. _____
Assinatura: _____ Data: _____



# SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

## SISTEMA ESTADUAL DE TRANSPLANTES

VERSÃO 2

Home page: <http://ctxses.saude.sp.gov.br>C.Tx Sede - E-mail: [cncdosp-plantao@saude.sp.gov.br](mailto:cncdosp-plantao@saude.sp.gov.br) C.Tx Regional - E-mail: [centralregional@saude.sp.gov.br](mailto:centralregional@saude.sp.gov.br)

### Situação Especial HCC - Carcinoma Hepatocelular

Paciente:	_____
RGCT:	_____ (n.º do registro na Central de Transplantes)
Equipe:	_____
Hospital:	_____

**Critério para inclusão em lista de espera:** Paciente portador de carcinoma hepatocelular, como complicação da doença hepática crônica, sem metástase, restrito ao fígado com nódulo único de até 5 cm ou até três nódulos de 3 cm e a ausência de metástases, com estadiamento obrigatório por mapeamento ósseo e tomografia de tórax.

**Critério para inclusão em situação especial:** Carcinoma hepatocelular maior ou igual a 2cm dentro dos critérios de Milão(fígado cirrótico com nódulo único de até 5 cm ou até 3 nódulos de até 3 cm de diâmetro cada, ausência de trombose neoplásica do sistema porta), com diagnóstico baseado nos critérios de Barcelona e sem indicação de ressecção.

<b>Diagnóstico (Critério de Barcelona)</b> <input type="checkbox"/> critério anatomopatológico <input type="checkbox"/> critério radiológico ( 2 exames ) <input type="checkbox"/> critério radiológico ( 1 exame de imagem trifásico ) <input type="checkbox"/> critério combinado ( 1 exame + Alfa fetoproteína )	Anatomopatológico ou duas (2) imagens coincidentes entre 4 técnicas (ultrassonografia com Doppler ou contraste por microbolhas, ressonância, tomografia e arteriografia) que mostre lesão focal $\geq$ 2 cm com hipervascularização arterial ou 1 exame de imagem trifásico (tomografia computadorizada helicoidal multislice, ressonância magnética, ultrassonografia com contraste por microbolhas ) demonstrando lesão focal $\geq$ 2cm com padrão hemodinâmico de hipervascularização arterial e depuração rápida do contraste nas fases portal ou de equilíbrio ( <i>washout</i> ) ou 1 imagem com tumor hipervascular +AFP > 200 ng/ml. Encaminhar relatório médico e laudo dos exames.
<b>Estadiamento (Critério de Milão)</b> <input type="checkbox"/> Exame de imagem                      Data: / / <input type="checkbox"/> Mapeamento ósseo                      Data: / / <input type="checkbox"/> Tomografia de tórax                      Data: / /	Para fins de estadiamento nódulos com diâmetro inferior a 2 cm são considerados de natureza indeterminada. Exame de imagem de até 6 meses atrás, mapeamento e tomografia de até 1 ano atrás. Encaminhar laudo dos exames.
<b>Tratamento prévio:</b> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> se sim: <input type="checkbox"/> ressecção <input type="checkbox"/> quimioterapia <input type="checkbox"/> ablação <input type="checkbox"/> quimioembolização <input type="checkbox"/> alcoolização	Relatório médico explicitando se houve ou não tratamento prévio. Caso tenha tratamento prévio, encaminhar laudo do exame(s) prévio ao tratamento.
<input type="checkbox"/> Relatório médico com a justificativa da <b>Irressecabilidade</b> . Indique pelo menos um dos motivos abaixo: <input type="checkbox"/> MELD>10 <input type="checkbox"/> Child B ou C <input type="checkbox"/> Na <sup>+</sup> < 135 <input type="checkbox"/> Ressecções de mais de 2 segmentos <input type="checkbox"/> Tumores múltiplos(mais de 1 nódulo em segmentos distintos)	

Assinatura e Carimbo do Médico:	_____	Data:	_____
---------------------------------	-------	-------	-------



## Formulário para Avaliação de Situação Especial Ascite Refratária

Nome:	RGCT	
Idade:		
Sexo:	Cor:	ABO:
Serviço de Transplante Hepático:		

**1) Causa da doença hepática:**

**2) Data da solicitação da inclusão como situação especial:**

**3) Carcinoma hepatocelular ou outras neoplasias malignas foram excluídas?**  Sim  Não

\* **Obs:** em caso positivo anexar USG, a qual deverá ter sido realizada a menos de 6 meses da solicitação de situação especial.

