

Nº 121 - DOE – 27/06/2024 – p.82

### Coordenadoria de Planejamento de Saúde

#### **Deliberação CIB nº 83, 26/06/2024**

Considerando a Portaria MS/GM nº 1.599 de 01/08/2008 que Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS, que compreende três dimensões, sendo: a regulação de Sistemas de Saúde, a regulação da atenção à saúde e ainda, a regulação do acesso à assistência.

Considerando a Portaria MS/GM nº 2.600 de 21/10/2009 que aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes.

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

Considerando a Resolução SS nº 06 de 08/02/2019 que dispõe sobre a estrutura organizacional e operacional do Sistema Estadual de Transplante de São Paulo.

Considerando a criação na Secretaria de Estado da Saúde - SES/SP por meio do Decreto nº 56.061 de 02 de agosto de 2010, da Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde-CROSS, para operacionalizar as ações de regulação do acesso sob coordenação técnica e diretrizes do Grupo de Regulação da Coordenadoria de Regiões de Saúde da SES-SP.

Considerando a Deliberação CIB 6, de 08/02/2012 que estabelece as Diretrizes para a Regulação da Assistência no Estado de São Paulo.

Considerando o Ofício nº 201/2024/CGSNT/DAET/SAES/MS de 01 de março de 2024 – comunica a partir desta data, alteração no processo de regulação de pacientes para os projetos assistenciais de transplantes no âmbito do PROADI-SUS.

Considerando que o Estado de São Paulo utiliza o Sistema Informatizado de Regulação do Estado de São Paulo - SIRESP, para tramitar e organizar o fluxo de pacientes entre as diversas unidades sob os preceitos da regulação, tanto através do módulo ambulatorial quanto do módulo de urgências.

Considerando que o Estado de São Paulo possui atualmente 156 equipes credenciadas para realizar transplantes pelo SUS nas seguintes modalidades: coração, pulmão, fígado, rins, pâncreas, pâncreas/rim, intestino, multivisceral, medula e córnea.

Considerando que a inscrição dos pacientes com indicação de transplante no SIGSET – Sistema Informatizado de Gerenciamento do Sistema Estadual de Transplantes é de responsabilidades das equipes transplantadoras.

Considerando a necessidade de organizar o acesso dos pacientes que necessitam de avaliação pré-transplante através do SIRESP de forma organizada segundo as legislações vigentes.

Considerando que existe uma dificuldade para o paciente que recebe o diagnóstico de possível candidato a transplante, de qualquer órgão, em acessar uma das equipes transplantadoras e dessa forma, ingressar no SIGSET, de forma equânime.

A Comissão Intergestores Bipartite do Estado de São Paulo – CIB/SP em sua 346ª reunião ordinária, realizada em 20/06/2024 aprova a Nota Técnica CIB – Orientações para regulamentação do acesso dos pacientes que necessitam da avaliação Pré-Transplante, em caráter eletivo/ambulatorial para coração, pulmão, fígado e rim, e em caráter de urgência para coração, pulmão e fígado, no Estado de São Paulo. O acesso dar-se-á através do Sistema Informatizado de Regulação do Estado de São Paulo (SIRESP), através do Módulo de Regulação Ambulatorial (MRA) para casos de caráter eletivo/ambulatorial e Módulo de Regulação de Urgência (MRU) para situações de urgência/emergência, conforme Anexos I, II, III e IV.

## ANEXO I

**Nota Técnica CIB – Orientações para regulamentação do acesso dos pacientes que necessitam da avaliação Pré-Transplante, em caráter eletivo/ambulatorial para coração, pulmão, fígado e rim, e em caráter de urgência para coração, pulmão e fígado, no Estado de São Paulo.**

### **INTRODUÇÃO**

#### **Dos profissionais e estabelecimentos/instituições elegíveis à solicitação de avaliação pré-transplante**

O transplante é um procedimento de alta complexidade e, portanto, a solicitação de avaliação pré-transplante deve ser indicada por profissionais especializados nas áreas afeitas ao órgão a ser transplantado, que atuam preferencialmente em Serviços Ambulatoriais de Especialidade, ligados ou não a Instituições Hospitalares.

No **Anexo II** descreve-se os CBO (Cadastro Brasileiro de Ocupações) relacionados a cada um dos órgãos sólidos aqui mencionados.

### **PACTUAÇÃO DE REFERÊNCIA**

A regionalização tem como objetivo otimizar o deslocamento dos pacientes que necessitam de avaliação e organizar uma rede referenciada para o acesso aos serviços credenciados, segundo a modalidade do transplante.

Pactuação de contrarreferência: Todo paciente avaliado sem indicação para transplante, será orientado a retornar à unidade de origem para continuidade do tratamento.

As avaliações/triagens de pertinência para transplante ocorrerão através de consultas com especialistas dos serviços de referência de cada modalidade de transplante. Por se tratar de recurso de alta complexidade, o fluxo de acesso será através de agenda regulada, por meio de cotas no módulo ambulatorial do SIRESP. A regulação será centralizada e operacionalizada pela equipe de Regulação Ambulatorial da Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde – CROSS, que receberá as solicitações de avaliação, analisará a pertinência conforme o protocolo de acesso específico para cada modalidade de transplante e procederá com agendamento de acordo com a oferta pactuada em tempo oportuno obedecendo a regionalização e protocolos de acesso vigente.

Cada instituição transplantadora deverá configurar a agenda regulada mensal no SIRESP obedecendo o cronograma oficial de configuração de agenda.

A Unidade Solicitante é responsável pelo paciente durante o processo regulatório garantindo que ele tenha informações sobre o andamento da solicitação no SIRESP. Caberá ao solicitante manter as informações atualizadas no SIRESP do paciente e informá-lo sobre a finalização desse processo.

A regulação de Urgência/Emergência aqui prevista destina-se especialmente para coração, pulmão e fígado, através do Módulo de Regulação de Urgência do SIRESP.

