

#### **Saúde**

#### **GABINETE DO SECRETÁRIO**

#### **Resolução SS-114, de 29-09-2014**

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 2.268, de 30-06-1997, 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 revogado o disposto na Resolução SS-94 de 30-06-2005, Resolução SS-6 de 23-01-07, Resolução SS-157 de 21-05-2007, Resolução SS-267 de 19-07-07, Resolução SS-151 de 13-08-10 e notas técnicas vigentes até a data de sua publicação.  
(república por haver saído com incorreções)

Anexo I

(à Resolução SS 114, de 29-09-2014)

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 2.268, de 30-06-1997, será coordenado pela Coordenação Geral do Sistema Estadual de Transplantes (CGSET).

A Central de Transplantes Sede (CTx Sede) e Regional (CTx 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 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. Doador potencial: é o doador, com o primeiro exame clínico compatível com a morte encefálica, diagnosticada e declarada nos termos estabelecidos pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), ou coração parado, de quem poderá ser extraído órgão(s) ou tecido(s) para transplante.

2.3. Doador efetivo de órgãos: é o doador potencial com o diagnóstico de morte encefálica, diagnosticada e declarada nos termos estabelecidos pelo CFM, ou coração parado, cuja família autorizou a doação e para o qual foi iniciada a cirurgia para remoção dos órgãos.

2.4. Doador efetivo de tecidos: é o doador potencial com o diagnóstico de morte encefálica, diagnosticada e declarada nos termos estabelecidos pelo CFM, ou coração parado, cuja família autorizou a doação e do qual se extraiu o tecido com a finalidade de transplante.

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

- a. receptores potenciais ativos, semiativos, removidos, transplantados e falecidos;
- b. notificações de doadores em morte encefálica e coração parado;
- c. doadores efetivos de órgãos e tecidos;
- d. equipes médicas de transplante;
- e. hospitais notificantes e de transplante do Estado;
- f. Organizações de Procura de Órgãos;
- g. Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHT).

2.6. 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:

- a. Ativo: refere-se ao receptor que esteja com seus exames pré-transplante completos, dentro do prazo de validade previsto, em condições clínicas adequadas, e apto a concorrer à seleção de órgãos ou tecidos doados. Os pacientes que foram transplantados com doador falecido e estão vivos permanecem ativos com status "Transplante doador falecido"
- b. Semi-ativo: receptor potencial que, temporariamente, não participa da classificação para receber órgão(s) ou tecido(s) por apresentar exames pré-transplante incompletos ou por ter perdido, temporariamente, as condições clínicas para o transplante.

c. Removido: receptor potencial que abandonou o tratamento, que apresentou melhora da função do órgão inicialmente comprometida, que perdeu as condições clínicas para se submeter ao transplante, que se encontra em semi-atividade prolongada em lista, transferido para outro Estado, transplantado fora do Estado, que manifestou o desejo de não ser transplantado, que foi submetido a transplante com doador vivo ou evoluiu para óbito.

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

2.8. 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.

2.9. Responsável técnico: é o profissional responsável pelo serviço, conforme publicação do Ministério da Saúde (MS).

### 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), sediada na 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 2.268, de 30-06-1997 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:

- Núcleo de Apoio Técnico;
- Centro de Cadastro de Entidades e Receptores para Transplantes;
- Central de Transplantes Sede
- Central de Transplantes Regional
- Câmara Técnica Estadual do Coração (CTECor);
- Câmara Técnica Estadual da Córnea (CTECor);
- Câmara Técnica Estadual do Fígado (CTEFi);
- Câmara Técnica Estadual do Pâncreas (CTEPa);
- Câmara Técnica Estadual do Pulmão (CTEPu);
- Câmara Técnica Estadual do Rim (CTERi);

3.2. Central de Transplantes (CTx): 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:

- CTx 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, Bertioga, 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, Jujutiba, Mairiporã, Mauá, Miracatu, Mogi das Cruzes, Mongaguá, Osasco, Pariqueira-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.

- CTx Regional, sediada no Departamento Regional de Saúde XIII - Ribeirão Preto, responsável pela Regional 2 do SET, abrange os demais municípios do Estado de São Paulo.

Parágrafo 1: Cada CTx será coordenada por um Diretor, obrigatoriamente 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 integrantes de equipes técnicas de Bancos de Tecidos Humanos.

Parágrafo 2: A CTx Sede e CTx Regional deverão funcionar vinte e quatro horas por dia, sete dias por semana.

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

organismo supra-hospitalar autorizado pelo SNT, vinculado 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 1: 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 (CIHT) do estabelecimento de saúde onde estiver sediada a OPO, não podendo exercer a coordenação de mais de uma OPO.

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

Parágrafo 3: As OPOs, responsáveis pela captação e distribuição de órgãos de que trata este artigo são as seguintes:

I - Área de abrangência da CTx 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 CTx 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 do Conjunto Hospitalar de Sorocaba e OPO do Hospital das Clínicas de Marília

Parágrafo 4: 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, Jujutiba, Miracatu, Osasco, Pariqueira-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, Pari, 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 Isabel.

- 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-Guaçu, Guarujá, Ilha Bela, Itapeverica 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, Águas 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, Jambeiro, 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, Paraubuna, 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, Guatapara, Jabotical, 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 Brasileiro, Araraquara, Boa Esperança do Sul, Borborema, Cândido Rodrigues, Descalvado, Dobrada, Dourado, Fernando Prestes, Gavião Peixoto, Ibate, Ibatinga, Itápolis, Matão, Motuca, Nova Europa, Porto Ferreira, Ribeirão Bonito, Rincão, Santa Ernestina, Santa Lucia, Santa Rita do Passa Quatro, São Carlos, Tabatinga, Taquaritinga, Trabiçu, Altair, Barretos, Bebedouro, Cajobi, Colina, Colômbia, Embaúba, Guaiara, Guaraci, Jaborandi, Monte Azul Paulista, Olímpia, Pirangi, Severínia, Taiaçu, Taiúva, Taquaral, Terra Roxa, Viradouro, Vista Alegre do Alto, Aramina, Buritizal, Cristais Paulista, Franca, Guará, Igarapava, Ipuã, Itirapuã, Ituverava, Jeriquara, Miguelópolis, Morro Agudo, Nuporanga, Orlandia, Patrocínio Paulista, Pedregulho, Restinga, Ribeirão Corrente, Rifaína, 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, Bálsamo, Cardoso, Catanduva, Catiguá, Cedral, Cosmorama, Dirce Reis, Dolcinópolis, Elisiário, Estrela D'Oeste, Fernandópolis, Floreal, Guaipiaçu, Guarani D'Oeste, Ibirá, Icem, Indaiaporã, Ipiguá, Irapuã, Itajobi, Jaci, Jales, José Bonifácio, Macaúbal, Macedônia, Magda, Marapoama, Marinópolis, Mendonça, Meridiano, Mesópolis, Mira Estrela, Mirassol, Mirassolândia, Monções, Monte Aprazível, Neves Paulista, Nhandeara, Nipoã, Nova Aliança, Nova Canaã, Nova Granada, Novais, Novo Horizonte, Onda Verde, Oridiúva, 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, Sebastiãoópolis do Sul, Tabapuã, Tanabi, Três Fronteiras, Turmalina, Ubarana, Uchôa, União Paulista, Urânia, Urupês, Valentim Gentil, Vitória Brasil, Votuporanga, Zacarias, Alto Alegre, Andradina, Araçatuba, Auriflama, Avandandava, Barbosa, Bento de Abreu, Bilac, Birigui, Braúna, Brejo Alegre, Buritama, Castilho, Clementina, Coroados, Gabriel Monteiro, Gastão Vidigal, General Salgado, Glicério, Guaraçaí, Guararapes, Guzelândia, Ilha Solteira, Itapurã, Lavínia, Lourdes, Luizânia, 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, Suzanópolis, Turiuba, Valparaíso.

- OPO do Conjunto Hospitalar de Sorocaba:

Municípios: Alambari, Alumínio, Angatuba, Apiaí, Araçatiguama, Araçoiaba da Serra, Barra do Chapéu, Boituva, Bom Sucesso de Itateté, 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, Alvilândia, 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, Salmorão, Tupã, Vera Cruz, Avaí, Balbinos, Cabralia Paulista, Cafelândia, Quartina, Getulina, Guaicara, Guaimbé, 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, Tarabá, Teodoro Sampaio, Tupi Paulista, Assis, Bernardino de Campos, Borá, Cândido Mota, Canitar, Chavantes, Cruzália, Espírito Santo do Turvo, Florínea, Ibirarema, Ipauçú, 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, Itai, Itaju, Itaporanga, Itapuí, Itatinga, Jaú, Laranjal Paulista, Lençóis Paulista, Macatuba, manduri, Mineiros do Tietê, Paranapanema, Pardinho, Pederneiras, Pereiras, Piraju, Piratininga, Porangaba, São Manuel, Sarutaiá, Taguaí, Taquarituba, Tejubá, Torre de Pedra, Torrinha, Agudos, Arealva, Bariri, Barra Bonita, Bauru, Bocaina, 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 (CIHT): deverá ser instituída por ato formal da direção de cada estabelecimento de saúde e estar vinculada diretamente à diretoria médica da instituição.

Parágrafo Único: As CIHTs do Estado de São Paulo devem ser compostas por no mínimo: 1(um) médico e 2(dois) enfermeiro(a) s pertencentes ao corpo funcional do Hospital, que dedicam 3 horas extras por dia, para as atividades de busca ativa, entrevista familiar, manutenção e preparo do doador e marcação do horário da retirada dos órgãos e tecidos doados. O médico e os enfermeiros deverão receber treinamento no Curso de Formação de Coordenadores Intra-Hospitalares de Transplantes certificado pelo Sistema Estadual de Transplantes.

