



**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

**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)

**Resolução SS – 151, de 13 de agosto de 2010**

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

**O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE**, considerando:

- as disposições da Lei Federal nº 9.434, de 04.02.1997, regulamentada pelo Decreto Federal nº 2.268, de 30.06.1997, das portarias, regulamentos e demais normas pertinentes ao Sistema Nacional de Transplantes (SNT);
- a necessidade de atualizar as normas estaduais em vigor no âmbito do Estado de São Paulo, concernentes ao funcionamento do Sistema Estadual de Transplantes (SET),

Resolve:

**Art. 1º** - Fica aprovada a estrutura organizacional e operacional do Sistema Estadual de Transplante de São Paulo (SET), em conformidade com os Anexos:

Anexo I - Estrutura e Operacionalização;

Anexo II - Módulos de transplante;

Anexo III - Regionalização;

Anexo IV - Formulários.

**Art. 2º** - Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação, ficando revogado o disposto nas resoluções: Resolução SS-94 de 30-06-2005, SS-6 de 23-01-07, SS-157 de 21-05-2007, SS-267 de 19-07-07 e nas notas técnicas vigentes até a data da publicação da presente resolução.

## **Anexo I - Estrutura e Operacionalização**

### **1. Introdução**

O Sistema Estadual de Transplantes - SET, integrante do SNT, e sob a Lei Federal nº 9.434, de 04 de fevereiro de 1997, regulamentada pelo Decreto Federal nº 2.268, de 30 de junho de 1997, será coordenado pela Central de Transplantes do Estado de São Paulo (CT).

A CT coordenará as atividades relativas a transplantes de órgãos e córneas de doadores falecidos, 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 Córnea

### **2. Conceitos Básicos**

2.1. *Módulo de Transplante*: define as regras para o cadastramento do receptor potencial, a classificação, a alocação de órgãos/tecidos e o seguimento pós-transplante.

2.2. *Doador potencial*: é o paciente, com o primeiro exame clínico compatível com a morte encefálica ou coração parado, de quem poderá ser extraído órgão(s)/tecido(s), para transplante.

2.3. *Doador efetivo de órgãos*: é o doador potencial com o diagnóstico de morte encefálica, do qual se utilizou ao menos um órgão para transplante.

2.4. *Doador efetivo de tecidos*: é o doador potencial com o diagnóstico de morte encefálica ou coração parado, do qual a família autorizou a doação.

2.5. *Cadastro Técnico Único*: é o banco de dados do sistema informatizado do SET, com as informações dos receptores potenciais ativos e semiativos.

2.6. *Receptor potencial*: é o paciente cadastrado no Cadastro Técnico Único (CTU), da Central de Transplantes, para recebimento de órgão(s)/tecido(s) para transplante.

2.7. *Receptor*: é o receptor potencial que recebeu um transplante de órgão(s)/tecido(s);

2.8. *Status*: é a situação em que se encontra o receptor potencial no CTU, conforme abaixo:

- a. Ativo: receptor potencial preparado para o transplante, que participa da classificação para receber órgão(s) /tecido(s).
- b. Semiativo: receptor potencial que, temporariamente, não participa da classificação para receber órgão(s) /tecido(s).
- c. Removido: receptor potencial removido definitivamente do CTU.

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

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

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

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

As atividades relativas a transplantes de coração, fígado, rim, pâncreas, pâncreas/rim, pulmão e córnea serão desenvolvidas pelas seguintes entidades:

3.1. *Central de Transplantes*: parte integrante da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, que realiza a coordenação do Sistema Estadual de Transplantes;

3.2. *Serviço de Procura de Órgãos e Tecidos (SPOT)*: entidade com atuação regionalizada, para detecção e demais procedimentos que viabilizam o aproveitamento de órgãos e tecidos de doador potencial nos hospitais de sua área de abrangência. Os coordenadores do SPOT deverão ser profissionais médicos, não participantes de equipes de extração de órgãos e tecidos ou transplante;

3.3. *Hospital Notificante*: qualquer hospital onde há a possibilidade de ser detectado um doador potencial;

3.4. *Equipes Médicas de Transplante*: são equipes devidamente autorizadas pelo MS, através de portarias ministeriais, para realizar captação, transplante de órgãos/tecidos e demais atribuições do sistema;

3.5. *Estabelecimentos de Transplante*: são instituições hospitalares devidamente autorizadas pelo MS, através de portarias ministeriais;

3.6. *Comissões Técnico-científicas (CTC)*: são instâncias de assessoramento técnico, compostas por membros das equipes de transplantes, da Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos e médicos especialistas, convidados pela Secretaria de Estado da Saúde, que dão suporte à Secretaria de Estado da Saúde, diante da complexidade dos temas, quanto a condutas, procedimentos e decisões que necessitem de parecer de órgão colegiado;

3.7. *Laboratórios de Histocompatibilidade*: são laboratórios devidamente autorizados pelo MS, através de portarias ministeriais e referenciados pela Secretaria de Estado da Saúde, para realização, manutenção e armazenamento, dos estudos de histocompatibilidade;

3.8. *Centros de Diálise*: estabelecimentos de saúde integrantes do SET, destinados a terapia renal substitutiva;

3.9. *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 dotado 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 – TX-WEB**

4.1. Compete à CT definir e autorizar o acesso ao Sistema Estadual de Transplante na rede mundial de computadores, *web*, através de: *login*, senha e cartão de acesso. 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, SPOT e BTOH deverá indicar no mínimo dois representantes para acesso à *web*. Os representantes assinarão um termo de responsabilidade para a utilização do cartão;

4.3. Excepcionalmente, 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 sistema *web* 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 pela CT;

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 CT deverá ser comunicada imediatamente;

4.8. A CT, a qualquer momento e sem justificativa prévia, poderá cancelar o acesso do(s) usuário(s), ao sistema informatizado.

## **5. Das Atribuições da CT e das Demais Entidades do SET**

### **5.1. Cabe à CT:**

- a. Manter o *software* TX-WEB, 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;
- d. Gerenciar o cadastro das entidades que integram o SET;
- e. Gerenciar as notificações de doador potencial em morte encefálica e de coração parado;
- f. Classificar os receptores potenciais, através do *software* do SET, inscritos no CTU, para a realização do transplante;
- g. Comunicar as características do doador, notificado pelo SPOT, às equipes médicas, indicando o respectivo receptor potencial;
- h. Exercer controle e fiscalização das atividades do SET de São Paulo;
- i. 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;
- j. Solicitar a competente manifestação e a decisão da Comissão Técnico-científica sobre os casos omissos desta regulamentação;
- k. Disponibilizar ao SNT os órgãos não utilizados pelos receptores potenciais inscritos no CTU;
- l. Encaminhar, quando solicitado, relatórios ao SNT;
- m. Coordenar a recepção e a destinação de órgãos/tecidos disponibilizados pelo SNT;
- n. Delimitar a área de atuação dos BTOH e SPOT;
- o. Disponibilizar os evolutivos pós-transplante de órgãos (inicial, trimestral, semestral e anual), para as equipes de transplantes;
- p. Efetuar alterações do cadastro do receptor potencial nos casos em que essas alterações não são permitidas para os usuários do sistema TX-WEB;

### **5.2. Cabe aos Serviços de Procura de Órgãos e Tecidos (SPOT) e aos hospitais vinculados:**

- a. O coordenador do SPOT deve manter atualizado o cadastro através do Formulário nº 1 – “Serviço de Procura de Órgãos e Tecidos” (anexo IV);
- b. Realizar a busca ativa (localização de doadores potenciais de órgãos e tecidos) nos hospitais correspondentes a sua área de atuação;
- c. Avaliar o doador potencial de órgãos e tecidos após o recebimento da notificação de doador potencial;
- d. Informar a CT quanto às notificações recebidas e aos respectivos desdobramentos;