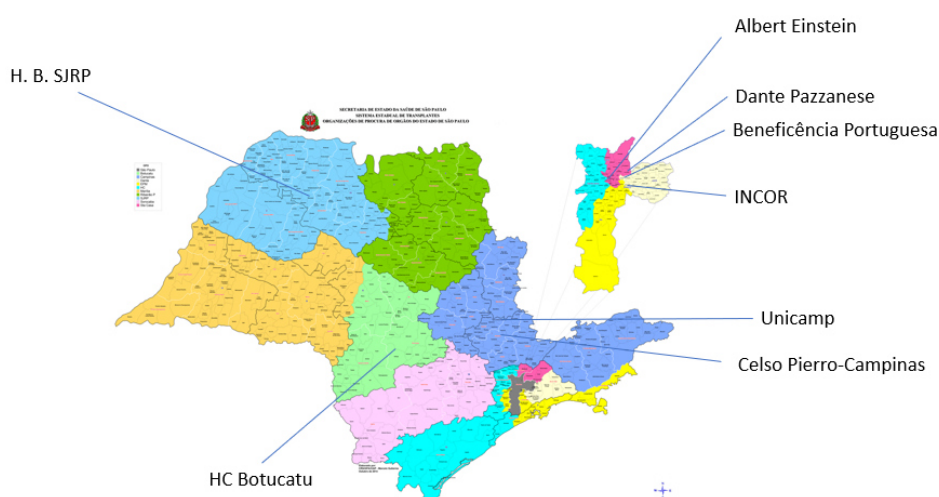
## **CENÁRIO DO TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS SÓLIDOS**

Apresentamos a seguir os Centros Transplantadores conforme o órgão transplantado e distribuição das equipes no Estado de São Paulo.

O estado de São Paulo conta com:

- 8 estabelecimentos que realizam o transplante cardíaco - SUS (Figura 1). O Hospital Albert Einstein realiza através do projeto PROADI-SUS.

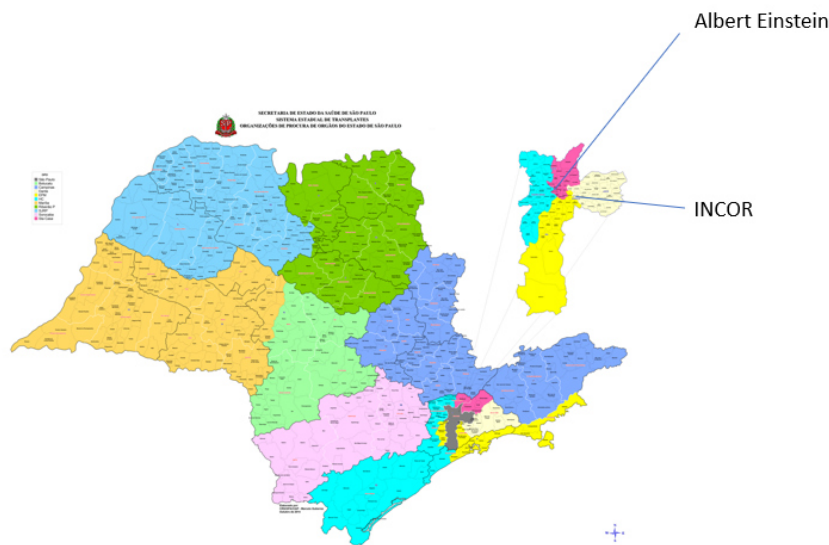
### **Figura 1 – Localização dos estabelecimentos que realizam o transplante cardíaco – SUS.**



Fonte: Sistema Estadual de Transplante – Maio/2024

- 2 estabelecimentos que realizam o transplante pulmonar - SUS (Figura 2). O Hospital Albert Einstein realiza através do projeto PROADI-SUS.

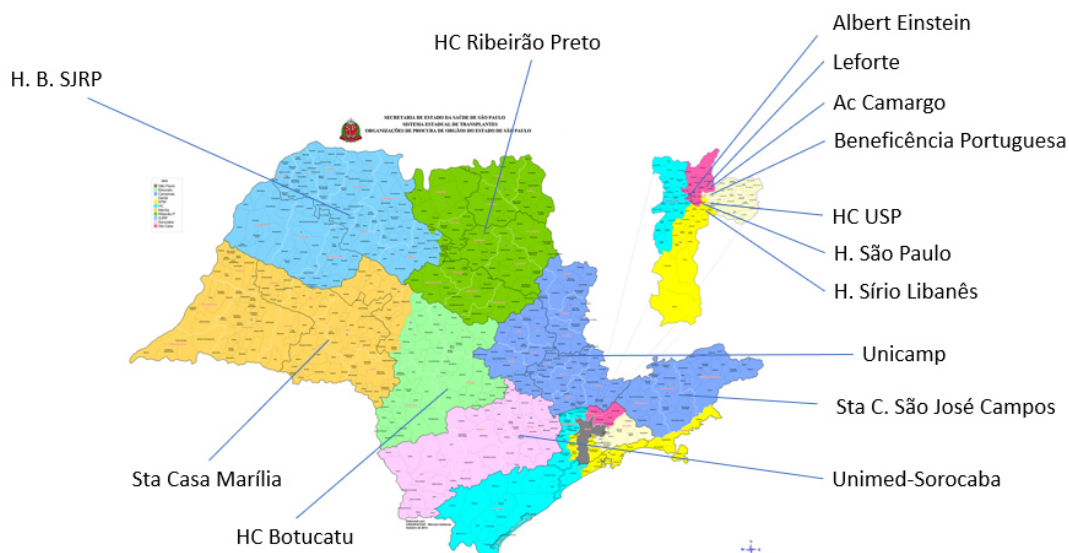
**Figura 2 – Localização dos estabelecimentos que realizam o transplante pulmonar – SUS.**



Fonte: Sistema Estadual de Transplante – Maio/2024

- 14 estabelecimentos que realizam transplante hepático - SUS (Figura 3). O Hospital Albert Einstein e o Hospital Sírio Libanês realizam através do projeto PROADI-SUS.