**4) Exames de Laboratório (até 30 dias):**

Valor de sódio urinário: Data: / /  
BT INR Creatinina Sódio sérico Data: / /

**5) Dose máxima de diuréticos utilizada e tempo de uso:**

Espironolactona: Furosemida:

**6) Dose atual de diuréticos utilizada e tempo de uso:**

Espironolactona: Furosemida:

**7) Houve piora da função renal associada ao uso de diuréticos?**  Sim  Não

Creatinina antes Creatina após estas doses

**8) Anote se houve algum dos itens abaixo:**

PBE  Número de vezes:  
Hidrotórax  Número de vezes:  
TIPS  Número de vezes:  
Encefalopatia  Número de vezes:

**9) Episódios de paracenteses nos últimos três meses:**

Data: volume: ml internação:  Sim  Não  
Data: volume: ml internação:  Sim  Não  
Data: volume: ml internação:  Sim  Não

**10) Episódios de toracocenteses nos últimos três meses:**

Data: volume: ml internação:  Sim  Não  
Data: volume: ml internação:  Sim  Não  
Data: volume: ml internação:  Sim  Não

**ENVIAR RELATÓRIO DETALHADO DO CASO, COM DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS (RESUMOS DE INTERNAÇÃO, LAUDOS DE EXAMES LABORATORIAIS E DE IMAGEM, ETC.)**

Responsável pelas informações: Dr. CRM:



**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
**SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA**  
**COORDENAÇÃO-GERAL DO SISTEMA NACIONAL DE TRANSPLANTES**  
SAF Sul, trecho II, bloco F, Edifício Premium, 1º andar, sala 104  
CEP 70.070-600 – Brasília/DF [snt@saude.gov.br](mailto:snt@saude.gov.br)

## Formulário para Inclusão em Situação Especial - Prurido Intratável

Nome:	RGCT
Idade:	
Sexo:	Cor:
Serviço de Transplante Hepático:	ABO:

1) Causa da doença hepática:

2) Data da solicitação da inclusão como situação especial: Data: / /

3) Carcinoma hepatocelular ou outras neoplasias malignas foram excluídas?  Sim  Não

4) Exames de Laboratório (até 30 dias)

BT          INR          Creatinina          Sódio sérico          Data: / /

5) Paciente candidato(a) a:  Transplante  Retransplante Data do transplante anterior: / /

6) Desnutrição (indicar critério de avaliação utilizado)?  Sim  Não

Critério:

7) Desordens do sono?  Sim  Não

8) Obstrução biliar:

Sim

Local da obstrução:

Não

Justifique a causa do prurido:

9) Tratamento endoscópico

Sim

Qual procedimento?

Data: / /

Não

10) Tratamento radiológico

Sim

Qual procedimento?

Data: / /

Não

11) Tratamento cirúrgico?

Sim

Qual procedimento?

Data: / /

Não

12) Tratamentos medicamentosos?

Ácido ursodesoxicólico

Data de início:

/ /

Data de suspensão:

/ /

Colestiramina

Data de início:

/ /

Data de suspensão:

/ /

Rifampicina

Data de início:

/ /

Data de suspensão:

/ /

Sertralina

Data de início:

/ /

Data de suspensão:

/ /

Naltrexona

Data de início:

/ /

Data de suspensão:

/ /

13) Diálise com albumina/plasmaferese?  Sim  Não

**ENVIAR RELATÓRIO DETALHADO DO CASO, COM DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS (RESUMOS DE INTERNAÇÃO, LAUDOS DE EXAMES LABORATORIAIS E DE IMAGEM, ETC.)**

Responsável pelas informações: Dr.

CRM:



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA  
COORDENAÇÃO-GERAL DO SISTEMA NACIONAL DE TRANSPLANTES  
SAF Sul, trecho II, bloco F, Edifício Premium, 1º andar, sala 104  
CEP 70.070-600 – Brasília/DF [snt@saude.gov.br](mailto:snt@saude.gov.br)

## Escore da Qualidade de Vida na Dermatologia - Prurido Intratável

<b>Nome:</b>	
<b>Idade:</b>	
<b>Sexo:</b>	<b>Cor:</b>
<b>Serviço de Transplante Hepático:</b>	

### Na semana que passou

1) Sua pele tem apresentado coceira, sensibilidade ou dor?