3.5. Hospital Notificante: qualquer hospital 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. Estabelecimentos de Transplante: são instituições hospitalares devidamente autorizadas pela CGSET e credenciadas pelo SNT para a realização de transplantes e retirada de órgãos e tecidos.

3.8. 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;

3.9. Laboratórios de Histocompatibilidade: são laboratórios devidamente autorizados por intermédio de Portarias do Ministério da Saúde e referenciados pela Secretaria de Estado da Saúde, para realização, manutenção e armazenamento, dos testes de histocompatibilidade, sendo responsáveis pela guarda de material para manutenção da soroteca, pela realização da prova cruzada aplicada à lista dos potenciais receptores (nos casos em que se indique) nominada pela CTx e pelo exame de tipificação HLA do receptores e dos doadores.

Parágrafo Único: O material para realização da tipificação do HLA do doador será encaminhado pelo estabelecimento de saúde, onde se realiza o processo de doação ao laboratório de histocompatibilidade correspondente, logo após a autorização familiar.

3.10. Centros de Diálise: estabelecimentos de saúde integrantes do SET, destinados a terapia renal substitutiva e a manutenção dos candidatos a receber um rim de doador vivo ou falecido;

3.11. 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 para obtenção de córneas/globos oculares nos hospitais da sua área de atuação.

#### 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.

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, CIHT e BTOH deverá indicar, no mínimo, dois representantes aos quais será disponibilizado acesso ao SIGSET, os quais receberão treinamento para uso adequado do sistema, bem como assinarão um termo de responsabilidade para a utilização do cartão de acesso;

4.3. O centro de diálise receberá um único cartão de acesso em nome do seu 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. As equipes que já possuem acesso devem se responsabilizar pelo treinamento de novos usuários ou solicitar

treinamento formal, ministrado periodicamente pelas CTx Sede e Regional;

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

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

4.8. As CTxs 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:

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

b. Disponibilizar informações, visando a transparência e o controle social das atividades desenvolvidas;

c. Gerenciar o cadastro de receptores potenciais no CTU, para o transplante de coração, fígado, rim, pulmão, pâncreas, pâncreas/rim, córneas e demais transplantes conjugados bem como gerenciar o cadastro das entidades que integram o SET;

d. Exercer controle e fiscalização das atividades das CTxs Sede e Regional;

e. 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;

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

h. Encaminhar relatórios ao SNT;

i. Delimitar a área de atuação dos BTOH e OPO, selecionar hospitais a serem incluídos no Programa Paulista de Incentivo às CIHT;

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

## 5.2 Cabe às CTxs:

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

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

c. Comunicar as características do doador notificado pela OPO, por intermédio de “smartphones”, às equipes médicas;

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

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

f. Cobrar e disponibilizar os evolutivos pós-transplante de órgãos e córneas (inicial, trimestral, semestral e anual), para as equipes de transplantes;

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

## 5.3. Cabe às Organizações de Procura de Órgãos e de Tecidos (OPO):

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

b. Avaliar o doador potencial de órgãos e tecidos após receber a notificação da CTx; nos casos em que receber uma notificação diretamente de um hospital, deverá repassá-la imediatamente a CTx correspondente, a quem cabe esse tipo de tarefa;

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

d. Solicitar a emissão de Declaração de Óbito dos doadores de órgãos/tecidos ao médico da unidade onde se encontra internado o doador potencial. O horário do óbito, no caso da morte encefálica, corresponde ao horário do último exame realizado na caracterização deste diagnóstico. A guia de encaminhamento do corpo deverá ser solicitada nos casos em que o corpo for encaminhado ao Instituto Médico Legal;

e. Colaborar e, se necessário, realizar entrevista familiar para a solicitação de doação de órgãos e tecidos, utilizando o Formulário 1 - Termo de Doação de Órgãos e Tecidos – Doador falecido (Anexo IV);

f. Colaborar, se necessário, na viabilização de exames laboratoriais para a avaliação do doador potencial (exames bioquímicos, tipagem ABO, hemograma, sorologias, funções hepática, renal, cardíaca, pancreática, pulmonar);

g. Viabilizar a coleta e o envio de amostras de sangue para a realização de tipificação do Antígeno Leucocitário Humano (HLA).

h. Garantir a coleta e ao envio de gânglios e fragmento de baço ao(s) laboratório(s) de histocompatibilidade correspondente(s), para realização de crossmatch, logo após o início da retirada dos órgãos do doador, sendo que essa coleta deverá ser realizada por uma das equipes de transplante;

i. Incluir os dados no SIGSET referentes ao Formulário 2 - Ficha Informações sobre o Doador (Anexo IV);

j. A OPO deverá confirmar a tipagem sanguínea sistema ABO dos doadores de órgãos sólidos imediatamente antes de incluir as informações no SIGSET, para que a CTx proceda a seleção dos receptores, e inicie a oferta dos órgãos às equipes transplantadoras;

k. 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 em hospitais que não possuam CIHT;

l. 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;

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

n1. se o doador falecido tiver idade acima de 60 anos;

n2. 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;

n3. se houver suspeita de doença renal específica;

n4. se houver alteração estrutural macroscópica;

n. Acompanhar os procedimentos de retirada de órgãos e tecidos e a entrega do corpo recomposto condignamente aos familiares do doador nos hospitais que não possuem CIHT;

o. Tomar providência para que sejam encaminhados ao serviço de anatomia patológica órgão(s) retirado(s) e não utilizado(s), enviando o respectivo laudo para a CTx;

p. 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 CTx;

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

r. Participar de eventos e atividades apoiadas ou promovidas pela CTx.

Parágrafo 1º: O Coordenador deve manter o cadastro da OPO atualizado através do Formulário 3 - Organização de Procura de Órgãos (Anexo IV);

Parágrafo 2º: As atribuições comuns das OPOs e da CIHTs serão exercidas de maneira cooperativa e ambas serão coresponsáveis pelo desempenho da rede de atenção à doação de órgãos, na sua área de atuação.

5.4. Cabe às Comissões Intra-Hospitalares de Transplante (CIHT):

a. Realizar a busca ativa (identificação de doadores potenciais de órgãos e tecidos) no âmbito da instituição onde está sediada;

b. Articular-se com as equipes médicas da instituição, em especial as das Unidades de Tratamento Intensivo e Urgência e Emergência, no sentido de estimular adequado suporte para fins de doação, colaborando para a otimização e manutenção das condições clínicas do doador;

c. Notificar à CTx todos os casos com diagnóstico estabelecido de morte encefálica, mesmo aqueles com contra-indicações à doação de órgãos e tecidos, ou em que a doação não seja efetivada, com registro dos motivos da não-doença;

d. Solicitar autorização à Ctx, que indicará a equipe a ser contatada, para realização do registro gráfico comprobatório de morte encefálica,

e. Solicitar a emissão de Declaração de Óbito dos doadores de órgãos/tecidos ao médico da unidade onde se encontra internado o doador potencial. O horário do óbito, no caso da morte encefálica, corresponde ao horário do último exame clínico realizado na caracterização deste diagnóstico. A guia de encaminhamento do corpo deverá ser solicitada nos casos em que o corpo for encaminhado ao Instituto Médico Legal;

f. Realizar entrevista familiar para a solicitação de doação de órgãos e tecidos, utilizando o Formulário 1 - Termo de Doação de Órgãos e Tecidos - Doador falecido (Anexo IV);

g. Viabilizar realização de exames laboratoriais para a avaliação do doador potencial (bioquímicos, tipagem ABO, hemograma, sorologias, funções hepática, renal, cardíaca, pancreática, pulmonar), bem como coleta e o envio de amostras de sangue para a realização de tipificação do Antígeno Leucocitário Humano (HLA);

h. Garantir a coleta e o envio de gânglios e fragmento de baço ao(s) laboratório(s) de histocompatibilidade correspondente(s), para realização de crossmatch, logo após o início da retirada dos órgãos do doador, sendo que essa coleta deverá ser realizada por uma das equipes de transplante;

i. Incluir no SIGSET os dados referentes ao Formulário 2 - Informações sobre o Doador de Múltiplos Órgãos (Anexo IV);

j. 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;

k. Observar os critérios e solicitar a realização da biópsia renal:

k1. se o doador falecido tiver idade acima de 60 anos;

k2. 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;

k3. se houver suspeita de doença renal específica;

k4. se houver alteração estrutural macroscópica;

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

m. Tomar providência para que sejam encaminhados ao serviço de anatomia patológica órgão(s) retirado(s) e não utilizado(s), enviando o respectivo laudo para a CTx;

n. Participar de eventos e atividades apoiadas ou promovidas pela CTx;

o. Encaminhar o relatório mensal das atividades da CIHT, conforme Formulário 4 - Relatório mensal das atividades da CIHT (Anexo IV).