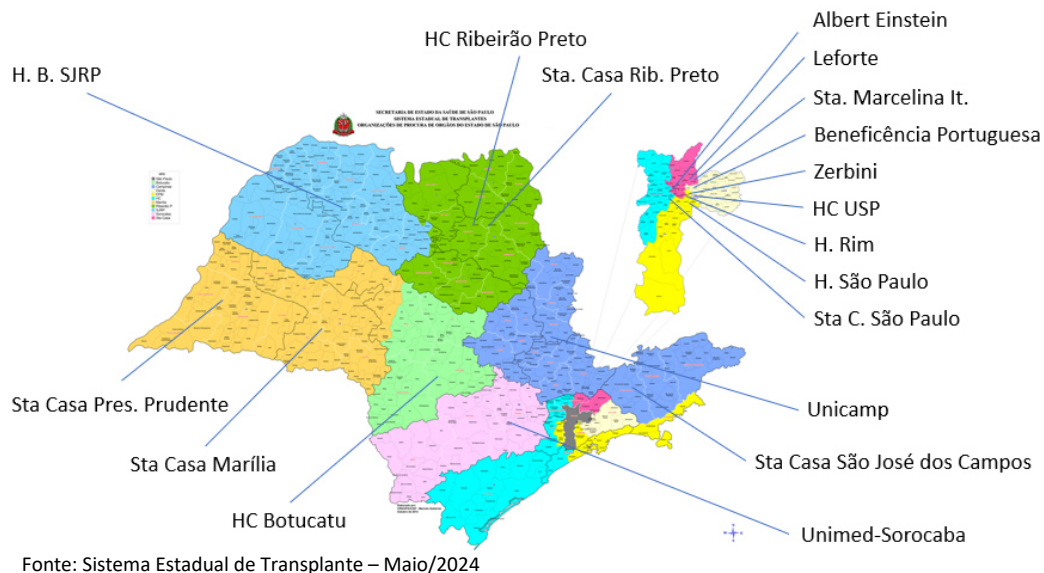
**Figura 3 – Localização dos estabelecimentos que realizam o transplante hepático – SUS.**



Fonte: Sistema Estadual de Transplante – Maio/2024

- 18 estabelecimentos que realizam transplante renal - SUS (Figura 4). O Hospital Albert Einstein realiza através do projeto PROADI-SUS.

**Figura 4 – Localização dos estabelecimentos que realizam o transplante renal – SUS.**



No **Quadro 1** abaixo, relacionamos por Departamento Regional de Saúde os hospitais habilitados como transplantadores no Estado de São Paulo segundo o órgão de Referência Coração, Pulmão, Fígado e Rim.

Cabe ressaltar que, o Hospital Albert Einstein, Hospital Sírio Libanês e o Hospital Beneficência Portuguesa localizados na cidade de São de Paulo, realizam transplantes pelo SUS através do projeto PROADI-SUS "Apoio à qualificação do Processo de doação e transplantes de órgãos, tecidos e medula óssea, por meio de ações integradas de assistência à saúde, gestão e capacitação profissional" para o gestor estadual de saúde de São Paulo, conforme nota técnica Nº 32/2022-CGSNT/DAET/SAES/MS.

**Transplantes pelo Projeto PROADI-SUS:**

- 1.Hospital Albert Einstein - transplante de Coração, Pulmão, Fígado e Rim.
- 2.Hospital Sírio Libanês – transplante de Fígado

Já os estabelecimentos: Hospital Leforte, Hospital A C Camargo/Fundação Antonio Prudente, Hospital do Rim e Hipertensão/Fundação Oswaldo Ramos de São Paulo, Hospital Unimed de Sorocaba, realizam transplantes pelo SUS através de Contrato Assistencial estabelecido com o gestor municipal.

**Quadro 1 - Hospitais Habilitados como transplantadores no Estado de São Paulo, assinalando o órgão de referência (Coração, Pulmão, Fígado e Rim), junho de 2024.**

DRS	CNES	Gestão	Hospitais	Rim	Fígado	Coração	Pulmão
DRS I – São Paulo	2071568	Estadual	Incor			X	X
	2077477	Estadual	Hospital Santa Marcelina	X			

	2077485	Estadual	Hospital São Paulo - Unifesp	X	X		
	2078015	Estadual	Hospital das Clínicas de São Paulo	X	X		
	2088495	Estadual	Instituto Dante Pazzanese			X	
	2688689	Estadual	Santa Casa de São Paulo	X			
	2058391	Municipal	Hospital Israelita Albert Einstein (PROADI-SUS)	X	X	X	X
	2077507	Municipal	Hospital Leforte (Liberdade)	X	X		
	2077531	Municipal	Hospital AC Camargo		X		
	2079127	Municipal	Hospital Sírio Libanês (PROADI-SUS para Fígado)	X	X	X	X
	2089785	Municipal	Hospital do Rim e Hipertensão	X			
	2080575	Municipal	Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo	X	X	X	
DRS VI - Bauru	2748223	Estadual	Hospital das Clínicas de Botucatu (HC - Unesp)	X	X	X	
DRS VII - Campinas	2079798	Estadual	Hospital das Clínicas - Unicamp	X	X	X	
	2082128	Municipal	Hospital Celso Pierro-PUC			X	
DRS IX - Marília	2083116	Municipal	Santa Casa de Marília	X	X		
DRS XI - Presidente Prudente	2080532	Estadual	Santa Casa de Presidente Prudente	X			
DRS XIII - Ribeirão Preto	2082187	Estadual	Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (FAEPA)	X	X		
	2084414	Municipal	Santa Casa de Ribeirão Preto	X			
DRS XV - São José do Rio Preto	2077396	Estadual	Hospital de Base de São José do Rio Preto	X	X	X	
DRS XVI - Sorocaba	2708566	Municipal	Hospital Unimed Sorocaba	X	X		
DRS XVII - Taubaté	2748029	Estadual	Santa Casa de São José dos Campos	X	X		

Fonte: CNES/DATASUS Extraído em Junho/2024 e Portaria SAES/MS nº 1.444 de 31/01/2024.