- e. Colaborar, respeitando a legislação vigente, na viabilização de recursos e procedimentos necessários ao diagnóstico de morte encefálica perante os hospitais correspondentes a sua área de atuação;
- f. 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. Excetuam-se os casos em que o corpo foi enviado ao Instituto Médico Legal ou ao Serviço de Verificação de Óbito. Igual procedimento valerá para os doadores potenciais falecidos por parada cardiorrespiratória;
- g. Colaborar, se necessário, na viabilização de exames laboratoriais para a avaliação do doador potencial (bioquímicos, tipagem ABO, hemograma, sorologias, funções hepática, renal, cardíaca, pancreática, pulmonar);
- h. Colaborar e, se necessário, realizar a entrevista familiar para a solicitação de doação de órgãos e tecidos, utilizando o Termo de Doação de Órgãos e Tecidos – Doador falecido (anexo IV);
- i. Viabilizar a coleta e o envio de amostras de sangue para a realização de tipificação do Antígeno Leucocitário Humano (HLA). Proceder da mesma maneira quanto à coleta e ao envio de gânglios e fragmento de baço para realização de *crossmatch* ao(s) laboratório(s) de histocompatibilidade correspondente(s), imediatamente após o início da retirada dos órgãos do doador. Essa coleta deverá ser realizada pelas equipes de transplante;
- j. Enviar à CT as informações do doador;
- 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;
- l. Considerar os critérios para a realização da biópsia renal (recomendação):
  - l.1) se o doador falecidos tiver idade acima de 60 anos;
  - l.2) 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;
  - l.3) se houver suspeita de doença renal específica;
  - l.4) se houver alteração estrutural macroscópica;
- m. Colaborar com a otimização das condições clínicas do doador;
- n. 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;
- o. Acompanhar os procedimentos de retirada de órgãos e tecidos e a entrega do corpo aos familiares do doador;
- p. Encaminhar para o serviço de anatomia patológica o(s) órgão(s) retirado(s) e não utilizado(s), enviando o respectivo laudo para a CT;
- q. 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 CT;
- r. Disponibilizar material informativo do processo de doação-transplante aos profissionais de saúde dos hospitais correspondentes a sua área de atuação;

- s. Participar de eventos e atividades apoiadas ou promovidas pela CT;

### 5.3. Cabe às Equipes Médicas de Transplante:

- a. Apresentar o cadastro de cada hospital, no qual realizam transplantes. O responsável técnico deve manter atualizado o cadastro através do Formulário nº 2 – “Cadastramento de equipe de transplante” (anexo IV);
- b. Encaminhar formalmente à CT, e manter atualizado, o roteiro de comunicação (nomes e telefones) dos profissionais a serem contatados quando da disponibilização de órgãos e tecidos;
- c. Cadastrar seus receptores potenciais, no CTU da CT, com todos os dados requeridos;
- d. Priorizar seus receptores potenciais, em consonância com as normas vigentes;
- e. Solicitar a transferência de receptores potenciais inscritos por outra equipe, com a anuência do mesmo;
- f. Providenciar o encaminhamento da amostra de soro para o laboratório correspondente, no caso de pacientes inscritos para transplante renal preemptivo (em tratamento conservador) e pâncreas isolado;
- g. Receber a comunicação da CT quando da classificação de seu receptor potencial, e, no prazo máximo de uma hora, informar a aceitação ou não do órgão/tecido;
- h. Comunicar imediatamente, a impossibilidade da utilização da córnea a CT, devolvendo-a ao BTOH de origem. Nesse caso, enviar o Formulário nº 3 – “Notificação de devolução de córnea” (anexo IV);
- i. Realizar a cirurgia de extração do(s) órgão(s) do doador;
- j. Providenciar o traslado do(s) órgão(s) do doador para o local de realização da cirurgia de transplante;
- k. Retirar o/a órgão/córnea, no local definido pela CT;
- l. Realizar o transplante do órgão/tecido ou órgãos no receptor potencial indicado pela CT, obedecida a classificação no CTU e no hospital de inscrição;
- m. Encaminhar os órgãos retirados e não utilizados para o SPOT responsável pelo doador ou indicado pela CT. Utilizar o Formulário nº 4 – “Solicitação de exame anatomopatológico de órgãos/tecidos retirados e não utilizados” (anexo IV);
- n. Após a aceitação, do órgão/tecido, confirmar a realização do transplante em até 15 (quinze) dias;
- o. Atualizar os relatórios evolutivos de receptores, até dois meses após serem disponibilizados pelo SET;
- p. Manter atualizado o cadastro e o *status* dos receptores potenciais;

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.

### 5.4. Cabe aos Estabelecimentos de Transplante:

- a. Apresentar o cadastro na CT Formulário nº 5 – “Cadastramento de hospital de transplante” (anexo IV);
- b. Garantir acesso e apoio operacional necessários ao SPOT 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 CT;
- e. Comunicar à CT qualquer intercorrência que impeça a realização de transplantes;
- f. Fornecer o apoio operacional necessário para a realização de transplantes;

5.5. Cabe aos Estabelecimentos Hospitalares (Notificantes):

- a. Disponibilizar informações de doadores, quando solicitadas pelo SET;
- b. Garantir acesso e apoio operacional necessários ao SPOT 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;

5.6. Cabe às Comissões Técnico-científicas:

- a. Assessorar tecnicamente a Secretaria 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 de São Paulo;
- d. Auditar 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 CT;
- 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 SET.

5.7. Cabe aos Centros de Diálise:

- a. Encaminhar seus pacientes para uma das equipes credenciadas. No caso da Sub-Regional II da Regional II, o encaminhamento ocorrerá conforme a relação das equipes/hospitais desta regionalização (anexo IV);
- b. 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.

5.8. Cabe aos Laboratórios de Histocompatibilidade:

- a. Manter atualizada, no SET, 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.

## 6. Da Operacionalização

### 6.1. Regionalização

Para a regionalização dos transplantes de rim e pâncreas/rim consideram-se:

a. Da Regional I

O laboratório de Imunogenética UNIFESP/AFIP é a referência para a equipe do Hospital São Paulo/Hospital do Rim e Hipertensão e Hospital Euryclides de Jesus Zerbini (antigo Hospital Brigadeiro).

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.

Não há regionalização para os transplantes de pâncreas isolado. O laboratório de Imunologia INCOR-HCFMUSP é a referência para o transplante de pâncreas isolado.

Para a regionalização dos transplantes de fígado consideram-se:

a. Regional I

b. Regional II

Para a regionalização dos transplantes de córnea consideram-se:

a. Regional I

• Sub-Regional I

• Sub-Regional II

b. Regional II

• Sub-Regional I

• Sub-Regional II

Não há regionalização para os transplantes de coração e pulmão.

### 6.2. Cadastramento dos receptores potenciais

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

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

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

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

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

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

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



### 6.3. Manutenção do Cadastro dos Receptores Potenciais

A manutenção do cadastro de receptores é responsabilidade da equipe de transplante, do laboratório de histocompatibilidade e da CT, 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 de morte encefálica ou coração parado:

A notificação de doadores potenciais deverá ser feita pelos hospitais notificantes ou pelo próprio SPOT.

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

As informações referentes aos doadores de múltiplos órgãos/córneas deverão ser enviadas pelo SPOT ou BTOH.

### 6.7. Descarte de doadores

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

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

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

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

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

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

### 6.10. Aceitação de órgãos/tecidos

A aceitação ou recusa de órgãos e tecidos é responsabilidade da equipe transplantadora. A equipe deverá informar o motivo da recusa.

A equipe do primeiro receptor classificado com *crossmatch* negativo terá preferência na escolha do rim direito ou esquerdo.

### 6.11. Retirada de órgãos/tecidos

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

O cirurgião responsável pela retirada do(s) rim(s) deverá preencher o Formulário nº 6 – “Dados da nefrectomia” (anexo IV), o qual deverá ser encaminhado para a CT. Nos casos de transplante conjugado com rim, a retirada poderá ser feita pelo profissional responsável pelo outro órgão a ser transplantado.