#### 5.5. Cabe aos Estabelecimentos Hospitalares (Notificantes):

- Notificar à CTx, e não à OPO, a existência de possíveis doadores em sua 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 doador potencial.
- Franquear suas instalações às equipes de transplante e fornecer o apoio operacional necessário;
- Preencher o Formulário 5 – Formulário dos 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. Cabe às Equipes Médicas de Transplante:

- a. Manter atualizada a autorização para retirada de tecidos, órgãos, células ou partes do corpo, realização de transplantes, e acompanhamento pós-transplante concedida pela Coordenação-Geral do SNT, atendendo às exigências e fluxos estabelecido em Portaria GM/MS 2600 de 21-10-2009;
  - b. Apresentar o cadastro de cada hospital, no qual realizam transplantes. O responsável técnico deve manter atualizado o cadastro através do Formulário 6 - Cadastramento de Equipe de Transplante (Anexo IV);
  - c. Encaminhar formalmente à CTx, 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;
  - d. Cadastrar seus receptores potenciais, no CTU do SET, com todos os dados requeridos;
  - e. Priorizar seus receptores potenciais, em consonância com as normas vigentes;
  - f. Solicitar a transferência de receptores potenciais para outra equipe e providenciar a anuência do mesmo;
  - g. Providenciar o encaminhamento da amostra de soro para o laboratório correspondente, no caso de pacientes com IRC ou em tratamento conservador (preemptivo), inscritos para transplante renal e pâncreas isolado;
  - h. Receber a comunicação da CTx quando da classificação de seu receptor potencial, e, no prazo máximo de uma hora para órgão e tecido, informar a aceitação ou não do órgão/tecido;
  - i. Comunicar imediatamente, a impossibilidade da utilização da córnea à CTx, devolvendo-a ao BTOH de origem. Nesse caso, enviar o Formulário 7 - Notificação de Devolução de Córnea (Anexo IV). Em caso de reincidência, havendo perda da qualidade ou mesmo perda do tecido ocular devido à demora excessiva da equipe em utilizá-lo esta equipe será impedida de novas inscrições por um período de 03 (três) meses;
  - j. Realizar a cirurgia de extração do(s) órgão(s) do doador;
  - k. Providenciar o traslado do(s) órgão(s) do doador para o local de realização da cirurgia de transplante;
  - l. Retirar o órgão ou a córnea, no local definido pela CTx;
  - m. Realizar o transplante de órgão(s)/tecido(s) no receptor potencial indicado pela CTx, obedecida a classificação no CTU e no hospital de inscrição;
  - n. Encaminhar os órgãos retirados e não transplantados para o OPO responsável pelo doador ou indicado pela CTx, utilizando o Formulário 8 - Solicitação de exame anatomopatológico de órgãos/tecidos retirados e não utilizados (Anexo IV);
  - o. Após a aceitação, do órgão/tecido, confirmar a realização do transplante em até 5 (cinco) dias;
  - p. Atualizar os relatórios evolutivos, inicial, de 3 meses, de 6 meses e de 12 meses, dos receptores transplantados, e depois anualmente até a perda do órgão ou óbito do paciente, no prazo máximo de 30 dias após a data dos eventos;
  - q. Manter atualizado o cadastro e o status dos receptores potenciais;
- Parágrafo 1: O não cumprimento dos prazos estabelecidos no item “a” acarretará suspensão da atividade de inscrição de novos receptores até a regularização das condições da equipe junto ao SNT.
- Parágrafo 2: O não cumprimento dos prazos estabelecidos nos itens “n” e “o” acarretará suspensão da atividade de inscrição de novos receptores, até a atualização das informações pendentes no sistema.

#### 5.7. Cabe aos Estabelecimentos de Transplante:

- a. Apresentar o cadastro no SET, Formulário 9 – Cadastramento de hospital de transplante (Anexo IV);
- b. Garantir acesso e apoio operacional à OPO para a busca ativa e demais procedimentos após a notificação do doador potencial.
- c. Franquear suas instalações às equipes de transplante e fornecer o apoio operacional necessário;
- d. Disponibilizar informações de doadores e receptores, quando solicitadas pela CTx;
- e. Comunicar à CTx qualquer intercorrência que impeça a realização de transplantes;
- f. 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, bem como a transcrição desses resultados para o CTU no SIGSET, considerando tratar-se de informação indispensável à seleção de receptores durante a distribuição dos órgãos.

#### 5.8. Cabe às Câmaras Técnicas Estaduais:

- a. Assessorar tecnicamente a Secretaria de Estado da Saúde nas questões referentes a transplante;
- b. Analisar e propor soluções para condutas técnicas cuja complexidade extrapola normas e procedimentos já estabelecidos;
- c. Rever periodicamente as normas e os procedimentos, objetivando o aperfeiçoamento do SET;



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

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

5.9. Cabe aos Centros de Diálise:

a. Encaminhar seus pacientes para uma das equipes credenciadas.

b. No caso da Sub-Regional II da Regional II, o encaminhamento ocorrerá conforme a relação das equipes/hospitais desta regionalização (Tabela 1 - Anexo IVI);

c. 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. Cabe aos Laboratórios de Histocompatibilidade:

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

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

c. Realizar a tipificação do HLA de pacientes indicados pelas equipes de transplantes;

d. Realizar a tipificação do HLA de doadores falecidos;

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

f. Inserir diretamente no SIGSET, nas respectivas telas do receptor e doador inscritos no CTU, os resultados dos exames que realizou.

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

b. Regional II

- Sub-Regional I

- Sub-Regional II

- Sub-Regional III

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

6.2. Cadastramento dos receptores potenciais

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

b. 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.

c. 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.

d. Os receptores potenciais renais ficarão vinculados a um dos laboratórios de histocompatibilidade, de acordo com a Regional e a Sub-Regional de acordo com o item 6.1. "Regionalização".

e. Ocorrendo cadastramento de um mesmo receptor potencial por mais de uma equipe médica de transplante, a CTx removerá a inscrição mais recente. Essa inscrição ficará com o status "removido por inscrição duplicada".

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

g. 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 CTx, no que couber.

#### 6.4. Priorização de Receptores Potenciais

A priorização de receptores potenciais para transplante no CTU será indicada e efetuada pela equipe de transplante, exceto para o transplante de rim e pâncreas/rim, descrito nos respectivos módulos do Anexo II.

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

A notificação de potenciais doadores deverá ser feita pelos hospitais notificantes para a correspondente CTx.

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

As informações referentes aos doadores de múltiplos órgãos/córneas deverão ser preenchidas diretamente no SIGSET pelas OPO ou BTOH. As CTxs conferem os dados e trocam informações com as OPOs antes de encaminhar a informação para as equipes de transplantes via smartphone.

#### 6.7. Descarte de doadores

Será descartado o doador com sorologia positiva para HbsAg, Doença de Chagas, HIV, HTLV I e II e anti HCV.

#### 6.8. Realização da tipagem HLA de doadores por morte encefálica

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

#### 6.9. Realização da prova cruzada (crossmatch)

a. Os laboratórios de histocompatibilidade serão responsáveis pela realização da prova cruzada dos receptores de rim, pâncreas, pâncreas/rim e coração (se necessário), selecionados pela CTx;

b. O material do doador para realização da prova cruzada será encaminhado ao laboratório pela OPO, pelo hospital notificante ou eventualmente pela equipe de transplante, devidamente identificado, no caso de transplantes de coração, pâncreas e pâncreas/rim.

#### 6.10. Aceitação de órgãos/tecidos

a. A aceitação ou recusa, de órgãos e tecidos, é responsabilidade da equipe médica de transplante.

b. A equipe médica de transplante deverá informar corretamente o motivo da recusa.

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

#### 6.11. Retirada de órgãos/tecidos

a. 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 CTx.;

b. A responsabilidade pela retirada do pâncreas/rim ou pâncreas isolado é da equipe cujo primeiro receptor classificado tenha painel < 50% ou menos de quatro crossmatch positivos no histórico do receptor;

c. O cirurgião responsável pela retirada do(s) rim(s) deverá preencher o Formulário 10- Dados da Nefrectomia (Anexo IV), o qual deverá ser encaminhado para a CTx. Nos casos de transplante conjugado com rim, a retirada poderá ser feita pelo profissional responsável pelo outro órgão a ser transplantado;

d. 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 CTx;

e. Para os demais tecidos, a responsabilidade pela retirada é da equipe de transplante e ou captação específica.

#### 6.12. Da alocação de órgãos de doadores falecidos para transplantes conjugados

Nos casos de transplantes conjugados de rim com qualquer outro órgão, a alocação se dá preferencialmente para os receptores potenciais deste outro órgão e a equipe médica de transplante conjugado terá direito na escolha do rim.

#### 6.13. 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 CTx.

#### 6.14. Notificação de transplante realizado

A notificação de transplante será efetuada pela equipe médica de transplante em até 05 dias após a aceitação do órgão/tecido. Decorrido este prazo a equipe ficará suspensa para realizar novas inscrições.

#### 6.15. 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 15 dias após a extração do tecido, utilizando o Formulário 11 - Notificação de tecido retirado (Anexo IV).

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

b. A CTx 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 01 mês para a atualização destes dados. Decorrido este prazo a equipe ficará suspensa para realizar novas inscrições.

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

O laboratório será responsável pela realização do painel e atualização dos dados referentes ao painel a cada 06 (seis)

meses e soro a cada 03 (três) meses ou 15 dias após uma transfusão de sangue.

6.18. Disponibilidade de órgãos pela CNNCDO (Central Nacional de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos)  
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 114, de 29-09-2014)

### 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

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

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

2.1.2. Os receptores potenciais ficarão com o status semiativo “Aguarda clearance”, até que a equipe de transplante envie a cópia deste exame para o SET;

2.1.3. O receptor será removido do cadastro técnico atual caso permaneça 90 (noventa) dias consecutivos no status semiativo, assumindo o status “Removido administrativo”.

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

- a. 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;
- b. 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;
- c. Peso mínimo e máximo: a equipe informará o peso mínimo e máximo aceitável do doador;
- d. Usuário de droga injetável: a equipe informará se aceita ou não doador com esse antecedente;
- e. Usuário de droga inalatória (cocaína ou crack): a equipe informará se aceita ou não doador com esse antecedente;
- f. Exame sorológico positivo para:

- Hepatite B (anti-Hbc): a equipe informará se aceita ou não doador com esse antecedente. A aceitação está condicionada a receptores com sorologia positiva ou imunizados;

- 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 (suspensão > 365 dias), transferido para outro Estado, transplante fora do estado e transplante-doador falecido.