## FLUXO PARA PACIENTES AMBULATORIAIS

### - Unidades sob gestão estadual ou municipal que utilizam o Módulo de Regulação Ambulatorial (MRA)-SIRESP

Inserção da solicitação no Módulo de Regulação Ambulatorial do SIRESP, no recurso "Avaliação para Transplante – Órgão...".

#### Anexar os documentos abaixo:

- Formulário específico para cada órgão (**Anexo IV** dessa nota técnica), devidamente preenchida com assinatura e carimbo do médico solicitante.
- Documentação comprobatória (relatório médico detalhado, exames recentes etc.) conforme as recomendações de indicações clínicas dispostas no **Anexo III** dessa nota técnica.

As solicitações serão avaliadas pela equipe de médicos reguladores da CROSS – Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde e se pertinente (conforme protocolo de encaminhamento – **Anexo III e IV**), agendadas nas vagas disponibilizadas pelas equipes transplantadores de acordo com a grade de referência previamente estabelecida.

### - Unidades sob gestão municipal que não utilizam o Módulo de Regulação Ambulatorial (MRA)-SIRESP

Preenchimento do formulário específico para cada órgão (**Anexo III** dessa nota técnica), com assinatura e carimbo do médico solicitante. Fica a cargo de cada Secretaria Municipal determinar qual instância municipal será responsável por inserir e acompanhar a solicitação

no SIRESP. A inserção será no Módulo de Regulação Ambulatorial do SIRESP, no recurso “Avaliação para Transplante – Órgão...”.

#### **Anexar os documentos abaixo:**

- Formulário específico para cada órgão (**Anexo IV** dessa nota técnica), devidamente preenchida com assinatura e carimbo do médico solicitante.
- Documentação comprobatória (relatório médico detalhado, exames recentes etc.) conforme as recomendações de indicações clínicas dispostas no **Anexo III** dessa nota técnica.

As solicitações serão avaliadas pela equipe de médicos reguladores da CROSS – Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde e se pertinente (conforme protocolo de encaminhamento – **Anexo III e IV**), agendadas nas vagas disponibilizadas pelas equipes transplantadores de acordo com a grade de referência previamente estabelecida.

#### **- Unidades privadas que não prestam serviço ao SUS e sem acesso ao SIRESP**

Preenchimento do formulário específico para cada órgão (**Anexo IV** dessa nota técnica), com assinatura e carimbo do médico solicitante. Fica a cargo de cada Secretaria Municipal determinar qual instância municipal será responsável por inserir e acompanhar a solicitação no SIRESP.

A inserção da solicitação deverá ser feita, pela gestão municipal, no Módulo de Regulação Ambulatorial, no recurso “Avaliação para Transplante – Órgão...”.

#### **Anexar os documentos abaixo:**

- Formulário específico para cada órgão (**Anexo IV** dessa nota técnica), devidamente preenchida com assinatura e carimbo do médico solicitante.
- Documentação comprobatória (relatório médico detalhado, exames recentes etc.) conforme as recomendações de indicações clínicas dispostas no **Anexo III** dessa nota técnica.

As solicitações serão avaliadas pela equipe de médicos reguladores da CROSS – Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde e se pertinente (conforme protocolo de encaminhamento – **Anexo III e IV**), agendadas nas vagas disponibilizadas pelas equipes transplantadores de acordo com a grade de referência previamente estabelecida.

### **FLUXO PARA PACIENTES INTERNADOS – URGÊNCIA/EMERGÊNCIA**

#### **- Unidades sob gestão estadual ou municipal que utilizam o Módulo de Regulação de Urgência (MRU)-SIRESP**

Preenchimento do formulário específico para cada órgão (**Anexo IV** dessa nota técnica), com assinatura e carimbo do médico solicitante.

A inserção do caso será no Módulo de Regulação de Urgências do SIRESP, em ficha padrão, com solicitação do recurso “Avaliação para Transplante”, sendo obrigatório anexar o Formulário de Protocolo de Encaminhamento (**Anexo IV**)

Todas as solicitações devem seguir as recomendações de condições clínicas dispostas no **Anexo III** dessa nota técnica.

Pelo mesmo sistema de regulação, as solicitações serão devidamente avaliadas por equipe de médicos reguladores da CROSS – Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde e encaminhadas para todas as referências cadastradas como executante para esse recurso, seguindo grade de referência previamente estabelecida.

#### **- Unidades sob gestão municipal que não utilizam o SIRESP Módulo de Regulação de Urgência (MRU), para regulação da urgência**

Preenchimento do formulário específico para cada órgão (**Anexo IV** dessa nota técnica), com assinatura e carimbo do médico solicitante. Fica a cargo de cada Secretaria Municipal determinar qual instância será responsável por inserir e acompanhar a solicitação no SIRESP.

A inserção do caso será no Módulo de Regulação de Urgências do SIRESP, em ficha padrão, com solicitação do recurso “Avaliação para Transplante”.

Todas as solicitações devem seguir as recomendações de condições clínicas dispostas no **Anexo III** dessa nota técnica.

Pelo mesmo sistema de regulação, as solicitações serão devidamente avaliadas pela equipe de médicos reguladores da CROSS – Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde e encaminhadas para todas as referências cadastradas como executante para esse recurso, seguindo grade de referência previamente estabelecida.