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

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 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.

6.14. Notificação de transplante realizado

A notificação de transplante será efetuada pela equipe de transplante em até 15 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)

A notificação de retirada de tecido será encaminhada pela equipe autorizada pelo MS em até 15 dias após a extração do tecido. Utilizar o Formulário nº 7 – “Notificação de tecido retirado” (anexo IV).

6.16. Manutenção dos relatórios evolutivos pós-transplante

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

A CT disponibilizará às equipes de transplante de órgãos, via TX-WEB, os relatórios evolutivos referentes aos períodos inicial, 3 meses, 6 meses e anual. A equipe terá um prazo de 2 meses para a atualização destes dados. Decorrido este prazo a equipe ficará suspensa para realizar novas inscrições.

6.17. Atualização de painel e 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 e soro.

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.

## Anexo II- 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 SET são de responsabilidade da equipe de transplante.

##### 2.1. Coração conjugado com rim

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

- 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. Os receptores potenciais ficarão com o *status* semiativo "Aguarda *clearance*", até que a equipe de transplante envie a cópia deste exame para a CT. O receptor será removido do cadastro técnico atual caso permaneça 90 (noventa) dias consecutivos nesta condição, assumindo o *status* "Removido administrativo".

A ficha complementar do receptor será composta das 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;
  - Hepatite C (anti-HCV): a equipe informará se aceita ou não doador com esse antecedente. A aceitação está condicionada a receptores com sorologia positiva;
  - 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 *clearence*.

Os receptores potenciais com o *status* semiativo “Aguarda *clearence*” 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**

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)

Condição 2: Choque Cardiogênico

Neste caso o paciente deve obrigatoriamente estar internado e com droga(s) vasopressora(s).

A priorização tem validade de 7 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, 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 pela Comissão Técnico-científica.

A equipe deverá encaminhar cópia da sorologia do receptor para a CT, 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 SET 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. HCC fora do critério 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

Não serão aceitas inscrições em receptores potenciais com doença alcoólica com menos de 6 meses de abstinência.

O SET se baseia em critérios internacionalmente aceitos para acompanhamento de pacientes hepatopatas, o *Model for End-stage Liver Disease* (MELD), aplicável para receptores potenciais com idade maior ou igual a 12 anos e o *Pediatric End-stage Liver Disease* (PELD) aplicável para receptores potenciais com idade inferior a 12 anos.

A pontuação do MELD será ajustada nos casos de situação especial, descritas no item 4 “Da situação especial” e no item 2.1. “e”, constituindo o MELD CORRIGIDO.

A pontuação do PELD será ajustada nos casos de situação especial, descritas no item 4 “Da situação especial” e no item 2.2 “c”, constituindo o PELD CORRIGIDO.

#### 2.1. Cálculo do MELD:

$$\begin{aligned} \text{MELD} &= 0,957 \times \text{Log}_e (\text{creatinina mg/dl}) \\ &+ 0,378 \times \text{Log}_e (\text{bilirrubina mg/dl}) \\ &+ 1,120 \times \text{Log}_e (\text{INR}) \\ &+ 0,643 \\ &\times 10 \text{ e arredondar para valor inteiro} \end{aligned}$$

- a. Caso os valores de laboratório sejam menores que 1,0, considerar 1,0;
- b. A creatinina poderá ter valor máximo de 4,0. Caso o valor seja maior que 4,0, considerar 4,0;

- c. No caso de necessidade de realização de diálise duas ou mais vezes na última semana, o valor da creatinina, para efeito do cálculo do MELD, será 4,0. Informar ainda o valor da creatinina antes de iniciar a diálise;
- d. Nos receptores potenciais em uso de dicumarínico, até 6 dias antes da coleta da amostra para o cálculo do MELD, será considerado o valor de 2,5 de INR para efeito do cálculo do MELD, nos pacientes que tenham o valor do INR calculado maior que 2,5.
- e. MELD CORRIGIDO: para receptores potenciais com idade  $\geq 12$  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.

## 2.2. Cálculo do PELD:

$$\begin{aligned} \text{PELD} = & 0,480 \times \text{Log}_e (\text{bilirrubina mg/dl}) \\ & + 1,857 \times \text{Log}_e (\text{INR}) \\ & - 0,687 \times \text{Log}_e (\text{albumina mg/dl}) \\ & + 0,436, \text{ se o paciente tiver até 24 meses de vida} \\ & + 0,667, \text{ se o paciente tiver déficit de crescimento menor } (<-2 \text{ desvios padrão}) \end{aligned}$$

- a. Caso os valores de laboratório sejam menores que 1, considerar 1,0;
- b. Cálculo do valor do déficit de crescimento baseado no sexo, peso e altura (anexo IV);
- c. Nos receptores potenciais em uso de dicumarínico, até 6 dias antes da coleta da amostra para o cálculo do PELD, será considerado o valor de 2,5 de INR para efeito do cálculo do PELD, nos pacientes que tenham o valor do INR calculado maior que 2,5;
- 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.

Devem ser consideradas ainda as seguintes situações:

### 2.3 Fígado conjugado com rim

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. Os receptores potenciais ficarão com o *status* semiativo “Aguarda *clearance*”, até que a equipe de transplante envie a cópia deste exame para a CT. O receptor será removido do cadastro técnico atual caso permaneça 90 (noventa) dias consecutivos nesta condição, assumindo o *status* “Removido administrativo”.

### 2.4 MELD/PELD mínimo

Os receptores potenciais inscritos com MELD  $\leq$  14 pontos ou PELD  $\leq$  5 pontos receberão *status* semiativo “suspensão MELD/PELD mínimo”, exceto quando:

- a. Tenham sódio até 130 mEq/L, informado no último exame do MELD/PELD;
- b. Tenham situação especial, após parecer conclusivo da comissão técnica;
- c. Priorizados;
- d. Clinicamente justifiquem a sua permanência na lista de espera, após avaliação e parecer conclusivo da Comissão Técnico-científica, 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 CT.

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”.

### 2.5 Hepatocarcinoma fora do critério de Milão

No caso de receptor 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.

A ficha complementar do receptor será composta das seguintes informações:

- a. Idade máxima: a equipe informará qual a idade máxima para aceitação do doador. A idade mínima aceitável, a ser informada, será de 50 anos;
- b. Peso mínimo e máximo: a equipe informará o peso mínimo e máximo aceitável do doador. A diferença, entre o peso mínimo e o peso máximo, não poderá ser menor que 20%;
- c. Usuário de droga injetável: a equipe informará se aceita ou não doador com esse antecedente;
- d. Usuário de droga inalatória (cocaína ou *crack*): a equipe informará se aceita ou não doador com este antecedente;
- e. Sódio sérico: a equipe informará que dosagem máxima de sódio sérico será aceita para um doador. O valor mínimo aceitável, a ser informado, será de 150 mEq/L;
- f. Creatinina sérica: a equipe informará que dosagem máxima de creatinina sérica será aceita para um doador. O valor mínimo aceitável, a ser informado, será de 1,5 mg/dL.
- g. TGO e TGP: a equipe informará que dosagem máxima de TGO e de TGP será aceita para um doador. O valor mínimo aceitável, a ser informado, será de 60U/L.

- h. Bilirrubina total: a equipe informará que dosagem máxima de bilirrubina total será aceita para um doador. O valor mínimo aceitável, a ser informado, será de 1,5 mg/dL.
- i. 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;
  - Hepatite C (anti-HCV): a equipe informará se aceita ou não este antecedente. A aceitação está condicionada aos receptores com sorologia positiva;
  - 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.
- j. 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. Da Manutenção do Cadastro "Status"

#### 3.1. Ativo.

3.2. 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.

3.3. 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, lhe 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 lhe será atribuído o *status* removido (MELD/PELD vencido > 365 dias).