Muitíssimo  Muito  Pouco  Não

2) Você sentiu-se constrangido ou inibido, chateado ou triste por causa de sua pele?

Muitíssimo  Muito  Pouco  Não

3) Sua pele tem afetado suas amizades?

Muitíssimo  Muito  Pouco  Não

4) Você mudou a maneira de se vestir por causa de sua pele?

Muitíssimo  Muito  Pouco  Não

5) Sua pele tem atrapalhado as suas atividades de lazer em geral?

Muitíssimo  Muito  Pouco  Não

6) Você evitou nadar ou praticar outros esportes por causa dos seus problemas de pele?

Muitíssimo  Muito  Pouco  Não

7) a) Era período escolar ou laboral? Se era: quanto seu problema de pele interferiu em suas atividades escolares ou laborais?

Me impediu de ir à escola ou trabalho  Muitíssimo  Muito  Pouco  Não

### OU

7)b) Era período de férias? Se era: o quanto seu problema de pele interferiu no aproveitamento de suas férias?

Muitíssimo  Muito  Pouco  Não

8) Você tem problemas com pessoas dizendo nomes, caçoando, intimidando, fazendo perguntas ou evitando você?

Muitíssimo  Muito  Pouco  Não

9) Seu sono foi afetado por causa de seu problema de pele?

Muitíssimo  Muito  Pouco  Não

10) Seu tratamento dermatológico foi problemático?

Muitíssimo  Muito  Pouco  Não

Responsável pelas informações:





**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
**SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA**  
**COORDENAÇÃO-GERAL DO SISTEMA NACIONAL DE TRANSPLANTES**  
SAF Sul, trecho II, bloco F, Edifício Premium, 1º andar, sala 104  
CEP 70.070-600 – Brasília/DF [snt@saude.gov.br](mailto:snt@saude.gov.br)

## Formulário para Situação Especial - Encefalopatia Hepática

Nome:	RGCT:
Idade:	
Sexo:	Cor:
Serviço de Transplante Hepático:	ABO:

1) Causa da doença hepática:

2) Data da solicitação da inclusão como situação especial:        /        /

3) Carcinoma hepatocelular ou outras neoplasias malignas foram excluídas?  Sim  Não

4) Exames de Laboratório (até 30 dias):

BT                      INR                      Creatinina                      Sódio sérico                      Data:        /        /

5) Tipo de encefalopatia:  Encefalopatia episódica                       Encefalopatia persistente

6) Síndrome extrapiramidal:  Sim  Não

7) Número de episódios nos últimos 6 meses:

8) Indicar gravidade (Critérios de West Haven)                      Data:        /        /

<input type="checkbox"/> 0 Ausência de alterações clínicas (sem anormalidades de personalidade ou comportamento).
<input type="checkbox"/> 1 Períodos insignificantes de comprometimento da consciência. déficits de atenção; dificuldade para somar ou subtrair; sonolência excessiva, insônia ou inversão do padrão de sono; euforia ou depressão (mais comumente o último).
<input type="checkbox"/> 2 Letargia ou apatia; desorientação; comportamento inadequado; comprometimento da fala.
<input type="checkbox"/> 3 Rebaixamento importante do nível de consciência, estupor.
<input type="checkbox"/> 4 Coma.

9) Houve fatores desencadeantes? (Hemorragia? Infecção? Diuréticos? Outros?)  Sim  Não

10) Número e duração das admissões nos últimos 6 meses:

<input type="checkbox"/> Em enfermaria.	Data:        /        /
<input type="checkbox"/> Em pronto-socorro.	Data:        /        /
<input type="checkbox"/> Em unidade de tratamento intensivo.	Data:        /        /

11) Shunt portossistêmico espontâneo?  Sim  Não

12) Shunt portossistêmico cirúrgico ou TIPS?  Sim  Não

**ENVIAR RELATÓRIO DETALHADO, ACOMPANHADO DE AVALIAÇÃO DE NEUROLOGISTA, COM DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS (RESUMOS DE INTERNAÇÕES, LAUDOS DE EXAMES LABORATORIAIS E DE IMAGEM, ETC.)**