#### **- Unidades privadas que não prestam serviço ao SUS e sem acesso ao SIRESP**

Preenchimento do formulário específico para cada órgão (**Anexo IV** dessa nota técnica), com assinatura e carimbo do médico solicitante. Fica a cargo de cada Secretaria Municipal determinar qual instância municipal será responsável por inserir e acompanhar a solicitação no SIRESP.

A inserção do caso será no Módulo de Regulação de Urgências do SIRESP, em ficha padrão, com solicitação do recurso “Avaliação para Transplante”.

Todas as solicitações devem seguir as recomendações de condições clínicas dispostas no anexo II dessa nota técnica.

Pelo mesmo sistema de regulação, as solicitações serão devidamente avaliadas pela equipe de médicos reguladores da CROSS – Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde e encaminhadas para todas as referências cadastradas como executante para esse recurso, seguindo grade de referência previamente estabelecida.

Fica estabelecida a criação de uma Comissão Bipartite com responsabilidade de contatar e pactuar com todas as equipes transplantadoras e seus respectivos gestores, a disponibilização de oferta no SIRESP, assim como o cadastramento como executante, viabilizando a criação da rede regulada de avaliação Pré-transplante.

As unidades transplantadoras que participam do PROADI-SUS (Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde) deverão seguir as normas regulatórias da Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes (CGSNT).

A regulação de avaliação pré-transplante para esses serviços será realizada através do SIRESP, seja pelo Módulo de Regulação Ambulatorial (MRA), seja para regulação de urgência através do Módulo de Regulação de Urgência (MRU).



Para tal, esses serviços serão cadastrados no SIRESP, na condição de Executante, exclusivamente para o acesso à avaliação pré-transplante conforme pactuação vigente com o Ministério da Saúde.

## **ANEXO II**

### **CADASTRO BRASILEIRO DE OCUPAÇÕES - CBO CBO relacionados a cada um dos órgãos sólidos aqui mencionados.**

#### **Regulação Ambulatorial:**

##### **Para transplante cardíaco:**

- Cardiologista – CBO: 2251-20
- Cirurgião Cardiovascular – CBO: 2252-10
- Médico em medicina intensiva – CBO: 2251-50
- Pediatra – CBO: 2251-24

##### **Para transplante pulmonar:**

- Pneumologista – CBO: 2251-27
- Cirurgião torácico – CBO: 2252-40
- Pediatra – CBO: 2251-24

##### **Para transplante hepático:**

- Cirurgião do aparelho digestivo – CBO: 2252-20
- Gastroenterologista – CBO: 2251-65
- Pediatra – CBO: 2251-24

##### **Para transplante renal:**

- Nefrologista – CBO: 2251-09
- Pediatra – CBO: 2251-24

#### **Regulação de Urgência/Emergência**

##### **Para transplante cardíaco:**

- Cardiologista – CBO: 2251-20
- Cirurgião Cardiovascular – CBO: 2252-10
- Médico em medicina intensiva – CBO: 2251-50
- Pediatra – CBO: 2251-24

##### **Para transplante pulmonar:**

- Pneumologista – CBO: 2251-27
- Cirurgião torácico – CBO: 2252-40
- Médico em medicina intensiva – CBO: 2251-50
- Pediatra – CBO: 2251-24

##### **Para transplante hepático:**

- Cirurgião do aparelho digestivo – CBO: 2252-20
- Gastroenterologista – CBO: 2251-65

- Médico em medicina intensiva – CBO: 2251-50
- Pediatra – CBO: 2251-24

### ANEXO III

## CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE PARA AVALIAÇÃO

Para cada órgão sólido, são condições de inclusão para avaliação da indicação do transplante:

### A - Avaliação para transplante de coração:

Condições clínicas autorizadas:

- Pacientes com diagnóstico de portadores de insuficiência cardíaca em Classe III NYHA - pacientes com marcada limitação da atividade, confortáveis apenas em repouso ou IV NYHA - incapaz de fazer qualquer atividade física sem desconforto; e quando é iniciada qualquer atividade física agrava o desconforto;
- Portadores de arritmias consideradas malignas, com sintomas incapacitantes ou com alto risco de morte em um ano e sem a possibilidade do emprego de outros métodos terapêuticos clínicos ou cirúrgicos.

### B - Avaliação para transplante de pulmão:

Condições clínicas autorizadas:

- Pacientes com diagnóstico de **doença pulmonar obstrutiva crônica**, sob as seguintes condições: classe III New York Heart Association (NYHA) - pacientes com marcada limitação da atividade, confortáveis apenas em repouso; volume expiratório forçado em um segundo (VEF1) menor que 500ml (menor ou igual a 25% do predito após broncodilatador); declínio rápido do VEF1; hipertensão pulmonar secundária; hipoxemia ( $PO_2 < 60$ ), hipercapnia e perda de peso; contraindicação para cirurgia redutora; deficiência de alfa 1 antitripsina.
- **Fibrose pulmonar primária ou secundária**, sob as seguintes condições: classe III NYHA pacientes com marcada limitação da atividade, confortáveis apenas em repouso; capacidade pulmonar total (CPT) ou capacidade vital forçada (CVF), menor que ou igual a 60% do predito; difusão para o monóxido de carbono (DCO) menor que ou igual a 30%; hipoxemia ( $PO_2 < 60$ ) ao exercício; hipoxemia em repouso; hipertensão pulmonar secundária; declínio rápido da função pulmonar; perda de peso mesmo com dieta adequada.