Considerações gerais:

- O status removido (suspensão > 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 (noventa) dias consecutivos nesta condição, assumindo o status “Removido administrativo”.

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

##### 4. Da Priorização

##### 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

- Neste caso o paciente deve obrigatoriamente estar internado e com droga(s) vasopressora(s).
- A priorização tem validade de 07 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) 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):

- a. Receptores potenciais priorizados na condição 1, com igualdade ABO e a seguir com compatibilidade ABO, ordenados por tempo de espera;
- b. 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, a equipe deverá encaminhar a cópia da prescrição e evolução médica do receptor, do dia do transplante e do dia anterior, no prazo de 15 dias. Esses documentos serão auditados pelas CTE.

A equipe deverá encaminhar cópia da sorologia do receptor para a CTx, no prazo de 15 dias, caso utilize órgão de doador com sorologia positiva para hepatite B e ou hepatite C.

### 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:

- a. Insuficiência Renal Crônica (IRC) Terminal em programa de diálise com hepatopatia e indicação de transplante de fígado.
- b. Pacientes com Insuficiência Renal Aguda incluindo a Síndrome Hépto-Renal (SHR) com creatinina maior ou igual a 2,0 mg/dL, em diálise maior ou igual a 8 semanas.
- c. Pacientes 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 CTx. O receptor 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:

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



d. Clinicamente justifiquem a sua permanência na lista de espera, após avaliação e parecer conclusivo da CTE, 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 CTx.

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 pacientes, embora inscritos no sistema, não poderão ser transplantados nem retransplantados com doador falecido.

### 2.4 Ficha complementar da inscrição:

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

b. 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%;

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

d. Usuário de droga injetável: a equipe informará se aceita ou não doador com esse antecedente;

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

f. 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;

g. 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.

h. 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.

i. 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.

j. 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;

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

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

k. 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 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.

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

Arredondar o resultado para valor inteiro.

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

b. Caso o valor da creatinina seja maior que 4,0 mg/dl, será considerada 4,0 mg/dl para efeito do cálculo do MELD;

c. Nos casos dos pacientes 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.

d. 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.

e. 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:

a. MELD até 10 - validade de 12 meses, exame colhido nos últimos 30 dias;

b. MELD de 11 a 18 - validade de 3 meses, exame colhido nos últimos 14 dias;

- c. MELD de 19 a 25 - validade de 1 mês, exame colhido nos últimos 7 dias;
- d. MELD maior que 25 - validade de 7 dias, exame colhido nas últimas 48 horas.

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

Cálculo do PELD:

- se o paciente tiver até 24 meses de vida

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

- se o paciente 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;

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

c. 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.

d. 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:

a. PELD até 5 - validade de 12 meses, exame colhido nos últimos 30 dias;

b. PELD superior a 5 até 10 validade de 3 meses, exame colhido nos últimos 14 dias;

c. PELD superior a 10 até 14 - validade de 1 mês, exame colhido nos últimos 7 dias; e

d. PELD superior a 14 - validade de 15 dias, exame colhido nas últimas 48 horas.

Caso os exames não sejam renovados no período definido, o paciente 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 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 (suspenso > 365 dias), exceto os status MELD/PELD vencido e aguarda clearance.

- 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 "suspenso 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".

- MELD/PELD vencido: este status não será atribuído aos receptores com situação especial ou priorizados.

- 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 CTE.

Os diagnósticos a serem considerados para efeito deste item são:

a. Adenomatose múltipla bilobar extensa e irresssecável (MELD/PELD);

b. Carcinoma fibrolamelar irresssecável e sem doença extrahepática (MELD/PELD);

c. 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);

d. Doenças metabólicas com indicação de transplante - fibrose cística, glicogenose tipo I e IV, oxalose primária (MELD);

e. Hemangioendotelioma epitelióide primário de fígado irresssecável e sem doença extrahepática (MELD/PELD);

- f. Hemangioma gigante irressecável, hemangiomatose ou doença policística com síndrome compartimental (MELD/PELD);
- g. Hepatoblastoma irressecável e sem doença extra-hepática ativa (MELD/PELD);
- h. Hepatocarcinoma – Downstaging (MELD/PELD);
- i. 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);
- j. Indicação de transplante pós doação de fígado (MELD);
- k. Indicação de transplante pós transplante de órgão sólido (MELD/PELD);
- l. Polineuropatia Amiloidótica Familiar (PAF) - graus I, II e III (MELD);
- m. Síndrome hepatopulmonar - PaO2 menor que 60 mmHg em ar ambiente (MELD/PELD);
- n. Trombose arterial após o 15º dia (MELD/PELD);
- o. 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.
- p. Tumor neuroendócrino metastático (MELD/PELD).

## 6. Da Pontuação em Situação Especial

### 6.1. PELD Corrigido

A pontuação inicial nesse grupo será 30 pontos. Caso o paciente 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 paciente não seja transplantado após 90 dias em lista de espera, 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 órgão sólido, 40 pontos;
- Polineuropatia amiloidótica familiar, 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 irrissecável e sem doença extrahepática (MELD/PELD)

a. Diagnóstico/estadiamento:

- Relatório médico e cópia de laudos de exames laboratoriais que caracterizem o diagnóstico, a irrissecabilidade 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:

- Laudo de 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.

7.6. Hemangioma gigante irrissecável, 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 irrissecabilidade e a síndrome compartimental.

b. Receptor transplantado:

- Laudo do exame anatomopatológico do fígado explantado.

7.7. Hepatoblastoma irrissecável 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 irrissecabilidade.

- 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:

- Relatório médico e cópia de laudos de exames complementares.

b. Acompanhamento:

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

- Tomografia computadorizada de tórax realizada a cada 12 meses.

c. Receptor transplantado:

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

- Laudo do exame anatomopatológico do fígado explantado.

7.9. Hepatocarcinoma (MELD/PELD)

a. Diagnóstico/estadiamento:

- 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 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.

**- 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 12 – Situação especial - Carcinoma Hepatocelular (Anexo IV).

**c. Acompanhamento:**

- Laudo de pelo menos um método de imagem com contraste (tomografia computadorizada / ressonância magnética) que demonstre obediência ao critério de Milão, conforme portaria ministerial vigente, realizado com intervalo máximo de 6 meses.

- Tomografia computadorizada de tórax realizada a cada 12 meses.

**d. Receptor transplantado:**

- Laudos de todos os exames de imagem solicitados acima para acompanhamento;
- Laudo do exame anatomopatológico do fígado explantado.
- 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 hepato-pulmonar - PaO2 menor que 60mmHg em ar ambiente (MELD/PELD)**

**a. Diagnóstico:**

- Resultado da gasometria arterial em ar ambiente com PaO2 < 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 PaO2.

**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 irressecabilidade 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.

## 8. Da Priorização

### 8.1. Insuficiência hepática aguda grave

Definida como desenvolvimento de encefalopatia até 08 semanas após o início de icterícia em pacientes 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. Indivíduos 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 pacientes 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:

o Idade inferior a 10 ou superior a 40 anos;

o Causas: halotano, hepatite de outra etiologia que os vírus A ou B, reações farmacológicas idiossincrásicas;

o Duração da icterícia maior que sete dias antes do início da encefalopatia.

o TPT maior que 50 segundos, INR > 3,5;

o Concentração sérica de bilirrubina > 17,5 mg/dL.

Critérios do Clichy/Hospital Beaujon:

- Pacientes 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

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.

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, 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 maior ou igual a 30 pontos ou MELD/PELD com a situação especial "Trombose arterial até o 15º dia";
- Doadores do tipo sanguíneo B ou A;
- 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 pacientes 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 pacientes 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”:

Para doadores menores de 18 anos ou peso inferior a 40 kg

a. Receptores potenciais menores de 18 anos, observada a regionalização, igualdade

ABO, classificados por pontuação decrescente de MELD/PELD CORRIGIDO, ocorrendo o desempate conforme abaixo:

a.1. Receptores com MELD/PELD atualizado:

- Ordem decrescente do valor do MELD/PELD;

- Tempo de espera.

a.2. Receptores com MELD/PELD vencido, com situação especial:

- Tempo de espera.

b. Receptores potenciais menores de 18 anos, observada a regionalização, compatibilidade ABO, classificados por

pontuação decrescente de MELD/PELD CORRIGIDO, ocorrendo o desempate conforme abaixo:

b.1. Receptores com MELD/PELD atualizado:

- Ordem decrescente do valor do MELD/PELD;

- Tempo de espera.

b.2. Receptores com MELD/PELD vencido, com situação especial:

- Tempo de espera.

c. Receptores potenciais maiores de 18 anos, observada a regionalização, igualdade ABO, classificados por pontuação

decrecente de MELD CORRIGIDO, ocorrendo o desempate conforme abaixo:

c.1. Receptores com MELD atualizado:

- Ordem decrescente do valor do MELD;

- Tempo de espera.

c.2. Receptores com MELD vencido, com situação especial:

- Tempo de espera.

d. Receptores potenciais maiores de 18 anos, observada a regionalização, com idade acima de 18 anos, compatibilidade

ABO, classificados por pontuação decrescente de MELD CORRIGIDO, ocorrendo o desempate conforme abaixo:

d.1. Receptores com MELD atualizado:

- Ordem decrescente do valor do MELD;

- Tempo de espera.

d.2. Receptores com MELD vencido, com situação especial:

- Tempo de espera.