Os receptores potenciais inscritos com MELD  $\leq$  14 pontos ou PELD  $\leq$  5 pontos receberão *status* semiativo "suspenso MELD/PELD mínimo", exceto nos casos já citados. Após 90 (noventa) dias consecutivos com este *status* os receptores potenciais serão removidos do sistema, assumindo o *status* "removido MELD/PELD mínimo".

Após 90 (noventa) 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.



#### 4. Da Situação Especial

Esta condição se refere a diagnósticos e situações clínicas específicas as quais, avaliadas pela Comissão Técnico-científica, recebem um parecer conclusivo e favorável à inclusão do receptor potencial em situação especial no CTU.

Os diagnósticos a serem considerados para efeito deste item são:

- a. Adenomatose múltipla bilobar extensa e irressecável (ambos- MELD/PELD);
- b. Carcinoma fibrolamelar irressecável e sem doença extra-hepática (ambos);
- 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 irressecável e sem doença extra-hepática (MELD);
- f. Hemangioma gigante irressecável, hemangiomatose ou doença policística com síndrome compartimental (ambos);
- g. Hepatoblastoma (PELD);
- h. Hepatocarcinoma – *Downstaging* (ambos);
- 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 (ambos);
- j. Indicação de transplante pós doação de fígado (MELD);
- k. Indicação de transplante pós transplante de órgão sólido (ambos);
- l. Polineuropatia Amiloidótica Familiar (PAF) - graus I, II e III (MELD);
- m. Síndrome hepatopulmonar - PaO<sub>2</sub> menor que 60 mmHg em ar ambiente (ambos);
- n. Trombose arterial após o 15º dia (ambos);
- o. Trombose arterial até o 15º dia (ambos);
- p. Tumor neuroendócrino metastático (ambos).

Nos casos de trombose arterial até o 15º dia pós-transplante, em face da urgência clínica, a equipe está habilitada a incluir esta condição no SET.

#### 5. Da Pontuação em Situação Especial

- a. 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 com evolução para trombose arterial após o 15º dia receberão 40 pontos e trombose arterial até o 15º dia 45 pontos;

- Paciente com indicação de transplante de fígado pós transplante de órgão sólido, quando o paciente apresentar sinais de deterioração da função hepática e com enxerto funcionante do órgão transplantado, receberão 35 pontos.
- b. 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 24 pontos.
- Excepcionalmente:
- Os casos com evolução para trombose arterial após o 15º dia receberão 24 pontos e trombose até o 15º dia 40 pontos;
  - Indicação de transplante pós doação de fígado serão atribuídos 24 pontos;
  - Paciente com indicação de transplante de fígado pós transplante de órgão sólido, quando o paciente apresentar sinais de deterioração da função hepática e com enxerto funcionante do órgão transplantado, receberão 24 pontos.

A inclusão fica condicionada à prévia avaliação e ao conclusivo parecer da Comissão Técnico-científica, diante dos documentos que lhe serão encaminhados pelas equipes médicas de transplantes.

#### **6. 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 Comissão indicará esta data.

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

##### **6.1. Adenomatose múltipla bilobar extensa e irressecável (ambos)**

- 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.

##### **6.2. Carcinoma fibrolamelar irressecável e sem doença extra-hepática (ambos)**

- 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:  
Laudo de tomografia computadorizada de tórax e abdome e mapeamento ósseo realizados a cada 12 meses.
- c. Receptor transplantado:  
Laudo de tomografia computadorizada de tórax e abdome e mapeamento ósseo realizados a cada 12 meses.  
Laudo do exame anatomopatológico do fígado explantado.

6.3. 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.

6.4. 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 de tomografia computadorizada de tórax e abdome e mapeamento ósseo;  
Laudo do exame anatomopatológico do fígado explantado.

6.5. Hemangioendotelioma epitelióide primário de fígado irrissecável e sem doença extra-hepática (MELD)

- a. Diagnóstico/estadiamento:  
Relatório médico e cópia de laudos de exames laboratoriais que caracterizem o diagnóstico e a irrissecabilidade.
- b. Receptor transplantado:  
Laudo do exame anatomopatológico do fígado explantado

6.6. Hemangioma gigante irrissecável, hemangiomatose ou doença policística com síndrome compartimental. (ambos)

- 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

6.7. Hepatoblastoma (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.

#### 6.8. Hepatocarcinoma – Downstaging (ambos)

- 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 (tomografia computadorizada/ressonância magnética) demonstrando obediência ao critério de Milão, conforme portaria ministerial vigente, realizado a cada 4 meses.
- c. Receptor transplantado:  
Laudos de todos os exames de imagem acima mencionados, para acompanhamento; Laudo do exame anatomopatológico do fígado explantado.

#### 6.9. Hepatocarcinoma (ambos)

- 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 demonstram lesão focal igual ou maior que 2 cm com hipervascularização arterial;
    - Um único método de imagem trifásico (tomografia computadorizada helicoidal *multislice*, 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 2 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<sup>+</sup> < 135, 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 nº 8 – “Situação especial- Carcinoma Hepatocelular” (anexo IV).

- c. Acompanhamento:  
Laudo de pelo menos um método de imagem (ultrassonografia / 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:  
Laudo de tomografia computadorizada de tórax e abdome e mapeamento ósseo realizados a cada 12 meses.  
Laudo do exame anatomopatológico do fígado explantado.

Observação: Para fins de estadiamento, nódulos com diâmetro inferior a 2 cm são considerados lesões de natureza indeterminada.

6.10. Indicação de transplante pós doação de fígado (MELD)

- a. Diagnóstico:  
Relatório médico com informações referentes à doação anterior e evolução clínica.

6.11. Indicação de transplante pós transplante de órgão sólido (ambos)

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

6.12. 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.

6.13. Síndrome hepatopulmonar - PaO<sub>2</sub> menor que 60mmHg em ar ambiente (ambos)

- a. Diagnóstico:  
Resultado da gasometria arterial em ar ambiente com PaO<sub>2</sub> < 60mmHg, em dois exames realizados em datas diferentes nos últimos 6 meses, com intervalo mínimo de 30 dias e na ausência de descompensação grave da cirrose, hemorragia digestiva alta, síndrome hepatorenal, infecções sistêmicas ou pulmonares;

Laudo de exame de imagem que demonstre dilatação vascular intrapulmonar (ecocardiograma com microbolhas ou cintilografia com albumina marcada ou Arteriografia);

Relatório médico e cópia de laudos de exames complementares que demonstrem ausência de alterações pulmonares que tenham o potencial de reduzir a PaO<sub>2</sub>.

- 6.14. Trombose arterial após o 15º dia (ambos)
- a. Diagnóstico:  
Relatório médico e cópia de laudos de exames que caracterizem o diagnóstico (arteriografia ou angio-CT).
  - b. Receptor transplantado:  
Laudo do exame anatomopatológico do fígado explantado,
- 6.15. Trombose arterial até o 15º dia (ambos)  
A inclusão será feita pela equipe no SET.
- a. Receptor transplantado  
Relatório médico e cópia de laudos de exames que caracterizem o diagnóstico e laudo do exame anatomopatológico do fígado explantado.
- 6.16. Tumor neuroendócrino metastático (ambos)
- 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.

## 7. Da Priorização

### 7.1. Insuficiência hepática aguda grave

Definida como desenvolvimento de encefalopatia até 8 semanas após o início de icterícia em pacientes sem doença hepática preexistente, que preencham critérios de indicação de transplante de fígado do King's College ou Clichy, internados em Unidade de Terapia Intensiva.

Critérios do King's College Hospital:

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

Critério de Clichy:

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.

7.2. Não funcionamento primário do enxerto  
Aceito até o 7º dia após o transplante.

7.3. 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.

## 8. 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.

Para os casos em priorização não será considerada a regionalização.

Para os casos com MELD  $\geq$  30 pontos ou MELD/PELD com a situação especial "Trombose arterial até o 15º dia" não será considerada a regionalização.

Caso o órgão seja recusado em uma das regionais, por qualquer motivo, será feita a classificação, com os mesmos critérios, na outra Regional.