Responsável pelas informações:    Dr.                      CRM



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA  
COORDENAÇÃO-GERAL DO SISTEMA NACIONAL DE TRANSPLANTES  
SAF Sul, trecho II, bloco F, Edifício Premium, 1º andar, sala 104  
CEP 70.070-600 – Brasília/DF [snt@saude.gov.br](mailto:snt@saude.gov.br)

## Colangite de Repetição

Nome:	RGCT:	
Idade:		
Sexo:	Cor:	ABO:
Serviço de Transplante Hepático:		

1) Causa da doença hepática:

2) Data da solicitação da inclusão como situação especial: Data:        /        /

3) Carcinoma hepatocelular ou outras neoplasias malignas foram excluídas?  Sim  Não

4) Exames de Laboratório (até 30 dias)

BT                   INR                   Creatinina                   Sódio sérico                   Data:        /        /

5) Paciente candidato(a) a:  Transplante  Retransplante.

Data do transplante anterior:        /        /

6) Datas dos episódios de colangite aguda (nos últimos 6 meses):

Data:        /        /

Data:        /        /

Data:        /        /

Data:        /        /

7) Desnutrição (indicar critério de avaliação utilizado)?  Sim  Não

Critério:

8) Complicações desenvolvidas em cada episódio (anotar data do episódio):

Abscesso hepático                                  Data:        /        /

Choque séptico                                        Data:        /        /

9) Hemocultura positiva (informar data, agente e antibiograma)?  Sim  Não

10) Número e duração das admissões nos últimos 6 meses:

Em enfermaria.    Data do episódio:

Em pronto-socorro.    Data do episódio:

Em unidade de tratamento intensivo.                                  Data do episódio:

11) Tratamentos realizados em cada episódio (clínicos, endoscópicos, percutâneos e/ou cirúrgicos)

Tratamento:    Data:        /        /

Tratamento:    Data:        /        /

Tratamento:    Data:        /        /

Tratamento:    Data:        /        /

**ENVIAR RELATÓRIO DETALHADO DO CASO, COM DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS (RESUMOS DE INTERNAÇÃO, LAUDOS DE EXAMES LABORATORIAIS E DE IMAGEM, ETC.)**

Responsável pelas informações:    Dr

CRM



# SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

## SISTEMA ESTADUAL DE TRANSPLANTES

VERSÃO 3

Home page: <http://ctxses.saude.sp.gov.br>C.Tx Sede - E-mail: [cncdosp-plantao@saude.sp.gov.br](mailto:cncdosp-plantao@saude.sp.gov.br) C.Tx Regional - E-mail: [centralregional@saude.sp.gov.br](mailto:centralregional@saude.sp.gov.br)

### Informação Doador PAF

RGCT do receptor: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Tipo Sangüíneo A  B  O  AB 

Dt Nasc: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_ Cor \_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_ Kg Altura: \_\_\_\_ cm

História e evolução clínica (incluir doenças auto-imunes, neoplasias, aneurismas, AVCs, IAMs, etc.) \_\_\_\_\_

Usuário de Drogas : Inalatória  Injetável  Especificar: \_\_\_\_\_

Tipo de mutação: \_\_\_\_\_

Infecção: Não  Sim  Especificar: \_\_\_\_\_

Data		Data			
Hemoglobina		TGO			
Hematócrito		TGP			
Leucócitos		Fos. Alcalina			
Plaquetas		Gama GT			
Uréia		Bil. Total			
Creatinina		Bil. Direta			
Na (Sódio)					
K (Potássio)					
Glicemia					

Sorologia	Resultado		Sorologia	Resultado	
Chagas	IgM <input type="checkbox"/>	IgG <input type="checkbox"/>	HTLV I/II		
Anti-HCV			Toxoplasmose IgM		
HBs - Ag			Toxoplasmose IgG		
Anti - HBs			Citomegalovírus IgM		
Anti - HBc			Citomegalovírus IgG		
HIV			VDRL		

Equipe		Telefone para contato:	
--------	--	------------------------	--

Responsável pelas informações:	
--------------------------------	--

Data: ____ / ____ / ____	Assinatura: _____
--------------------------	-------------------



# SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

## SISTEMA ESTADUAL DE TRANSPLANTES

VERSÃO 3

Home page: <http://ctxses.saude.sp.gov.br>

C.Tx Sede - E-mail: [cncdosp-plantao@saude.sp.gov.br](mailto:cncdosp-plantao@saude.sp.gov.br) C.Tx Regional - E-mail: [centralregional@saude.sp.gov.br](mailto:centralregional@saude.sp.gov.br)

### Termo de Disposição Gratuita de Órgão, Parte ou Tecido de Corpo Vivo para Fins de Transplante

Eu \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ Nascimento (a) em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_ Natural de: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Residente \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_ Complemento \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_,

Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_ Profissão \_\_\_\_\_

Adiante subscrito (a), pelo presente instrumento faço doação de \_\_\_\_\_ (especificar qual o tecido, parte do corpo objeto da doação) de meu corpo, totalmente ciente dos riscos que tal ato agrega, conforme esclarecimento médico prévio que tive a respeito, através do (a) médico (a) \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_ este ato de disposição é feito em caráter gratuito, em benefício de \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ Nascimento (a) em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_ Natural de: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Residente \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_ Complemento \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_,

Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_ Profissão \_\_\_\_\_

Meu (minha) \_\_\_\_\_, (Indicar o vínculo de parentesco consanguíneo ou conjugal com o (a) receptor (a) e este termo será encaminhado, em duas vias, ao Ministério Público desta Comarca (do local de residência do doador).

Estou ciente de que esta doação poderá ser por mim revogada a qualquer momento, antes de iniciado o respectivo procedimento cirúrgico de retirada do (de) \_\_\_\_\_ (tecido, órgão ou parte do corpo que está sendo doada), objeto da presente disposição, bem como que tal ato atende a uma necessidade terapêutica comprovadamente indispensável à pessoa receptora.

Cidade \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

#### TESTEMUNHA 1

1. Nome \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

#### TESTEMUNHA 2

2. Nome \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

#### Observações:

- Este termo deve ser assinado em duas vias e uma das vias contendo o protocolo de recebimento do Ministério Público (do local de residência do doador), será entregue ao estabelecimento de saúde onde se realizará o transplante, ficando anexado ao prontuário do doador vivo.
- A gestante não poderá doar tecidos, órgão ou parte do seu corpo vivo, exceto quando se tratar de transplante de medula óssea e este não oferecer risco à sua saúde ou ao feto;
- O doador deverá ser juridicamente capaz;
- O auto-transplante depende apenas do consentimento do próprio indivíduo, registrado em seu prontuário médico, ou, se ele for juridicamente incapaz, do consentimento de um de seus pais ou responsáveis legais;
- Este documento apenas se aplica à doação de órgão, tecidos ou parte do corpo humano vivo em benefício de cônjuge ou parente consanguíneo até o 4º grau, inclusive (2º grau, irmãos; 3º grau, sobrinhos e tios; 4º grau, primos e tios-avós), os demais casos necessitam de autorização judicial, autorização da Central Estadual de Transplantes, aprovação da Comissão de Ética do estabelecimento de saúde transplantador e ciência do Ministério Público (do local da residência do doador), da Lei 9.434/1997, alterada pela Lei 10.211/2001.
- Deverá instruir o presente documentação civil que evidencie o grau de parentesco consanguíneo do doador (a) com o receptor (a) ou o respectivo vínculo matrimonial;
- O estabelecimento de saúde, público ou privado, e as equipes médico-cirúrgicas de remoção e transplante deverão estar previamente autorizados pelo órgão de gestão regional do SUS.



# SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

## SISTEMA ESTADUAL DE TRANSPLANTES

VERSÃO 3

Home page: <http://ctxses.saude.sp.gov.br>C.Tx Sede - E-mail: [cncdosp-plantao@saude.sp.gov.br](mailto:cncdosp-plantao@saude.sp.gov.br) C.Tx Regional - E-mail: [centralregional@saude.sp.gov.br](mailto:centralregional@saude.sp.gov.br)