- **Bronquiectasias**, sob as seguintes condições: classe III NYHA - pacientes com marcada limitação da atividade, confortáveis apenas em repouso; volume expiratório forçado em 1 segundo (VEF1) menor que ou igual a 30% do predito; declínio rápido de VEF1; hipoxemia ( $PO_2 < 60$ ) hipercapnia e perda de peso; infecções de repetição, hemoptise, pneumotórax; hipertensão pulmonar secundária.
- **Hipertensão pulmonar**, sob as seguintes condições: classe III NYHA - pacientes com marcada limitação da atividade, confortáveis apenas em repouso ou IV NYHA - incapaz de fazer qualquer atividade física sem desconforto, e quando é iniciada qualquer atividade física agrava-se o desconforto; pressão de artéria pulmonar média maior ou igual a 55mmHg; pressão de átrio direito média maior ou igual a 15 mmHg; índice cardíaco menor de 2 L/min/m<sup>2</sup>; ausência de resposta a vasodilatador.
- **Fibrose cística**, sob as seguintes condições: volume expiratório forçado em 1 segundo (VEF1) menor que ou igual a 30% do predito após broncodilatador; hipoxemia em repouso:  $PaO_2 < 55$  mmHg; hipercapnia  $> 50$  mmHg.
- Evolução clínica com exacerbações mais frequentes e mais severas ou infecções por cepas bacterianas multirresistentes.

### C - Avaliação para transplante de fígado:

Condições clínicas autorizadas:

- Pacientes com diagnóstico de cirrose decorrente da infecção pelo vírus da Hepatite B ou C;
- Cirrose alcoólica;
- Câncer primário do fígado;
- Hepatite fulminante
- Síndrome hepatopulmonar;
- Cirrose criptogênica;
- Atresia de vias biliares;
- Doença de Wilson;
- Doença de Caroli;
- Polineuropatia amiloidótica familiar (PAF);
- Hemocromatoses;
- Síndrome de Budd-Chiari;
- Doenças metabólicas com indicação de transplante;

- Cirrose biliar primária;
- Cirrose biliar secundária;
- Colangite esclerosante primária;
- Hepatite autoimune;
- Metástases hepáticas de tumor neuroendócrino irresssecáveis
- Com tumor primário já retirado ou indetectável e sem doença extra-hepática detectável
- Cirrose por doença gordurosa hepática não alcoólica.

#### **D - Avaliação para transplante de rim:**

Condições clínicas autorizadas:

Pacientes com diagnóstico de insuficiência renal crônica (IRC), que:

- Estejam realizando alguma das modalidades de terapia renal substitutiva;
- Apresentem depuração da creatinina endógena menor que 10 ml/min/m<sup>2</sup>;
- Tenham idade inferior a 18 anos e apresentem depuração da creatinina endógena menor que 15 mL/min/m<sup>2</sup>;
- Sejam diabéticos em tratamento conservador e apresentem depuração da creatinina endógena menor que 15 mL/min/m<sup>2</sup>.

Os protocolos serão preenchidos pelo médico especialista que solicitará a avaliação para transplante. Esse documento será encaminhado como anexo à equipe transplantadora (protocolos encontram-se no anexo I desta nota técnica), pela equipe da regulação, para que o transplantador possa realizar uma primeira avaliação e, sendo necessário, informações adicionais poderão ser solicitadas.

## ANEXO IV

### FORMULÁRIO – PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO

#### PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO – CORAÇÃO

<b>1. Dados de identificação do paciente:</b>		
Nome*:		
Data de nascimento*: ____/____/____	Sexo*: ( ) M F ( )	
CPF*:	RG*:	CNS*:
Telefone 1* : ( )	Telefone 2 : ( )	
E-mail:		
Nome da mãe*:		
Endereço*:		
Município*:	UF*:	
<b>*Campos obrigatórios</b>		
<b>2. Dados do hospital de origem</b>		
Nome*:		
CNES*:	Regional de Saúde:	
Município*:	UF*:	
Natureza*:	( ) Público ( ) contratado/conveniado ao SUS ( ) Privado	
Justificativa do pedido de encaminhamento*: _____		
Médico (a) assistente*:	Fone* ( )	
E-mail do médico (a)/instituição assistente*:		
<b>*Campos obrigatórios</b>		
<b>3. Apoio familiar:</b>		
O paciente conta com apoio familiar/suporte em algum estado?* ( ) SIM ( ) NÃO Ex.: Familiares, estadia, acompanhamento, etc.		
Se sim, qual o cidade/UF*:		
<b>*Campos obrigatórios</b>		
<b>4. INSUFICIÊNCIA CARDÍACA DE ETIOLOGIA*:</b>		
( ) Isquêmica		
( ) Chagásica		
( ) Hipertensiva		
( ) Idiopática		
( ) Outros – especificar:		
<b>*Campo obrigatório</b>		

**8. CONTRA REFERÊNCIA** (ATENÇÃO: a ser preenchido pelo centro avaliador/transplantador)

**Conduta do centro transplantador**

( ) caso aceito      ( ) caso recusado      ( ) fora dos critérios de inclusão

Observações: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Carimbo e assinatura do (a) médico (a) avaliador (a):** \_\_\_\_\_

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

**5. AVALIAÇÃO CLÍNICA\*** (assinalar uma ou mais situações abaixo, se presentes)

( ) Dispneia aos pequenos esforços, apesar de medicação para ICC otimizada

( ) Sinais de fadiga, baixo débito ao esforço

( ) Edema de MMII e/ou ascite refratária ao tratamento

( ) Angina refratária ao tratamento e sem possibilidade de tratamento invasivo ou cirurgia

( ) Taquicardia ventricular refratária

( ) Outros – especificar: \_\_\_\_\_

**TIPO DE IMAGEM UTILIZADA\*** ( ) Ecografia

( ) Outros – especificar: \_\_\_\_\_

\* campos obrigatórios

**6. RESULTADOS DO EXAME DE IMAGEM\*** (anexar cópia digitalizada de cada exame assinalado)

( ) FEVE < ou = 35%

( ) Dilatação de VE

( ) Dilatação de VD

( ) PSAP > 40 mm/hg

**OUTROS EXAMES\*** (anexar cópia digitalizada de cada exame assinalado)

( ) ECG de repouso

( ) RX de tórax (PA e perfil)

( ) Cateterismo cardíaco para estudo de coronárias (se possível)