Para doadores maiores de 18 anos:

a. Receptores potenciais, observada a regionalização, igualdade ABO, classificados por pontuação decrescente de

MELD/PELD CORRIGIDO, ocorrendo o desempate conforme abaixo:

a.1. Receptores com MELD/PELD atualizado:

- Ordem decrescente do valor do MELD/PELD;

- Tempo de espera.

a.2. Receptores com MELD/PELD vencido, com situação especial:

- Tempo de espera.

b. Receptores potenciais, observada a regionalização, compatibilidade ABO, classificados por pontuação decrescente de

MELD/PELD CORRIGIDO, ocorrendo o desempate conforme abaixo:

b.1. Receptores com MELD/PELD atualizado:

- Ordem decrescente do valor do MELD/PELD;

- Tempo de espera.

b.2. Receptores com MELD/PELD vencido, com situação especial:

- Tempo de espera.

10. Do Receptor Transplantado

Após a realização do transplante, a equipe deverá encaminhar para a CTx, cópia do exame laboratorial do MELD/PELD, inclusive sódio sérico, no prazo de 15 dias.

No caso de utilização de órgão de doador com sorologia positiva para hepatite B, a equipe deverá encaminhar cópia do resultado da sorologia do receptor transplantado para a CTx, no prazo de 15 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 CTx, a documentação detalhada abaixo e cópia do último exame laboratorial do MELD/PELD, inclusive sódio sérico, no prazo de 60 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 paciente;

- Laudo do exame anatomopatológico do fígado explantado.

#### 10.2. Em receptores com situação especial

Encaminhar, no prazo de 60 dias, as informações requeridas no item “acompanhamento” e “receptor transplantado” conforme especificado em cada situação especial, nos termos estabelecidos desta resolução (“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 CTE.

#### 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 o Formulário 13

- 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, bem como o Formulário 14 - Informações sobre o doador – PAF (Anexo IV) preenchido.

#### 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 paciente, 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.

### MÓDULO DE TRANSPLANTE DE RIM

#### 1. Da Regionalização

##### 1.1. Regional I

##### 1.2. Regional II:

##### a. Sub-Regional I

##### b. 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:

a. Terapia renal substitutiva, em qualquer das modalidades;

b. Tratamento conservador, que apresentem clearance de creatinina menor que 10 ml/min;

c. Tratamento conservador, que tenham idade inferior a 18 anos e apresentem clearance de creatinina menor que 15 ml/min;

d. 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 CTx a cópia desse exame. O receptor será removido do cadastro técnico atual caso permaneça 90 dias consecutivos nesta condição, assumindo o status “Removido administrativo”.

#### 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, função renal recuperada, não quer ser transplantado, removido administrativo, removido (inscrição duplicada), removido pela equipe, removido sem condições clínicas, removido (suspensão > 365 dias), transferido para outro Estado, transplante-doador falecido, transplante doador vivo e transplante fora do estado.

Considerações gerais:

- O status removido (suspensão > 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”.

- 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:

a. no “locus” DR

0 MM = 10 pontos

1 MM = 5 pontos

2 MM = 0 ponto

b. no “locus” B

0 MM = 4 pontos

1 MM = 2 pontos

2 MM = 0 ponto

c. 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:

a. 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;

b. Receptores potenciais hipersensibilizados: serão atribuídos 4 pontos a receptores com painel-PRA igual ou superior a 80% e 2 pontos adicionais a receptores com PRA entre 50% e 79%;

c. Crianças e adolescentes: serão atribuídos 4 pontos para receptores com idade inferior a 18 anos;

d. Receptores potenciais diabéticos (tipo I ou tipo II): serão atribuídos 3 pontos.

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

#### 5. Do Descarte de Órgãos para Transplante

Os rins, para transplante de rim isolado, serão descartados dos doadores falecidos com as características abaixo definidas:

- idade menor que 2 anos e maior que 75 anos,

- usuários de drogas injetáveis,

- sorologia positiva vírus C (anti-HCV), vírus B (HbsAg) e Chagas

No caso dos doadores com sorologia positiva para anti-Hbc serão selecionados, respeitando os critérios vigentes, todos os receptores que tenham a informação de sorologia positiva para anti-Hbs ou anti-Hbc ou HbsAg na ficha de inscrição: nestes casos, após o transplante, a equipe de transplante deverá encaminhar para a Central de Transplantes a sorologia do receptor.

#### 6. Da Priorização

##### 6.1. Impossibilidade total de acessos para diálise

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.

A equipe de transplante deverá encaminhar para a CTx:

a. Relatório médico detalhado com a história clínica, estudo vascular e de capacidade funcional do peritônio;

b. Formulário 15 - Impossibilidade total de acesso para diálise (Anexo IV) preenchido.

##### 6.2. Pós transplante de outro órgão

Quando o receptor apresentar deterioração da função renal e:

a. Estiver realizando alguma das modalidades de terapia renal substitutiva;

b. Apresentar depuração da creatinina endógena menor que 10 ml/min;

c. Tiver idade inferior a 18 anos e depuração da creatinina endógena menor que 15 ml/min;

d. For diabético em tratamento conservador e apresenta depuração da creatinina endógena menor que 15 ml/min, deverá informar o centro de diálise ou, no caso de tratamento conservador, enviar cópia do clearance de creatinina.

A equipe de transplante deverá encaminhar, para a CTx 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.

### 6.3. Pós doação renal

Quando o paciente apresentar deterioração da função renal e:

- a. Estiver realizando alguma das modalidades de terapia renal substitutiva;
- b. Apresentar depuração da creatinina endógena menor que 10 ml/min;
- c. Tiver idade inferior a 18 anos e apresentar depuração da creatinina endógena menor que 15 ml/min;
- d. For diabético em tratamento conservador e apresentar depuração da creatinina endógena menor que 15 ml/min, deverá informar o centro de diálise ou, no caso de tratamento conservador, enviar cópia do clearance de creatinina.

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

A CTx encaminhará a documentação do pedido de priorização para avaliação e parecer conclusivo da CTE. A priorização tem validade de 30 dias, renovável quando mantiver a indicação.

### 7. 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 versus receptor potencial, 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, exceto quando houver receptores potenciais com 0 (zero) mismatch.

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.

Caso o órgão ofertado seja de doador de outro Estado, será feita a classificação, unificando o cadastro das duas regionais.

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

Os receptores potenciais serão classificados conforme a sequência abaixo.

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

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

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

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

- a. Receptores potenciais priorizados, com igualdade ABO, seguido dos casos com compatibilidade ABO, classificados pela pontuação HLA;
- b. 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 CTx deverá indicar outra instituição pública e o transplante poderá ser realizado com anuência do receptor.

### 8. Do Receptor Transplantado

A equipe deverá encaminhar cópia da sorologia do receptor para a CTx, no prazo de 15 dias, caso utilize órgão de doador com sorologia positiva para hepatite B.

## 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.

A ficha complementar do receptor será composta das seguintes informações:

- a. Idade máxima e idade mínima aceitável do doador;
- b. Usuário de droga injetável: a equipe informará se aceita ou não doador com este antecedente;
- c. Usuário de droga inalatória (cocaína ou crack): a equipe informará se aceita ou não doador com este antecedente;
- d. Número de dias de intubação: a equipe deverá informar até quantos dias de intubação aceita o doador.
- e. Capacidade Pulmonar Total (CPT): a equipe informará os valores mínimo e máximo, entre 0 e 15 litros, aceitáveis para cada receptor.
- f. Exame sorológico positivo para:

- Hepatite B (anti-Hbc): a equipe informará se aceita ou não este antecedente. A aceitação está condicionada aos receptores com sorologia positiva ou imunizados;

- 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: 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 (suspensão > 365 dias), transferido para outro Estado, transplante-doador falecido e transplante fora do estado.

### 4. Da Priorização

Retransplante Agudo (indicado até 30 dias após o último transplante).

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 ABO, priorização, características do doador (ficha complementar) e tempo de espera.

A classificação considera a seguinte seqüência:

#### 5.1. Priorizados:

a. Receptores potenciais com igualdade ABO e tempo de espera,

b. Receptores potenciais com compatibilidade ABO e tempo de espera.

#### 5.2. Não priorizados:

a. Receptores potenciais com igualdade ABO e tempo de espera,

b. Receptores potenciais com compatibilidade ABO e tempo de espera.

### 6. Do Descarte de Órgãos para Transplante

Os critérios de descarte de doadores estão listados no item

#### 6.7, da Operacionalização.

### 7. Do Receptor Transplantado

A equipe deverá encaminhar cópia da sorologia do receptor para a CTx, no prazo de 15 dias, caso utilize órgão de doador com sorologia positiva para hepatite B.

## MÓDULO DE TRANSPLANTE DE PÂNCREAS/RIM

### 1. Da Regionalização

#### 1.1. Regional I

#### 1.2. Regional II:

##### a. Sub-Regional I

##### b. 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 CT 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 deste.

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

A reinscrição, quando ocorrer em até 180 dias após um transplante de pâncreas/rim, utilizará a data de inscrição do último transplante.

A ficha complementar do receptor será composta das seguintes informações:

a. 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>.

b. Usuário de droga injetável: a equipe informará se aceita ou não doador com este antecedente.

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

d. 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.

e. 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.

f. 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

g. Exame sorológico Positivo para:

- Hepatite B (anti-Hbc): a equipe informará se aceita ou não este antecedente; a aceitação está condicionada aos receptores com sorologia positiva ou imunizados;
- 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.
- Não se considera nesta contagem o status "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".