Caso o órgão ofertado seja de doador de outro Estado, não será considerada a regionalização.

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 CORRIGIDO igual ou superior ao valor mediano de MELD CORRIGIDO dos pacientes do grupo O, transplantados na regional, no ano anterior;
- b. Receptores potenciais do grupo AB concorrerão também aos órgãos de doadores do grupo sanguíneo A, se apresentarem MELD CORRIGIDO igual ou superior ao valor mediano de MELD CORRIGIDO dos pacientes do grupo A, transplantados na regional, no ano anterior.

Os receptores potenciais serão classificados conforme a sequência abaixo:

8.1. Receptores potenciais priorizados ou com MELD  $\geq$  30 pontos ou MELD/PELD com "Trombose arterial até o 15º dia":

- a. Receptores potenciais priorizados com igualdade ABO, seguido dos casos com compatibilidade ABO e classificados por tempo de espera;
- b. Receptores com MELD  $\geq$  30 pontos ou MELD/PELD 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, desempate pelo tempo de espera.

8.2. Receptores potenciais não priorizados, com MELD  $<$  30 pontos e MELD/PELD 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:

- 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:
  - 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 decrescente de MELD CORRIGIDO:
  - 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:
  - 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:
  - 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:
  - 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.

## **9. Do Receptor Transplantado**

Após a realização do transplante, a equipe deverá encaminhar para a CT, cópia do último 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 e ou hepatite C, a equipe deverá encaminhar cópia do resultado da sorologia do receptor transplantado para a CT, 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.

### **9.1. Em receptores priorizados**

Após a realização do transplante, a equipe deverá encaminhar para a CT, 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

O não cumprimento dos prazos estabelecidos acarretará na suspensão de inscrição de novos receptores, pela equipe, até a atualização das informações pendentes.

#### 9.2. 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 Comissão Técnico-científica.

O não cumprimento dos prazos estabelecidos acarretará na suspensão de inscrição de novos receptores, pela equipe, até a atualização das informações pendentes.

#### **10. Do Doador PAF**

O doador de fígado com PAF 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 Polineuropatia Amiloidótica Familiar (PAF) obedecerá aos critérios “Da classificação dos receptores potenciais”. Nestes casos, a equipe de transplante deverá encaminhar “Termo de consentimento de doação do órgão” (anexo IV), para a lista de espera dos receptores inscritos para transplante de doadores falecidos, assinado pelo receptor e o Formulário nº 9 “Informações sobre o doador – PAF” (anexo IV).

## 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 SET 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 SET. Neste caso o receptor potencial ficará com o *status* semiativo "Aguarda *clearance*", até que a equipe de transplante envie para a CT 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 pré-transplante incompletos, recebeu transfusão, sem soro no laboratório, soro vencido, suspenso pela equipe, suspenso sem condições clínicas, transplante sem confirmação.

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

Considerações gerais:

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

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

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**

Além dos critérios de descarte de doadores (Da Operacionalização, item 6.7), para transplante de rim isolado, serão descartados os rins dos doadores falecidos com as características abaixo definidas:

- Idade < 2 anos e ≥ 75 anos;
- Usuários de drogas injetáveis;
- Sorologia positiva hepatite vírus C (anti-HCV).

No caso dos doadores com sorologia positiva anti-Hbc ou anti-Hbc e anti-Hbs, serão selecionados, todos os receptores que tenham a informação de sorologia positiva anti-Hbc ou anti-Hbs ou HbsAg na inscrição.

## **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 CT:

- a. Relatório médico detalhado com a história clínica, estudo vascular e de capacidade funcional do peritônio;
- b. Formulário nº 10 – "Impossibilidade total de acesso para diálise" (anexo IV).

## 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 CT 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 CT relatório médico detalhado com a história clínica, incluindo informações relativas à doação renal, fornecidas pelo hospital/equipe do transplante.

A CT encaminhará a documentação do pedido de priorização para avaliação e parecer conclusivo da Comissão Técnico-científica.

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 CT 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 CT, 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 SET 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
- d. antecedente;
- e. Número de dias de intubação a equipe informará até quantos dias aceita de intubação do doador.
- 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;
  - Hepatite C (anti-HCV): a equipe informará se aceita ou não este antecedente. A aceitação está condicionada aos receptores com sorologia positiva;
  - 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 (suspenso > 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 sequência:

#### 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**

Além dos critérios de descarte de doadores (Da Operacionalização, item 6.7) os pulmões serão descartados se a gasometria apresentar  $pO_2 < 200 \text{ mmHg}$ , colhida com  $FiO_2 = 100\%$ .

#### **7. Do Receptor Transplantado**

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

## 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 SET 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 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;
  - Hepatite C (anti-HCV): a equipe informará se aceita ou não este antecedente. A aceitação está condicionada aos receptores com sorologia positiva;
  - 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 *clearence*, equipe não credenciada, exames pré-transplante incompletos, 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 *clearence*".

Os receptores potenciais com o *status* semiativo "Aguarda *clearence*", 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.

### **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 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 CT, no prazo de 15 dias, caso utilize órgão de doador com sorologia positiva para hepatite B e ou hepatite C.

## 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 do diabetes.

#### 2.2. Pré-transplante renal:

A equipe deverá encaminhar, para a Comissão Técnico-científica 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  $\geq 60$  ml/min.

Estes receptores potenciais ficarão com *status* "Aguarda avaliação da CTC" 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".

#### 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 CT 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;
- Hepatite C (anti-HCV): a equipe informará se aceita ou não este antecedente. A aceitação está condicionada aos receptores com sorologia positiva;
- 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 CTC, 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 CTC".

Os receptores potenciais com o *status* semiativo "Aguarda *clearance*" ou "Aguarda avaliação da CTC" 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, 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: compatibilidade ABO, características do doador (ficha complementar) e tempo de espera, calculado a partir da data de inscrição no CTU.

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

### **7. Do Receptor Transplantado**

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

## Módulo de Transplante de Córnea

### 1. Da Regionalização

Regional I:

sub-regionais: Grande São Paulo/Litoral e Sorocaba/Campinas

Regional II:

sub-regionais: Ribeirão Preto/São José do Rio Preto e Botucatu/Marília.

### 2. Da Inscrição

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

A idade mínima aceitável do doador deverá ser de até 10 anos e a idade máxima deverá ser a partir de 60 anos.

### 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 (5 recusas), removido (inscrição duplicada), removido pela equipe, removido sem condições clínicas, removido (suspenso > 30 dias), transferido para outro Estado, transplantado com córnea importada, transplantado 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 (suspenso > 30 dias)" será atribuído quando o receptor acumular 30 dias no *status* semiativo.

O *status* "removido (5 recusas)", será atribuído caso a equipe responsável recuse 5 córneas de doadores diferentes e em dias diferentes.

### 4. Da Priorização

#### 4.1 Olho Perfurado;

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

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

#### 4.4 Descemetocèle;

#### 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, observada a regional, classificados pelo tempo de espera;

5.2 Receptores potenciais não priorizados, observada a regionalização, classificados pelo tempo de espera;

Caso a córnea não seja utilizada na Sub-Regional, por qualquer motivo, será feita a classificação, com os mesmos critérios, na outra Sub-Regional e em seguida na outra Regional.

## **6. Do Receptor Transplantado**

O botão corneano, do receptor transplantado em priorização, deverá ser encaminhado em até 7 dias ao banco de olhos que disponibilizou a córnea.

O banco de olhos deverá encaminhar mensalmente à CT 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.

## **7. Da Captação de Olhos**

Poderão ser captados tecidos de doadores com idade superior ou igual a 2 anos e inferior ou igual a 80 anos, que não apresentem as contra-indicações abaixo:

7.1. Morte de causa desconhecida;

7.2. Incidência de infecção ou irradiação da zona do tecido ocular;

7.3. Neoplasias hematológicas (linfoma ativo disseminado, leucemias);

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

7.5. Evidência clínica ou positividade laboratorial de infecção por HIV, Hepatite B e C;

7.6. 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;

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

7.8. Receptores de córnea, esclera ou outro tecido ocular;

7.9. Outras enfermidades como raiva, rubéola congênita, síndrome de Reye;

7.10. 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, ceratoglobo).