( ) Ecografia abdominal (se possível)

\*Campo obrigatório

**7. EXAMES LABORATORIAIS\*** (anexar cópia digitalizada de cada exame assinalado)

( ) Hemograma	( ) Creatinina	( ) Sorologia para Sífilis
( ) Sódio	( ) TGO	( ) Sorologia para Chagas IgG e IgM
( ) Potássio	( ) TGP	( ) Sorologia para HIV
( ) Colesterol total	( ) TSH	( ) Outros - especificar
( ) Ureia	( ) Triglicédeos	

\*Campo obrigatório

# PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO – PULMÃO

## 1. Dados de identificação do paciente

Nome*:		
Data de nascimento*: ____/____/____	Sexo*: ( ) M F ( )	
CPF*:	RG*:	CNS*:
Telefone 1* : ( )	Telefone 2 : ( )	
E-mail:		
Nome da mãe*:		
Endereço*:		
Município*:	UF*:	

\*Campos obrigatórios

## 2. Dados do hospital de origem

Nome*:		
CNES*:	Regional de Saúde:	
Município*:	UF*:	
Natureza*:	( ) Público	( ) contratado/conveniado ao SUS ( ) Privado
Justificativa do pedido de encaminhamento: _____ _____		
Médico assistente* (a):	Telefone: ( )	
E-mail do médico (a)/instituição assistente*:		

\*Campos obrigatórios

Para encaminhamento de pacientes para consulta de avaliação inicial nos centros transplantadores de RIM (incluindo hospitais de excelência com projetos PROADI), o paciente deverá apresentar evidência clínica e/ou exames complementares da doença.

## 3. Apoio familiar:

O paciente conta com apoio familiar/suporte em algum estado?* ( ) SIM ( ) NÃO Ex.: Familiares, estadia, acompanhamento, etc.
Se sim, qual o cidade/UF*:

\*Campos obrigatórios

## 4. REFERÊNCIA:

<b>3.1 ETIOLOGIA DA DOENÇA PULMONAR</b>	
Doença pulmonar obstrutiva crônica classe III NYHA e demais critérios	( ) sim ( ) não
Fibrose pulmonar primária ou secundária classe III NYHA e demais critérios	( ) sim ( ) não
Bronquiectasias classe III NYHA e demais critérios	( ) sim ( ) não
Hipertensão pulmonar classe III NYHA e demais critérios	( ) sim ( ) não
Fibrose cística sob as seguintes condições:	

- a) volume expiratório forçado em 1 segundo (VEF1) menor que ou igual a 30% do predito após broncodilatador  sim  não
- b) hipoxemia em repouso: PaO2 < 55 mmHg  sim  não
- c) hipercapnia > 50 mmHg;e  sim  não
- d) evolução clínica com exacerbações mais frequentes e mais severas ou infecções por cepas bacterianas multirresistentes.  sim  não

##### 5. AVALIAÇÃO CLÍNICA GERAL

Descrever e anexar cópia de exames:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

(Anexar cópia digitalizada de cada exame mencionado)

Exames	Resultado	Sorologias	Resultado	Medicamentos em uso
Dosagem de sódio		HIV		
Dosagem de potássio		HTLV I e II		
Creatinina		HbsAg		
Ureia		Anti-Hbc		
ABO e RH		Anti-Hbs		
Hemograma		Anti-HCV		
Glicemia				
Preenchido na origem por*:				Fone*: ( )
E-mail*:				

\*Campos obrigatórios

##### 6. CONTRA REFERÊNCIA (ATENÇÃO: campo a ser preenchido pelo centro transplantador)

Conduta do centro transplantador

caso aceito  caso recusado  fora dos critérios de inclusão do centro

Observações: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

---

Carimbo e assinatura do (a) médico (a) avaliador\* (a): \_\_\_\_\_

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

\*Campos obrigatórios



# PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO – FÍGADO

## 1. Dados de identificação do paciente

Nome*:		
Data de nascimento*: ____/____/____	Sexo*: ( ) M F ( )	
CPF*:	RG*:	CNS*:
Telefone 1* : ( )	Telefone 2 : ( )	
E-mail:		
Nome da mãe*:		
Justificativa do pedido de encaminhamento*: _____		
Endereço*:		
Município*:	UF*:	

\*Campos obrigatórios

## 2. Dados do hospital de origem

Nome*:		
CNES*:	Regional de Saúde:	
Município*:	UF*:	
Natureza*:	( ) Público ( ) contratado/conveniado ao SUS ( ) Privado	
Médico assistente* (a):	Telefone*:( )	
E-mail do médico (a)/instituição assistente*:		

\*Campos obrigatórios

Para encaminhamento de pacientes para consulta de avaliação inicial nos centros transplantadores de fígado (incluindo hospitais de excelência com projetos PROADI), o paciente deverá apresentar evidência clínica e/ou exames complementares de DOENÇA HEPÁTICA CRÔNICA descompensada e/ou doença hepática crônica com risco iminente de descompensação e/ou complicada por outros agravos, comprovando os itens abaixo:

## 3. Apoio familiar:

O paciente conta com apoio familiar/suporte em algum estado?* ( ) SIM ( ) NÃO Ex.: Familiares, estadia, acompanhamento, etc.
Se sim, qual o cidade/UF*:

\*Campos obrigatórios

## 4. REFERÊNCIA:

3.1 ETIOLOGIA DA DOENÇA HEPÁTICA: _____
3.2 AVALIAÇÃO CLÍNICA CONSTATANDO HEPATOPATIA CRÔNICA/CIRROSE
A) Histórico de ascite ( ) sim ( ) não ( ) não há dados
B) Histórico de encefalopatia hepática ( ) sim ( ) não ( ) não há dados