### Impossibilidade Total de Acesso para Diálise

RGCT _____
Nome do paciente: _____
Centro de diálise: _____

1. Descrição sumária do caso clínico: _____
_____
_____
_____
_____
_____

2. Número de vias de acesso realizadas até o momento:				
2.1 Catéter de duplo lumem:	SD _____		SE _____	
2.2 Catéter Permcath:	SD _____		SE _____	
2.3 Fístula Clássica:	BD _____	BE _____	AD _____	AE _____
2.4 Enxertos Biológicos:	BD _____	BE _____	AD _____	AE _____
2.5 Trombose vascular torácica:	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N		

3. Já fez DPI	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N
3.1 Caso já tenha feito, teve peritonite:	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N
3.2 Caso não tenha feito por que razão?	_____	
	_____	

4. Como está sendo dialisado hoje?	_____
	_____
	_____

<b>Médico responsável pelo preenchimento do formulário:</b>	
Nome: _____	C.R.M. _____
Data: _____	Assinatura _____

Abreviações:	SD	Subclávia direita	BD	Braço direito	AD	Antebraço direito
	SE	Subclávia esquerda	BE	Braço esquerdo	AE	Antebraço esquerdo



# SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

## SISTEMA ESTADUAL DE TRANSPLANTES

VERSÃO 3

Home page: <http://ctxses.saude.sp.gov.br>

C.Tx Sede - E-mail: [cncdosp-plantao@saude.sp.gov.br](mailto:cncdosp-plantao@saude.sp.gov.br) C.Tx Regional - E-mail: [centralregional@saude.sp.gov.br](mailto:centralregional@saude.sp.gov.br)

### Priorização de Córnea – Fora de Critério

<b>NOME:</b> _____
<b>RGCT</b> _____ <b>IDADE</b> _____ <b>MOTIVO DA PRIORIZAÇÃO</b> _____
_____

<b>HPMA</b>
_____
_____
_____

<b>AV s/c OD</b> _____ <b>C/C OD</b> _____ (melhor correção)
<b>OE</b> _____ <b>OE</b> _____
<b>BIOMICROSCOPIA</b>
_____
_____
<b>PIO:</b> ____ / _____
<b>FUNDOSCOPIA:</b>
_____
_____
<b>OUTROS EXAMES:</b> _____
_____
_____
<b>PATOLOGIA CLINICA/OFTALMOLÓGICA</b> _____
_____
_____

<b>TRATAMENTOS PRÉVIOS</b> _____
_____
<b>CIRURGIAS</b> _____
_____
<b>PROGNÓSTICO VISUAL:</b> ( ) POBRE ( ) MODERADO ( ) BOM ( ) OTIMO
_____
_____





# SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

## SISTEMA ESTADUAL DE TRANSPLANTES

VERSÃO 3

Home page: <http://ctxses.saude.sp.gov.br>C.Tx Sede - E-mail: [cncdosp-plantao@saude.sp.gov.br](mailto:cncdosp-plantao@saude.sp.gov.br) C.Tx Regional - E-mail: [centralregional@saude.sp.gov.br](mailto:centralregional@saude.sp.gov.br)

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Doação de Tecido Ocular

#### 1- DOADOR

Nome \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_  
Sexo: ( ) M ( ) F Nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_  
Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
complemento \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
Data do Óbito: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Horário do óbito: \_\_\_\_:\_\_\_\_

#### 2- RESPONSÁVEL PELA AUTORIZAÇÃO

\***Grau de Parentesco:** ( ) Tutor Comprovado *(Assinalar, se for o caso, quando o doador for menor de 18 anos)*  
( ) Pai ( ) Mãe ( ) Avô/ó ( ) Irmão/a ( ) Cônjuge/Companheiro ( ) Filho/a ( ) Neto/a  
( ) Curador Comprovado ( ) Autorização Judicial Comprovada

Caso seja utilizada a autorização de **parente de 2º grau** circunstanciar abaixo as razões do impedimento dos familiares de 1º grau (Decreto nº 9.175 – 18/10/2017 - artigo 20 - § 2º)

Circunstanciar aqui \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_  
Natural de: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_ telefone: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_ data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_  
Natural de: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_ telefone: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_ data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### 3 – AUTORIZADO A RETIRADA DE TECIDO OCULAR

( ) Somente para **Fins de Transplante**

( ) Para Fins de Transplante porém se o Órgão ou Tecido **não for utilizado para transplante**, devido sua qualidade, pode também ser **utilizado para Fins Científicos** (Ensino/Pesquisa)