## **8. Do Procedimento de Obtenção de Tecido Ocular**

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

A enucleação do tecido ocular poderá ser realizada por profissional de nível superior ou médio da área da saúde e afins, devidamente capacitados pelo BTOH e pela CNCDO. 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 2 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 CT 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 CT, devidamente aprovados pela Comissão de Ética de cada Instituição.

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

Para a finalidade de pesquisa e/ou ensino, poderão 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**

### **Regionalização**

As áreas de abrangência ficam assim definidas:

**Módulo Coração, Pulmão e Pâncreas isolado:** não há regionalização

#### **Módulo Fígado:**

1. Regional I área de abrangência das SPOT do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, do Hospital São Paulo da Escola Paulista de Medicina da UNIFESP e do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia.
2. Regional II área de abrangência das SPOT do Hospital das Clínicas da Unicamp, do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP, do Hospital Universitário de São José do Rio Preto, da UNESP Botucatu, do Conjunto Hospitalar de Sorocaba e do Hospital das Clínicas de Marília.

#### **Módulo Rim e Pâncreas/Rim:**

1. Regional I área de abrangência das SPOT do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, do Hospital São Paulo da Escola Paulista de Medicina da UNIFESP e do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia
2. Regional II composta pelas sub-regionais:
  - a. Sub-Regional I área de abrangência da SPOT do Hospital das Clínicas da Unicamp.
  - b. Sub-Regional II área de abrangência da SPOT do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP, do Hospital Universitário de São José do Rio Preto, da UNESP Botucatu, do Conjunto Hospitalar de Sorocaba e do Hospital das Clínicas de Marília.

#### **Módulo Córnea:**

1. Regional I composta pelas sub-regionais:
  - a. Sub-Regional Grande São Paulo/Litoral área de abrangência das SPOT do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, do Hospital São Paulo da Escola Paulista de Medicina da UNIFESP e do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia
  - b. Sub-Regional Sorocaba/Campinas área de abrangência da SPOT do Hospital das Clínicas da Unicamp e do Conjunto Hospitalar de Sorocaba
2. Regional II composta pelas sub-regionais:
  - a. Sub-Regional Ribeirão Preto/São José do Rio Preto área de abrangência da SPOT do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP, do Hospital Universitário de São José do Rio Preto.
  - b. Sub-Regional Marília/Botucatu área de abrangência da SPOT da UNESP Botucatu, e do Hospital das Clínicas de Marília.

#### **SPOT Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP**

1. 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,
2. Municípios: Barra do Turvo, Barueri, Caieiras, Cajamar, Cajati, Cananeia, Carapicuíba, Cotia, Eldorado, Francisco Morato, Franco da Rocha, Iguape, Ilha Comprida, Iporanga, Itanhaém, Itapevi, Itariri, Jacupiranga, Jandira, Juquiá, Jujutiba, Miracatu, Osasco, Parquera-Açú, Pedro de Toledo, Peruíbe, Pirapora do Bom Jesus, Registro, Santana do Parnaíba, São Lourenço da Serra, Sete Barras e Vargem Grande Paulista.

#### **SPOT Santa Casa de Misericórdia de São Paulo**

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

2. Municípios: Arujá, Guarulhos, Itaquaquetuba, Mairiporã e Santa Izabel.

#### **SPOT Hospital São Paulo da Escola Paulista de Medicina da UNIFESP**

1. 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.

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

#### **SPOT Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia**

1. 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.

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

#### **SPOT 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, Itacemópolis, Itapira, Itatiba, Itirapina, Itobi, Itupeva, Jacareí, Jaguariúna, Jembeiro, Jarinu, Joanópolis, Jundiaí, Lagoinha, Lavrinhas, Leme, Limeira, Lindóia, Lorena, Louveira, Mococa, Mogi-Guaçu, Mogi-Mirim, Mombuca, Monte Alegre do Sul, Monte Mor, Monteiro Lobato, Morungaba, Natividade da Serra, Nazaré Paulista, Nova Odessa, Paraibuna, Paulínia, Pedra Bela, Pedreira, Pindamonhangaba, Pinhalzinho, Piquete, Piracaia, Piracicaba, Pirassununga, Potim, Queluz, Rafard, Redenção da Serra, Rio Claro, Rio das Pedras, Roseira, Saltinho, Santa Barbara D'Oeste, Santa Branca, Santa Cruz da

Conceição, Santa Cruz das Palmeiras, Santa Gertrudes, Santa Maria da Serra, Santo Antonio da Posse, Santo Antonio do Jardim, Santo Antonio do Pinhal, São Bento do Sapucaí, São João da Boa Vista, São José do Barreiro, São José do Rio Pardo, São José dos Campos, São Luiz do Paraitinga, São Pedro, São Sebastião da Gramma, Serra Negra, Silveiras, Socorro, Sumaré, Tambau, Tapiratiba, Taubaté, Tremembé, Tuiuti, Valinhos, Vargem, Vargem Grande do Sul, Várzea Paulista e Vinhedo.

#### **SPOT Hospital das Clínicas - 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 Brasiliense, Araraquara, Boa Esperança do Sul, Borborema, Cândido Rodrigues, Descalvado, Dobrada, Dourado, Fernando Prestes, Gavião Peixoto, Ibate, Ibitinga, Itápolis, Matão, Motuca, Nova Europa, Porto Ferreira, Ribeirão Bonito, Rincão, Santa Ernestina, Santa Lucia, Santa Rita do Passa Quatro, São Carlos, Tabatinga, Taquaritinga, Trabiju, Altair, Barretos, Bebedouro, Cajobi, Colina, Colômbia, Embaúba, Guaíra, Guaraci, Jaborandi, Monte Azul Paulista, Olímpia, Pirangi, Severinia, Taiacu, Taiúva, Taquaral, Terra Roxa, Viradouro, Vista Alegre do Alto, Aramina, Buritizal, Cristais Paulista, Franca, Guará, Igarapava, Ipuã, Itirapuã, Ituverava, Jeriquara, Miguelópolis, Morro Agudo, Nuporanga, Orlândia, Patrocínio Paulista, Pedregulho, Restinga, Ribeirão Corrente, Rifaína, Sales Oliveira, São Joaquim da Barra, São José da Bela Vista.



### **SPOT Hospital Universitário - 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, Indiaporã, Ipiгуá, Irapuã, Itajobi, Jaci, Jales, José Bonifácio, Macaubal, Macedônia, Magda, Marapoama, Marinópolis, Mendonça, Meridiano, Mesópolis, Mira Estrela, Mirassol, Mirassolândia, Monções, Monte Aprazível, Neves Paulista, Nhandeara, Nipoã, Nova Aliança, Nova Canaã, Nova Granada, Novais, Novo Horizonte, Onda Verde, Oridiuva, Ouroeste, Palestina, Palmares Paulista, Palmeira D'Oeste, Paraíso, Paranapuã, Parisi, Paulo de Faria, Pedranópolis, Pindorama, Planalto, Poloni, Pontalinda, Pontes Gestal, Populina, Potirendaba, Riolândia, Rubineia, Sales, Santa Adélia, Santa Albertina, Santa Clara D'Oeste, Santa Fé do Sul, Santa Rita D'Oeste, Santa Salete, Santana da Ponte Pensa, São Francisco, São João das Duas Pontes, São José do Rio Preto, Seabstianópolis do Sul, Tabapuã, Tanabi, Três Fronteiras, Turmalina, Ubarana, Uchôa, União Paulista, Urânia, Urupês, Valentim Gentil, Vitória Brasil, Votuporanga, Zacarias, Alto Alegre, Andradina, Araçatuba, Auriflamma, Avanhadava, Barbosa, Bento de Abreu, Bilac, Birigui, Braúna, Brejo Alegre, Buritama, Castilho, Clementina, Coroados, Gabriel Monteiro, Gastão Vidigal, General Salgado, Glicério, Guaraçai, Guararapes, Guzolândia, 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.