### 4. Do Descarte de Órgãos para Transplante

Além dos critérios de descarte de doadores (Da Operacionalização, item 6.7), o pâncreas/rim, será descartado com qualquer uma das características abaixo definidas:

- Idade < 18 anos e > 46 anos;
- IMC > 31;
- Antecedentes de diabetes mellito.

### 5. 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.

### 6. 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.

6.1. Receptores potenciais priorizados, com igualdade ABO, seguido dos casos com compatibilidade ABO, observada a regionalização, classificados pelo tempo de espera;

6.2. Receptores potenciais não priorizados, com igualdade ABO, seguido dos casos com compatibilidade ABO, observada a regionalização, classificados pelo 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.

### 7. Do Receptor Transplantado

A equipe deverá encaminhar cópia da sorologia do receptor para a CTx, no prazo de 15 dias, caso utilize órgão de doador com sorologia positiva para hepatite B.

## 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 CTE de pâncreas, 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 CTx 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:



a. Estejam realizando alguma das modalidades de terapia renal substitutiva;  
b. 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 CTx 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.

A ficha complementar, do receptor, será composta das seguintes informações:

a. IMC (índice de massa corpórea) máximo do doador: a

equipe informará qual o valor máximo do IMC que aceita. O valor aceitável, a ser informado, será de 20 a 30 Kg/m<sup>2</sup>;

b. Usuário de droga injetável: a equipe informará se aceita ou não doador com este antecedente;

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

d. 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.

e. 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.

f. 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.

g. Exame sorológico Positivo para:

- Hepatite B (anti-Hbc): a equipe informará se aceita ou não este antecedente; a aceitação está condicionada aos receptores com sorologia positiva ou imunizados;

- 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 (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.

Não se consideram nesta contagem os status "Aguarda clearance" e "Aguarda avaliação da CTE".

- 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. Do Descarte de Órgãos para Transplante

Além dos critérios de descarte de doador com sorologia positiva para HbsAg, Doença de Chagas, HIV, HTLV I e II e anti HCV, o pâncreas, será descartado com qualquer uma das características abaixo definidas:

- Idade < 5 anos e > 51 anos;

- IMC > 31;

- Antecedentes de diabetes.

5. Da Priorização

Não existe critério de priorização.

6. Da Classificação dos Receptores Potenciais

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

A seguir, serão classificados, por tempo de espera, os receptores potenciais com compatibilidade ABO com o doador.

7. Do Receptor Transplantado

A equipe deverá encaminhar cópia da sorologia do receptor para a CTx, no prazo de 15 dias, caso utilize órgão de doador com sorologia positiva para hepatite B e ou hepatite C.

## MÓDULO DE TRANSPLANTE DE TECIDOS OCULARES

1. Da Regionalização

- Regional I: compreende a Grande São Paulo e Litoral

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

## 2. Da Inscrição

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

## 3. Da Manutenção do Cadastro "Status"

### 3.1 Ativo

3.2 Semiativo: 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 (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 e transplante lamelar anterior.

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.

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

## 4. Da Priorização

4.1 Perfuração do globo ocular;

4.2 Retransplante após falência primária do enxerto;

4.3 Úlcera de córnea sem resposta ao tratamento;

4.4 Descemetocelose;

4.5 Idade inferior a 7 anos e opacidade corneana bilateral.

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

Nos casos de retransplante por falência primária, será aceita a priorização até o 90º dia após o último transplante.

## 5. Da Classificação dos Receptores Potenciais

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

5.1 Receptores potenciais priorizados, observando a regionalização, classificados pelo tempo de espera;

5.2 Receptores potenciais não priorizados, observando a regionalização, 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

O botão corneano, do receptor transplantado em priorização, deverá ser encaminhado em até 07 dias ao banco de olhos que disponibilizou a córnea.

O banco de olhos deverá encaminhar mensalmente à CTx 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 Transplantadora, após a aceitação, do tecido, confirmar a realização do transplante em até 05 (cinco) dias, bem como atualizar os relatórios evolutivos de receptores transplantados, imediatamente após o transplante, aos 3, 6 e 12 meses e depois anualmente até a perda do tecido ou óbito do paciente.

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:

- Morte de causa desconhecida;

- Incidência de infecção ou irradiação da zona do tecido ocular;

- Neoplasias hematológicas (linfoma ativo disseminado, leucemias);

- Infecções ativas incluindo sepse, tuberculose, enfermidades micóticas sistêmicas, malária, hanseníase, endocardite e Chagas;

- Evidência clínica ou positividade laboratorial de infecção por HIV, hepatite B e C;

- Risco de transmissão de enfermidades causadas por prions; doença de Creutzfeldt-Jakob, doença neurológica de etiologia viral ou desconhecida, panencefalite sub-aguda esclerosante, encefalite viral ativa ou encefalite de origem desconhecida ou encefalopatia progressiva, leucoencefalopatia multifocal progressiva;

- Receptores de hormônio do crescimento derivado da Pituitária Humana (durante os anos de 1963-1985);

- Receptores de córnea, esclera ou outro tecido ocular;

- Outras enfermidades como raiva, rubéola congênita, síndrome de Reye;

- Doadores com doenças intrínsecas presentes no momento da captação do olho: retinoblastoma, metástase de tumores primários ou secundários susceptíveis de produzir afecção da câmara anterior ocular (adenocarcinoma do olho, melanoma de câmara anterior), inflamação ativa ocular ou intra-ocular (conjuntivite, ceratite, esclerite, irite, uveíte, vitreíte, coroidite, retinite), desordens congênitas ou adquiridas (cicatriz central na córnea, ceratocone, ceratoglobos).

## 8. Do Procedimento de Obtenção de Tecido Ocular

Deverá constar no Formulário 1 - Termo de Doação de Órgãos e Tecidos - Doador Falecido (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 médio da área da saúde e afins, devidamente capacitados pelo BTOH e pela CTx. 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.

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 114, de 29-09-2014)

##### 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 do Conjunto Hospitalar de Sorocaba 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 do Conjunto Hospitalar de Sorocaba e OPO do Hospital das Clínicas de Marília.

- Módulo Córnea:

1. Regional I (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

2. Regional II composta pelas sub-regionais:

a. Sub-Regional I (Sorocaba/Campinas): compreende as áreas de abrangência da OPO do Hospital das Clínicas da UNICAMP e OPO do Conjunto Hospitalar de Sorocaba.

b. Sub-Regional II (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.

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

#### Anexo IV

(à Resolução SS 114, de 29-09-2014)

Formulários e Tabelas

Formulário 1 - Termo de Doação de Órgãos e Tecidos - Doador Falecido  
Formulário 2 - Informações sobre o Doador de Múltiplos Órgãos  
Formulário 3 - Organização de Procura de Órgãos  
Formulário 4 - Relatório mensal das atividades da CIHT  
Formulário 5 - Formulário dos óbitos que ocorrerem nas unidades de terapia intensiva ou no pronto socorro  
Formulário 6 - Cadastramento de equipe de transplante  
Formulário 7 - Notificação de devolução de córnea  
Formulário 8 - Solicitação de exame anátomo-patológico de órgãos/tecidos retirados e não utilizados  
Formulário 9 - Cadastramento de hospital de transplante  
Formulário 10 - Dados da nefrectomia  
Formulário 11 - Notificação de tecido retirado  
Formulário 12 - Situação especial- Carcinoma Hepatocelular  
Formulário 13 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Doador Fígado PAF  
Formulário 14 - Informações sobre o doador – PAF  
Formulário 15 - Impossibilidade total de acesso para diálise

Tabela 1 - Relação de hospitais e equipes de referencia para os centros de diálise da Regional II - Sub-regional II

Tabela 2 - Cálculo do valor do déficit de crescimento baseado no sexo, peso e altura

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

**SISTEMA ESTADUAL DE TRANSPLANTES**

Home Page: <http://www.saude.sp.gov.br> e-mail: [ctrans@saude.sp.gov.br](mailto:ctrans@saude.sp.gov.br)

**TERMO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS  
DOADOR FALECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_  
grau de parentesco com o falecido: \_\_\_\_\_, natural de \_\_\_\_\_  
Estado de \_\_\_\_\_, RG nº. \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_  
cidade: \_\_\_\_\_, Estado: \_\_\_\_\_, CEP: \_\_\_\_\_  
respeitando as Leis nº. 9.434/97 e nº. 10.211/01 autorizo a doação de órgãos e/ou tecidos de  
\_\_\_\_\_  
nascido (a) em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, natural de \_\_\_\_\_  
Estado de \_\_\_\_\_, RG nº. \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_  
cidade: \_\_\_\_\_, Estado: \_\_\_\_\_, CEP: \_\_\_\_\_

Autorizo a doação dos órgãos (coração, pulmões, fígado, rins, pâncreas, intestino) e dos tecidos (córneas, ósteo-tendinoso, pele, vasos, válvulas cardíacas).