**Testemunha 1:** Nome \_\_\_\_\_  
RG \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_

**Testemunha 2:** Nome \_\_\_\_\_  
RG \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_

Local e Data \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_



# SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

## SISTEMA ESTADUAL DE TRANSPLANTES

VERSÃO 3

Home page: <http://ctxses.saude.sp.gov.br>C.Tx Sede - E-mail: [cncdosp-plantao@saude.sp.gov.br](mailto:cncdosp-plantao@saude.sp.gov.br) C.Tx Regional - E-mail: [centralregional@saude.sp.gov.br](mailto:centralregional@saude.sp.gov.br)

### Informações Doador de Córnea Viável para Transplante

RGCT: \_\_\_\_\_

Data	____ / ____ / ____	BTOH	_____	Telefone	_____
Notificante:	_____			Cidade:	_____
Nome:	_____				
Dt Nasc.:	____ / ____ / ____	Idade:	_____	Cor:	_____
				Sexo	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

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

<b>Preencher em caso de morte encefálica</b> (horário do clampeamento da artéria aorta)	Data:	____ / ____ / ____	Hora:	____ : ____
Óbito:	Data:	____ / ____ / ____	Hora:	____ : ____
Enucleação:	Data:	____ / ____ / ____	Hora:	____ : ____
Preservação:	Data:	____ / ____ / ____	Hora:	____ : ____
Local da Captação:				
Meio: _____	Lote nº _____	Vencimento:	____ / ____ / ____	
Meio: _____	Lote nº _____	Vencimento:	____ / ____ / ____	

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

<b>Antecedentes:</b> (Hepatites, Drogas injetáveis, Transfusão sangüínea, septicemia) <input type="checkbox"/> Negativo
<b>Sorologias:</b> (HIV, Hepatite B e Hepatite C) <input type="checkbox"/> Negativo

Avaliação	Córnea Direita	Córnea Esquerda
Epitélio íntegro		
Halo senil		
Edema estromal		
Dobras do descemet		
Guttata		
Densidade endotelial		
Células/mm <sup>2</sup>		
Avaliação geral da córnea		
Validade da córnea até:		

Observações: _____
--------------------

Responsável pela Captação: \_\_\_\_\_

Supervisor pela Captação: \_\_\_\_\_

Responsável pelo Banco de Olhos \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



# SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

## SISTEMA ESTADUAL DE TRANSPLANTES

VERSÃO 3

Home page: <http://ctxses.saude.sp.gov.br>C.Tx Sede - E-mail: [cncdosp-plantao@saude.sp.gov.br](mailto:cncdosp-plantao@saude.sp.gov.br) C.Tx Regional - E-mail: [centralregional@saude.sp.gov.br](mailto:centralregional@saude.sp.gov.br)

### Notificação de Córnea Não Viável para Transplante

RGCT: \_\_\_\_\_

Data	/ /	BTOH	Telefone	
Notificante:			Cidade:	
Nome:				
Data Nasc.:	/ /	Idade:	Cor:	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.)

<b>Preencher em caso de morte encefálica</b> (horário do clampeamento da artéria aorta)	Data:	/ /	Hora:	:
Óbito:	Data:	/ /	Hora:	:
Enucleação:	Data:	/ /	Hora:	:
Preservação:	Data:	/ /	Hora:	:
Local da Captação:				
Meio:	Lote n <sup>o</sup> :		Vencimento:	/ /
Meio:	Lote n <sup>o</sup> :		Vencimento:	/ /

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

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

Informar a instituição de Ensino/Pesquisa: \_\_\_\_\_

Responsável pela Captação: \_\_\_\_\_

Supervisor pela Captação: \_\_\_\_\_



# SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

## SISTEMA ESTADUAL DE TRANSPLANTES

VERSÃO 3

Home page: <http://ctxses.saude.sp.gov.br>

C.Tx Sede - E-mail: [cncdosp-plantao@saude.sp.gov.br](mailto:cncdosp-plantao@saude.sp.gov.br) C.Tx Regional - E-mail: [centralregional@saude.sp.gov.br](mailto:centralregional@saude.sp.gov.br)

### Notificação de Córnea Não Viável para Transplante

Responsável pelo Banco de Olhos \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_