### **SPOT Conjunto Hospitalar de Sorocaba**

Municípios: Alambari, Alumínio, Angatuba, Apiaí, Araçariguama, Araçoiaba da Serra, Barra do Chapéu, Boituva, Bom Sucesso de Itataté, 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.

### **SPOT Hospital das Clínicas - 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, Ocaúçu, Oriente, Oscar Bressane, Osvaldo Cruz, Pacaembu, Parapuã, Pompeia, Pracinha, Quatá, Queirós, Quintana, Rinópolis, Sagres, Salmorão, Tupã, Vera Cruz, Avaí, Balbinos, Cabrália Paulista, Cafelândia, Duartina, Getulina, Guaiçara, Guaimbé, Guarantã, Lins, Lucianópolis, Pirajuí, Pongaí, Presidente Alves, Promissão, Reginópolis, Sabino, Ubrajara, Uru, Alfredo Marcondes, Álvares Machado, Anhumas, Caiabu, Caiuá, Dracena, Emilianópolis, Estrela do Norte, Euclides da Cunha Paulista, Flora Rica, Iepê, Indiana, João Ramalho, Junqueirópolis, Marabá, Paulista, Martinópolis, Mirante do Paranapanema, Monte Castelo, Nantes, Narandiba, Nova Guataporanga, Ouro Verde, Panorama, Paulicéia, Piquerobi, Pirapozinho, Presidente Bernardes, Presidente Epitácio, Presidente Prudente, Presidente Venceslau, Rancharia, Regente Feijó, Ribeirão dos


Índios, Rosana, Sandovalina, Santa Mercedes, Santo Anastácio, Santo Expedito, São João do Pau D'Alho, Taciba, Tarabaí, Teodoro Sampaio, Tupi Paulista, Assis, Bernardino de Campos, Borá, Cândido Mota, Canitar, Chavantes, Cruzália, Espírito Santo do Turvo, 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.

### **SPOT UNESP - 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, Fatura, Iacanga, Iaras, Igarçu do Tietê, Itaí, Itaju, Itaporanga, Itapuí, Itatinga, Jaú, Laranjal Paulista, Lençóis Paulista, Macatuba, manduri, Mineiros do Tietê, Paranapanema, Pardinho, Pederneiras, Pereiras, Piraju, Piratininga, Porangaba, São Manuel, Sarutaiá, Taguaí, Taquaritinga, Tejubá, Torre de Pedra, Torrinha, Agudos, Arealva, Bariri, Barra Bonita, Bauru, Bocaína, Boraceia, Borebi, Brotas, Dois Córregos, Iacanga, Igarçu do Tietê, Itaju, Itapuí, Jaú, Lençóis Paulista, Macatuba, Mineiros do Tietê, Paulistânia, Pederneiras, Piratininga, Torrinha.

## Anexo IV

### Formulários:

	1
	<b>SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE</b> <b>SISTEMA ESTADUAL DE TRANSPLANTES</b> Home Page: <a href="http://www.saude.sp.gov.br">http://www.saude.sp.gov.br</a> , e-mail: <a href="mailto:ctrans@saude.sp.gov.br">ctrans@saude.sp.gov.br</a> <b>SERVIÇO DE PROCURA DE ÓRGÃOS E TECIDOS (SPOT)</b>

<b>A - IDENTIFICAÇÃO</b>	
Hospital Sede:	
Endereço:	
C.E.P.	Cidade:
Fone:	Celular:
e-mail:	

<b>Médico coordenador da SPOT</b>	
Nome:	C.R.M.
Assinatura:	Data:

<b>Diretor do Hospital</b>	
Nome:	C.R.M.
Assinatura:	Data:



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)  
**CADASTRAMENTO DE EQUIPE DE TRANSPLANTE**

<b>A – IDENTIFICAÇÃO:</b>					
Nome da Equipe: [ ]		Nº do SNT: [ ]			
Endereço: [ ]					
C.E.P.: [ ]	Cidade: [ ]				
Fone: [ ]	Celular: [ ]				
Fax: [ ]	e-mail: [ ]				
<b>B – LOCAL DE TRABALHO DA EQUIPE:</b>					
Hospital: [ ]		Nº do SNT: [ ]			
<b>C. OUTROS MEDICOS DA EQUIPE:</b>					
	Nome	C.R.M.	Fone		
1.	[ ]	[ ]	[ ]		
2.	[ ]	[ ]	[ ]		
3.	[ ]	[ ]	[ ]		
4.	[ ]	[ ]	[ ]		
5.	[ ]	[ ]	[ ]		
<b>D. CONTATOS (em caso de disponibilidade de órgão, informar a ordem das pessoas a serem avisadas):</b>					
	Nome	Cargo	Fone		
1.	[ ]	[ ]	[ ]		
2.	[ ]	[ ]	[ ]		
3.	[ ]	[ ]	[ ]		
4.	[ ]	[ ]	[ ]		
5.	[ ]	[ ]	[ ]		
<b>E – TIPO(S) DE TRANSPLANTE (S) A QUE SE PROPOE:</b>					
<input type="checkbox"/> Coração	<input type="checkbox"/> Fígado	<input type="checkbox"/> Rim	<input type="checkbox"/> Pâncreas	<input type="checkbox"/> Pulmão	<input type="checkbox"/> Intestino
<input type="checkbox"/> Pele	<input type="checkbox"/> Córnea	<input type="checkbox"/> Osso	<input type="checkbox"/> Tendão/Músculo	<input type="checkbox"/> Vasos	
<b>Médico responsável:</b>					
Nome: [ ]		C.R.M.: [ ]			
Assinatura: [ ]			Data: [ ]		
<b>Diretor Clínico do Hospital:</b>					
Nome: [ ]		C.R.M.: [ ]			
Assinatura: [ ]			Data: [ ]		



**NOTIFICAÇÃO DE DEVOLUÇÃO DE CÓRNEA**

Hospital:	<input type="text"/>		
Equipe:	<input type="text"/>		
Receptor:	<input type="text"/>	RGCT:	<input type="text"/>
Doador:	<input type="text"/>	RGCT:	<input type="text"/>
Data de recebimento da córnea:	<input type="text"/>	Hora do recebimento:	<input type="text"/>

<b>Tecido</b>
<input type="checkbox"/> Córnea Esquerda <input type="checkbox"/> Córnea Direita

<b>Motivo da devolução relacionado a:</b>
<input type="checkbox"/> Córnea <input type="checkbox"/> Receptor <input type="checkbox"/> Equipe/Estabelecimento
Descrição: <input type="text"/>

<b>Médico Responsável</b>	
Nome: <input type="text"/>	C.R.M.: <input type="text"/>
Assinatura: <input type="text"/>	Data: <input type="text"/>





## 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

5

### A – IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Nº do SNT:  Nº do CNES:

Endereço:

C.E.P.:  Cidade:

Fone 1:  Fone 2:  Fax:

e-mail:

### B – TIPO(S) DE TRANSPLANTE (S) A QUE SE PROPOE

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:	
Clampamento 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 de perfusão:	h min	Início de perfusão:	h min
Perfusão: <input type="checkbox"/> Boa <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim		Perfusão: <input type="checkbox"/> Boa <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim	
Descreva lesões:			
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

7

Hospital:	<input type="text"/>		
Equipe:	<input type="text"/>		
Doador:	<input type="text"/>	RGCT:	<input type="text"/>
Data de retirada:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

### Tecido:

Valva  Osso  Vasos  Pele  Músculo/Tendão

### 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)

8

## 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* < 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)**INFORMAÇÕES SOBRE O DOADOR - PAF**

RGCT do receptor: [ ]							
Data:	[ ]	Hora:	[ ]	[ ]	[ ]		
Nome:	[ ]	Tipo Sangüíneo 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:		[ ]	[ ]	[ ]



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

10

SISTEMA ESTADUAL DE TRANSPLANTES

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

IMPOSSIBILIDADE TOTAL DE ACESSO PARA DIÁLISE

RGCT	
Nome do paciente:	
Centro de diálise:	

1. Descrição sumária do caso clínico:	

2. Número de vias de acesso realizadas até o momento:			
2.1 Cateter de duplo lumen:	SD		SE
2.2 Cateter Permcath:	SD		SE
2.3 Fistula Classica:	BD	BE	AD AE
2.4 Enxertos Biológicos:	BD	BE	AD AE
2.5 Trombose vascular torácica:	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/> N

3. Já fez DPI	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	N
3.1 Caso já tenha feito, teve peritonite:	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	N
3.2 Caso não tenha feito por que razão ?				