1- Para finalidades terapêuticas e científicas (transplante e pesquisa):

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável legal

2-Para finalidades terapêuticas (uso exclusivo para transplante):

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável Legal

Observação:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**TESTEMUNHAS**

1. Nome: \_\_\_\_\_  
RG nº: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_

2. Nome: \_\_\_\_\_  
RG nº: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Profissional responsável pela entrevista familiar (carimbo, assinatura e registro profissional)



## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

## SISTEMA ESTADUAL DE TRANSPLANTES

Home Page: <http://www.saude.sp.gov.br>e-mail: [ctrans@saude.sp.gov.br](mailto:ctrans@saude.sp.gov.br)

## INFORMAÇÕES SOBRE O DOADOR DE MÚLTIPLOS ÓRGÃOS

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

Data : _____	Hora : _____	O.P.O.: _____	Contato: _____
Telefone: _____	Ramal: _____	Telefone: _____	Ramal: _____
Nome: _____		Tipo Sanguíneo A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/>	
Idade: _____	Sexo: _____	Cor: _____	Peso: _____ Kg Altura: _____ cm
Causa da Morte Encefálica: _____			
História e evolução clínica (incluir doenças auto-imunes, neoplasias, aneurismas, AVCs, IAMs, etc.) _____			
Antecedentes: 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 checked="" 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"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ mg/Kg/min _____ mg/Kg/min _____ mg/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"/>	HIV	
Anti-HCV		HTLV I/II	
HBs - Ag		Toxoplasmose	IgM <input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/>
Anti - HBs		Citomegalovírus	IgM <input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/>
Anti - HBc		VDRL	
Órgãos e tecidos doados: Coração <input type="checkbox"/> Fígado <input type="checkbox"/> Rim <input checked="" 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**Hcme Page: <http://www.saude.sp.gov.br> e-mail: [ctrans@saude.sp.gov.br](mailto:ctrans@saude.sp.gov.br)**ORGANIZAÇÃO DE PROCURA DE ÓRGÃOS E TECIDOS  
(OPC)****A - IDENTIFICAÇÃO**

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

Endereço: \_\_\_\_\_

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

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

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

**Médico coordenador da OPO**

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

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

**Diretor do Hospital**

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

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

## RELATÓRIO MENSAL DAS ATIVIDADES DA CIHT

Nome do Hospital \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_ - Bairro: \_\_\_\_\_ - CEP \_\_\_\_\_ -

E-mail: \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ CNPJ - \_\_\_\_\_ - Insc. Est. Isento

Mês / Ano: \_\_\_\_\_

### Total de Óbitos:

Faixa Etária				
Faixa etária	PCR		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>		<b>100%</b>		<b>100%</b>

### Óbitos com Parada Cardiorrespiratória

<b>Total de Óbitos Hospitalares (PCR)</b>		<b>100%</b>	
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:**

<b>Relacionadas à Entrevista Familiar</b>	<b>Nº</b>	<b>Motivos Médicos</b>	<b>Nº</b>
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 ultrapassado	
Receio de demora na liberação do corpo		Sepse	
Convicções religiosas		Trauma com lesão do tecido a ser doado	
Outros		Outras condições impeditivas	

<b>Aspectos Logísticos ou Estruturais</b>	<b>Nº</b>
Equipe de retirada não disponível	
Deficiência estrutural da instituição	
Familiares não localizados	
Potencial doador sem identificação	
Outros	

**Óbitos com Morte Encefálica:**

	<b>Nº</b>	<b>%</b>	
<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			(Entrevistas realizadas / Óbitos em morte encefálica sem contra indicação médica para doação 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>	<b>Nº</b>	<b>Motivos Médicos</b>	<b>Nº</b>
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**

	<b>Nº</b>
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. \_\_\_\_\_

CIHT \_\_\_\_\_

Médico/Enfermeiro Coordenador

CRM / COREN: \_\_\_\_\_



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

Home Page: <http://www.saude.sp.gov.br> e-mail: [ctransig@saude.sp.gov.br](mailto:ctransig@saude.sp.gov.br)

**CADASTRAMENTO DE EQUIPE DE TRANSPLANTE**

**A – IDENTIFICAÇÃO:**

Nome da Equipe: \_\_\_\_\_ Nº do SNT: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

C.T.P.: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

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

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

**B – LOCAL DE TRABALHO DA EQUIPE:**

Hospital: \_\_\_\_\_ | Nº do SNT: \_\_\_\_\_

**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):**

	Nome	Cargo	Fone
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____

**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: \_\_\_\_\_

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE****SISTEMA ESTADUAL DE TRANSPLANTES**Home Page: <http://www.saude.sp.gov.br> e-mail: [ctrans@saude.sp.gov.br](mailto:ctrans@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 relacionado a:**☐ Córnea ☐ Receptor ☐ Equipe/Estabelecimento

Descrição: \_\_\_\_\_

**Médico Responsável**

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

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

## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

## SISTEMA ESTADUAL DE TRANSPLANTES

Home Page: <http://www.saude.sp.gov.br> e-mail: [ctrans@saude.sp.gov.br](mailto:ctrans@saude.sp.gov.br)

**SOLICITAÇÃO DE EXAME ANÁTOMO PATOLÓGICO  
DE ÓRGÃOS/TECIDOS RETIRADOS E NÃO UTILIZADOS**

**A- IDENTIFICAÇÃO DO DOADOR**

Nome: RGCT

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino

SPOT: \_\_\_\_\_ Data da captação: \_\_\_\_\_

**B- ÓRGÃO(S):**

☐ Coração      ☐ Fígado      ☐ Pâncreas  
☐ Pulmão direito      ☐ Pulmão esquerdo      ☐ Rim direito      ☐ Rim esquerdo  
☐ Córnea direita      ☐ Córnea esquerda      ☐ Outro

**Observações:**

[illegible]

## Médico responsável

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

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

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE****SISTEMA ESTADUAL DE TRANSPLANTES**Home Page: <http://www.saude.sp.gov.br> e-mail: [ctrans@saude.sp.gov.br](mailto:ctrans@saude.sp.gov.br)**CADASTRAMENTO DE HOSPITAL DE TRANSPLANTE****A – IDENTIFICAÇÃO**

Nome: \_\_\_\_\_  
Nº do SNT: \_\_\_\_\_ N° 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: \_\_\_\_\_

## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

## SISTEMA ESTADUAL DE TRANSPLANTES

Home Page: <http://www.saude.sp.gov.br> e-mail: [ctrans@saude.sp.gov.br](mailto:ctrans@saude.sp.gov.br)

## DADOS DA NEFRECTOMIA

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

Data da extração: _____	Hospital: _____	SPOT: _____
Cirurgião: _____		Telefone: _____
Nome do doador: _____		

Retirada com coração batendo <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Perfusão in situ <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
--	--

Retirada em bloco <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Líquido de preservação: _____
---	-------------------------------

Clampeamento da Aorta	Data: _____	Hora: _____
-----------------------	-------------	-------------

Faça um esquema dos vasos renais, patches, comprimentos e calibres:



Direito	Esquerdo
Tempo de isquemia quente: _____ min	Tempo de isquemia quente: _____ min
Início da perfusão: _____ h _____ min	Início da 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:

Data: _____	Responsável: _____	Assinatura: _____
-------------	--------------------	-------------------



**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE****SISTEMA ESTADUAL DE TRANSPLANTES**Home Page: <http://www.saude.sp.gov.br> e-mail: [ctrans@saude.sp.gov.br](mailto:ctrans@saude.sp.gov.br)**NOTIFICAÇÃO DE TECIDO RETIRADO**

Hospital:	_____
Equipe:	_____
Doador:	_____ RGCT: _____
Data de retirada:	_____

<b>Tecido:</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

Home Page: <http://www.saude.sp.gov.br> e-mail: [ctrans@saude.sp.gov.br](mailto:ctrans@saude.sp.gov.br)

## SITUAÇÃO ESPECIAL – 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:	
---------------------------------	--	-------	--

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

Home Page: <http://www.saude.sp.gov.br> e-mail: [ctrans@saude.sp.gov.br](mailto:ctrans@saude.sp.gov.br)

**Termo de consentimento livre e esclarecido**  
**Doador de fígado - PAF**

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, portador de polineuropatia amiloidótica familiar, de forma livre e esclarecida, AUTORIZO a equipe \_\_\_\_\_ do hospital \_\_\_\_\_

a disponibilizar o meu fígado, após ter sido submetido a transplante hepático, para ser utilizado pelo Sistema Estadual de Transplantes para outro paciente que esteja em lista de transplante hepático com doador falecido, respeitando à Lei nº 9.434/1997 e os critérios de alocação do referido órgão.

Estou ciente de que esta atitude não acarretará prejuízo de minha saúde.

São Paulo, ...../...../.....

Assinatura do doador

---

Testemunhas (nome, RG, logradouro e assinatura)

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

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

Home Page: <http://www.saude.sp.gov.br> e-mail: [ctrans@saude.sp.gov.br](mailto:ctrans@saude.sp.gov.br)

**INFORMAÇÕES SOBRE O DOADOR - PAF**

RGCT do receptor: \_\_\_\_\_

Data : _____		Hora : _____	
Nome: _____		Tipo Sanguíneo A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/>	
Idade: _____		Sexo: _____	
Peso: _____		Kg Altura: _____ cm	
História e evolução clínica (incluir doenças auto-imunes, neoplasias, aneurismas, AVCs, IAMs, etc.) _____ _____ _____			
Usuário de Drogas : Inalatória <input type="checkbox"/> Injetável <input type="checkbox"/> Especificar: _____			
Tipo de mutação: _____			
Infecção: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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"/>	HIV	
Anti-HCV		HTLV I/II	
HBs - Ag		Toxoplasmose	IgM <input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/>
Anti - HBs		Citomegalovírus	IgM <input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/>
Anti - HBc		VDRL	

Equipe		Telefone para contato:	
Responsável pelas informações:			
Data:		Assinatura:	

## SISTEMA ESTADUAL DE TRANSPLANTES

Home Page: [www.saude.sp.gov.br](http://www.saude.sp.gov.br) e-mail: [ctrans@saude.sp.gov.br](mailto:ctrans@saude.sp.gov.br)