C) Histórico de sangramento digestivo por varizes de esôfago ou estômago	( ) sim ( ) não ( ) não há dados
D) Nódulo hepático suspeito de tumor hepático (Hepatocarcinoma)	( ) sim ( ) não ( ) não há dados
E) Informações para cálculo MELD : Creatinina: _____ mg/dL	
Bilirrubinas totais: _____ mg/dL RNI: _____ Sódio: _____	
<b>3.3 EXAMES COMPLEMENTARES*</b>	<b>RESULTADO*</b>
( ) Ecografia de abdome	
( ) RNM de abdome	
( ) TAC de abdome	

\*Campo obrigatório (anexar cópia digitalizada de cada exame assinalado)

### 5. OUTRAS SITUAÇÕES\*

A) Cirrose por HCV com risco de descompensação durante o tratamento antiviral (avaliação pré tratamento):	( ) sim ( ) não
B) Doença hepática crônica complicada por prurido intratável:	( ) sim ( ) não
C). Doença hepática crônica complicada por ascite refratária:	( ) sim ( ) não
D). Doença hepática crônica complicada por encefalopatia hepática:	( ) sim ( ) não
E). Doença hepática crônica complicada por colangites de repetição:	( ) sim ( ) não
Outro (especificar) _____	
_____	

(anexar cópia digitalizada de cada exame assinalado)

Preenchido na origem por*:		Fone*: ( )
E-mail*:		

\*Campo obrigatório

### 6. CONTRA REFERÊNCIA (ATENÇÃO: campo a ser preenchido pelo centro transplantador)

<b>Conduta do centro transplantador</b>
( ) caso aceito ( ) caso recusado ( ) fora dos critérios de inclusão
Observações: _____
_____
_____

Carimbo e assinatura do (a) médico (a) avaliador (a)\*: \_\_\_\_\_

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

\*Campo obrigatório

# PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO – RIM

## 1. Dados de identificação do paciente

Nome*:		
Data de nascimento*: ____/____/____	Sexo*: ( ) M F ( )	
CPF*:	RG*:	CNS*:
Telefone 1* : ( )	Telefone 2 : ( )	
E-mail:		
Nome da mãe*:		
Endereço*:		
Município*:	UF*:	

\*Campos obrigatórios

## 2. Dados do hospital de origem

Nome*:	
CNES*:	Regional de Saúde:
Município*:	UF*:
Natureza*:	( ) Público ( ) contratado/conveniado ao SUS ( ) Privado
Justificativa do pedido de encaminhamento*: _____ _____	
Médico (a) assistente (a)*:	Telefone: ( )
E-mail do médico (a)/instituição assistente*:	

\*Campos obrigatórios

Para encaminhamento de pacientes para consulta de avaliação inicial nos centros transplantadores de RIM (incluindo hospitais de excelência com projetos PROADI), o paciente deverá apresentar evidência clínica e/ou exames complementares da doença.

## 3. Apoio familiar:

O paciente conta com apoio familiar/suporte em algum estado?* ( ) SIM ( ) NÃO Ex.: Familiares, estadia, acompanhamento, etc.
Se sim, qual o cidade/UF*:

\*Campos obrigatórios

## 4. REFERÊNCIA:

<b>3.1 INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA, COM ALGUMAS DAS SITUAÇÕES ABAIXO</b>	
Está realizando alguma das modalidades de terapia renal substitutiva Tipo: _____	( ) sim ( ) não
<b>Hipersensibilizado:</b> (painel > 80)	( ) sim ( ) não
Apresenta depuração da creatinina endógena menor que 10 ml/min/m <sup>2</sup>	( ) sim ( ) não
Idade inferior a 18 anos e apresenta depuração da creatinina endógena menor que 15 mL/min/m <sup>2</sup>	( ) sim ( ) não
É diabético em tratamento conservador e apresenta depuração da creatinina endógena menor que 15 mL/min/m <sup>2</sup> .	( ) sim ( ) não

OBS: O preenchimento de um único item do item 3.1, já indica necessidade de encaminhamento a Centro Especializado. Dados de laboratório e imagem, anexar apenas os que o paciente já possui.

## 5. AVALIAÇÃO CLÍNICA GERAL

5.1 CAUSA DA INSUFICIÊNCIA RENAL: \_\_\_\_\_

Doença cardíaca pré-existente	( ) sim ( ) não
Diagnóstico: _____	Data: / / _____
Histórico de Câncer	( ) sim ( ) não
Diagnóstico: _____	Data: / / _____
<b>4.2 EXAMES COMPLEMENTARES</b>	
Exames de detecção de CA (atenção básica):	( ) sim ( ) não
Diagnóstico: _____	Data: / / _____
Mamografia (protocolo m.s)	( ) sim ( ) não
Diagnóstico: _____	Data: / / _____
Papanicolau (protocolo m.s)	( ) sim ( ) não
Diagnóstico: _____	Data: / / _____
PSA (homens > 40 anos c/ fator de risco ou > 50 anos)	( ) sim ( ) não
Diagnóstico: _____	Data: / / _____

(Anexar cópia digitalizada de cada exame assinalado)

Preenchido na origem por\*: \_\_\_\_\_ Fone\*: ( ) \_\_\_\_\_

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

Exames	Resultado	Sorologias	Resultado	Medicamentos em uso
Dosagem de sódio		HIV		
Dosagem de potássio		HTLV I e II		
Creatinina		HbsAg		
Urcia		Anti-Hbc		
ABO e RH		Anti-Hbs		
Hemograma		Anti-HCV		
Glicemia		Outras		

\*Campos obrigatórios

## 6. CONTRA REFERÊNCIA (ATENÇÃO: campo a ser preenchido pelo centro transplantador)

<b>Conduta do centro transplantador</b>
( ) caso aceito ( ) caso recusado ( ) fora dos critérios de inclusão do centro
Observações: _____ _____ _____ _____

Carimbo e assinatura do (a) médico (a) avaliador (a)\*: \_\_\_\_\_

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

\*Campos obrigatórios