4. Como está sendo dialisado hoje ?	

<b>Médico responsável pelo preenchimento do formulário:</b>	
Nome:	C.R.M.
Data:	Assinatura

Abreviações:	SD	Subclávia direita	BD	Braço direito	AD	Antebraço direito
	SE	Subclávia esquerda	BE	Braço esquerdo	AE	Antebraço esquerdo



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

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 SAUDE  
 SISTEMA ESTADUAL DE TRANSPLANTE S  
 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**

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

Eu, \_\_\_\_\_  
 natural de \_\_\_\_\_, Estado de \_\_\_\_\_, RG nº. \_\_\_\_\_, residente  
 a \_\_\_\_\_  
 cidade: \_\_\_\_\_, Estado: \_\_\_\_\_, CEP: \_\_\_\_\_ respeitando as Leis nº.  
 9434/97 e nº. 10211/01 autorizo a doação de órgãos e/ou tecidos de \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ nascido (a)  
 em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, natural \_\_\_\_\_ Estado  
 de \_\_\_\_\_, RG nº. \_\_\_\_\_, filho (a) de \_\_\_\_\_ e  
 de \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ bairro: \_\_\_\_\_, 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: _____		

São Paulo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

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

RELAÇÃO DE HOSPITAIS/EQUIPES	
EQUIPES DE REFERÊNCIA	UNIDADES DE DIÁLISES
HOSPITAL DE BASE DE BAURU	Bauru - 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 MARÍLIA	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 F.M.R.P.U.S.P.
	Ribeirão Preto - Instituto Hemodialise e Transplante (Hospital S.Paulo)
	Araraquara - Unidade de Tratamento Dialítico S/C Ltda (Hospital São Paulo)
	Bebedouro - IBENE - Instituto Bebedouro de Nefrologia
	Franca - Hospital Regional - Clínica Nefrológica de Franca
	Franca - Santa Casa
	Ituverava - 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)
	São Jose do Rio Preto - Hospital de Base
HOSPITAL DE BASE	Araçatuba - Santa Casa
SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	Barretos - Santa Casa
	Lins - Santa Casa
	Votuporanga - Santa Casa
	São Jose do Rio Preto - IUN - Instituto de Nefrologia e Urologia
INSTITUTO UROLOGIA NEFROLOGIA	Catanduva - Hospital Padre Albino
SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	Ilha Solteira - Hospital de Base II
	Fernandópolis - Santa Casa
HOSPITAL SANTA LUCINDA- SOROCABA	Sorocaba - Hospital Santa Lucinda /CDTR/ PUC

## 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	2.4800	0	3	45.5600	2.2000
3	6	55.8000	4.1000	3	6	54.5200	3.9200
6	9	62.4000	5.8400	6	9	60.6200	5.4600
9	12	67.0200	7.2600	9	12	64.9400	6.6600
12	15	70.7000	8.1600	12	15	68.6200	7.4000
15	18	73.7000	8.7200	15	18	71.9000	7.9600
18	21	76.3200	9.1400	18	21	74.7600	8.4600
21	24	78.6400	9.4800	21	24	77.4400	8.9800
24	27	79.2400	9.6400	24	27	78.0000	9.4600
27	30	81.3800	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	89.1400	11.8200	39	42	88.3200	11.5200
42	45	91.0000	12.1600	42	45	90.1200	11.9200
45	48	92.8800	12.5200	45	48	91.9000	12.2000
48	51	94.3800	12.9000	48	51	93.5600	12.6000
51	54	96.0800	13.2800	51	54	95.1000	12.8800
54	57	97.7200	13.6800	54	57	96.6000	13.1800
57	60	99.2600	14.0600	57	60	98.1000	13.4600
60	63	100.7000	14.4600	60	63	99.5800	13.8400
63	66	102.1600	14.8600	63	66	100.9400	14.1000
66	69	103.6200	15.2600	66	69	102.2800	14.4400
69	72	105.0000	15.6600	69	72	103.5200	14.6800
72	75	106.3800	16.0400	72	75	104.7600	14.9800
75	78	107.6800	16.4000	75	78	106.0800	15.2800
78	81	109.0400	16.7600	78	81	107.2000	15.6400
81	84	110.2200	17.2200	81	84	108.4000	15.9800
84	87	111.5000	17.6400	84	87	109.6200	16.3000
87	90	112.6800	17.9400	87	90	110.8400	16.6800
90	93	113.9600	18.3200	90	93	111.9600	17.1200
93	96	115.1400	18.7800	93	96	113.0800	17.4400
96	99	116.3000	19.1000	96	99	114.3200	17.8400
99	102	117.4600	19.5000	99	102	115.4600	18.3200
102	105	118.6000	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	19.7600
111	114	121.9800	20.9000	111	114	120.4800	20.2000
114	117	123.0400	21.2800	114	117	121.8200	20.8200
117	120	124.1200	21.7400	117	120	123.2600	21.3400
120	123	125.2800	22.1000	120	123	124.6400	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	23.7600
132	135	129.8800	24.1400	132	135	130.9200	24.5000
135	138	131.0200	24.7800	135	138	132.6400	25.1800
138	141	132.2400	25.4000	138	141	134.4000	25.8600
141	144	133.4200	26.0600	141	144	136.1800	26.6600
144	147	134.6800	26.8200	144	147	137.8600	27.4000
147	150	135.8600	27.5800	147	150	139.5400	28.2600
150	153	137.1600	28.4600	150	153	141.1200	29.0200
153	156	138.5800	29.3800	153	156	142.5000	29.9600
156	159	139.9400	30.4000	156	159	143.7400	30.8000
159	162	141.3600	31.4400	159	162	144.8600	31.6800
162	165	142.8800	32.5200	162	165	145.6600	32.5800

## 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	144.3600	33.7200	165	168	146.4600	33.4000
168	171	145.9800	34.9400	168	171	147.0200	34.2600
171	174	147.6800	36.1800	171	174	147.4000	35.0400
174	177	149.4000	37.4400	174	177	147.7600	35.8800
177	180	151.1200	38.6200	177	180	148.0400	36.6200
180	183	152.8800	39.9400	180	183	148.3200	37.4000
183	186	154.6000	41.1600	183	186	148.5200	38.1200
186	189	156.2400	42.4000	186	189	148.6400	38.7600
189	192	157.7800	43.5400	189	192	148.7600	39.3400
192	195	159.1200	44.7200	192	195	149.0800	39.8600
195	198	160.4200	45.8000	195	198	149.4000	40.3000
198	201	161.5800	46.8000	198	201	149.6600	40.6600
201	204	162.4600	47.7200	201	204	150.0200	41.0600
204	207	163.0800	48.5400	204	207	150.3000	41.3600
207	210	163.4600	49.2800	207	210	150.7200	41.5600
210	213	163.6600	49.9400	210	213	151.1200	41.7800
213	216	163.7200	50.4800	213	216	151.5000	41.9800
216	219	163.6000	50.9400	216	219	151.7800	42.0800