## IMPOSSIBILIDADE TOTAL DE ACESSO PARA DIÁLISE

Nome do paciente: _____	RGCT _____
Centro de diálise: _____	

1. Descrição sumária do caso clínico: _____

2. Número de vias de acesso realizadas até o momento:				
2.1 Catéter de duplo lumen:	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: _____	CRM _____
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**Home Page: <http://www.saude.sp.gov.br> e-mail: [ctrans@saude.sp.gov.br](mailto:ctrans@saude.sp.gov.br)**TABELA 1 – RELAÇÃO DE HOSPITAIS E EQUIPES DE REFERÊNCIA  
PARA OS CENTROS DE DIÁLISE DA REGIONAL II – SUB-REGIONAL II**

RELAÇÃO DE HOSPITAIS/EQUIPES	
EQUIPES DE REFERÊNCIA	UNIDADES DE DIÁLISES
HOSPITAL DE BASE DE BAURÍ	Bauri - Hospital Estadual
	Jau - Santa Casa
	Ourinhos - Santa Casa
UNESP BOTUCATU	Botucatu - H.C-UNESP
	Avaré - Unefro Serviços Médicos
	Itapetininga - Instituto de Nefrologia e Diálise
	Itapeva - Santa Casa
	Itu - Clínica Lund de Nefrologia S/C Ltda
	Sorocaba - Hospital Evangélico
SANTA CASA MARILIA	Marília - Santa Casa - Instituto do Rim
	Adamantina - Santa Casa
	Assis - Unidade de Nefrologia de Assis S/C Ltda
	Dracena - Santa Casa
	Tupã - Santa Casa
SANTA CASA PRESIDENTE PRUDENTE	Presidente Prudente - Hospital Regional
	Presidente Prudente - Instituto do Rim de Presidente Prudente S/C Ltda
HC RIBEIRÃO PRETO	Ribeirão Preto - Clínica LUND de Nefrologia
	Ribeirão Preto - Hospital das Clínicas da FMRP-USP
	Ribeirão Preto - Instituto Hemodialise e Transplante (Hospital S.Paulo)
	Araraquara - Unidade de Tratamento Dialítico S/C Ltda (Hospital São Paulo)
	Bebedouro - IRENE - Instituto Bebedouro de Nefrologia
	Franca - Hospital Regional - Clínica Nefrológica de Franca
	Franca - Santa Casa
	Riverava - Santa Casa de Misericórdia
	Jaboticabal - Unidade de Diálise Hospital São Marcos
	São Carlos - Santa Casa
HOSPITAL SÃO FRANCISCO	Ribeirão Preto - SENERP - Serviço Nefrologia de Ribeirão Preto (S.Francisco)
HOSPITAL DE BASE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	São José do Rio Preto - Hospital de Base
	Araçatuba - Santa Casa
	Barretos - Santa Casa
	Lins - Santa Casa
	Votuporanga - Santa Casa
INSTITUTO UROLOGIA/NEFROLOGIA SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	São José do Rio Preto - IUN - Instituto de Nefrologia e Urologia
	Catanduva - Hospital Padre Albino
	Iha Solteira - Hospital de Base II
	Fernandópolis - Santa Casa
HOSPITAL SANTA LUCINDA- SOROCABA	Sorocaba - Hospital Santa Lucinda/CDTR/PUC

# SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

## SISTEMA ESTADUAL DE TRANSPLANTES

Home Page: <http://www.saude.sp.gov.br> e-mail: [ctrans@saude.sp.gov.br](mailto:ctrans@saude.sp.gov.br)

**TABELA 2 - CÁLCULO DO VALOR DO DÉFICIT DE CRESCIMENTO BASEADO NO SEXO, PESO E ALTURA**

### MELD/PELD Calculator Documentation

Growth failure is determined using the chart listed below. A patient has growth failure ( $< 2$  standard deviation) if either the patient's height is less than or equal to the low height value or the patient's weight is less than or equal to the low weight value.

Male Patients Have Growth Failure ( $< 2$ standard deviations)				Female Patients Have Growth Failure ( $< 2$ standard deviations)			
If Age in Months is	And Either Height (cm) is less than or equal to:	OR Weight (kg) is less than or equal to:		If Age in Months is	And Either Height (cm) is less than or equal to:	OR Weight (kg) is less than or equal to:	
At least	But less than			At least	But less than		
0	3	46.0200	2.1000	0	3	45.5600	2.0000
3	6	53.8000	4.1000	3	6	54.3200	3.9200
6	9	62.4000	5.8400	6	9	60.6200	5.4600
9	12	67.8500	7.5600	9	12	64.6400	6.6800
12	15	70.7000	8.1600	12	15	68.6700	7.4000
15	18	73.7000	8.7200	15	18	71.9000	7.9600
18	21	76.7500	9.1400	18	21	74.7600	8.4600
21	24	78.6400	9.4800	21	24	77.4400	8.9800
24	27	79.5400	9.6400	24	27	78.0000	9.4600
27	30	81.0800	10.1000	27	30	80.2800	9.8800
30	33	83.3600	10.5800	30	33	82.4200	10.3200
33	36	85.3600	11.0800	33	36	84.5200	10.7800
36	39	87.2800	11.4000	36	39	86.4800	11.1400
39	42	88.1400	11.8200	39	42	88.3200	11.5200
42	45	89.0000	12.1600	42	45	90.1500	11.8200
45	48	90.0000	12.5200	45	48	91.9000	12.2000
48	51	91.3800	12.9000	48	51	93.5800	12.6000
51	54	92.6800	13.3800	51	54	95.1000	13.0200
54	57	93.7200	13.8600	54	57	96.4600	13.1800
57	60	94.5600	14.0600	57	60	98.1000	13.4600
60	63	100.7900	14.4400	60	63	98.1800	13.8400
63	66	102.1800	14.8600	63	66	100.9400	14.1000
66	69	103.6200	15.3600	66	69	102.5800	14.4400
69	72	105.0500	15.6600	69	72	103.5200	14.6800
72	75	106.3800	16.9400	72	75	104.7600	14.9800
75	78	107.6900	16.4000	75	78	106.0800	15.2800
78	81	108.0400	16.7600	78	81	107.2000	15.6400
81	84	110.2200	17.2200	81	84	108.4000	15.9800
84	87	111.5500	17.6400	84	87	109.6200	16.3000
87	90	112.8600	17.9400	87	90	110.8400	16.6800
90	93	111.9800	18.3200	90	93	111.6800	17.1200
93	96	113.1400	18.7800	93	96	113.0800	17.4400
96	99	114.3200	19.1000	96	99	114.3200	17.8400
99	102	115.4800	19.5000	99	102	115.4800	18.1200
102	105	116.6000	19.8600	102	105	116.7200	18.7800
105	108	119.7200	20.2000	105	108	118.0000	19.2400
108	111	120.8400	20.5200	108	111	119.1800	19.5800
111	114	121.8800	20.9000	111	114	120.4800	20.2000
114	117	121.0400	21.3800	114	117	121.8200	20.8200
117	120	124.1200	21.7400	117	120	123.5800	21.3400
120	123	125.2800	22.1000	120	123	124.8400	21.8600
123	126	126.4000	22.6400	123	126	126.1400	22.4800
126	129	127.5200	23.0800	126	129	127.6600	23.1200
129	132	128.7200	23.6000	129	132	129.2200	23.7400
132	135	129.8800	24.1400	132	135	130.8200	24.3000
135	138	131.0200	24.7800	135	138	132.4400	24.8800
138	141	132.1400	25.4000	138	141	134.0000	25.4600
141	144	133.2500	26.0600	141	144	135.1800	26.6800
144	147	134.3800	26.8200	144	147	137.8800	27.4800
147	150	135.8600	27.5800	147	150	139.5400	28.2600
150	153	137.1600	28.4600	150	153	141.1200	28.8200
153	156	138.5800	29.3800	153	156	142.5000	29.9800
156	159	139.9400	30.4000	156	159	143.7400	30.8000
159	162	141.3800	31.4400	159	162	144.8600	31.6800
162	165	142.8800	32.5200	162	165	145.8600	32.5800

# SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

## SISTEMA ESTADUAL DE TRANSPLANTES

Home Page: <http://www.saude.sp.gov.br> e-mail: [ctrans@saude.sp.gov.br](mailto:ctrans@saude.sp.gov.br)

### MELD/PELD Calculator Documentation

Male Patients Have Growth Failure ( $< -2$ standard deviations)				Female Patients Have Growth Failure ( $< -2$ standard deviations)			
If Age in Months is				If Age in Months is			
165	168	144.1800	33.7300	165	168	148.4800	33.4000
168	171	145.8800	34.0400	168	171	147.0200	34.2600
171	174	147.8800	34.1800	171	174	147.4000	35.0900
174	177	149.4000	37.4400	174	177	147.7800	35.8800
177	180	151.1500	38.6500	177	180	148.6400	36.6500
180	183	152.8800	39.9400	180	183	148.3200	37.4000
183	186	154.6000	41.1600	183	186	148.3500	38.1500
186	189	156.2400	42.4000	186	189	148.6400	38.7800
189	192	157.7800	43.5800	189	192	148.7800	39.1000
192	195	159.1500	44.7500	192	195	149.0800	39.8800
195	198	160.4200	45.8000	195	198	149.4000	40.3000
198	201	161.5000	46.8000	198	201	149.8800	40.6600
201	204	162.4800	47.7500	201	204	150.0200	41.0800
204	207	163.0800	48.5400	204	207	150.3000	41.3800
207	210	163.4800	49.2800	207	210	150.7300	41.5800
210	213	163.6800	49.8400	210	213	151.1500	41.7800
213	216	163.7200	50.4000	213	216	151.5000	41.9800
216	219	163.6000	50.9400	216	219	151.7800	42.0800