

Saúde

GABINETE DO SECRETÁRIO

RESOLUÇÃO SS nº 114, de 29 de setembro de 2014.

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 n.º 9.434, de 04 de fevereiro de 1997, regulamentada pelo Decreto Federal n.º 2.268, de 30 de junho de 1997, as portarias, regulamentos e demais normas pertinentes ao Sistema Nacional de Transplantes - SNT;
- ✓ A necessidade de atualizar as normas em vigor no âmbito do Estado de São Paulo, concernentes ao funcionamento do Sistema Estadual de Transplantes – SET,

Resolve:

Artigo 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 e tabelas.

Artigo 2º – Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação, ficando revogado o disposto na Resolução SS-151, de 13 de agosto de 2010 e Notas Técnicas vigentes até a data da publicação da presente resolução.

Anexo I

(a que se reporta a Resolução SS nº , de de setembro de 2014)

Estrutura e Operacionalização

1. Introdução:

O Sistema Estadual de Transplantes (SET), integrante do Sistema Nacional de Transplantes (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 Coordenação Geral do Sistema Estadual de Transplantes (CGSET).

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

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

2. Conceitos Básicos

2.1. Módulo de Transplante: consiste no conjunto de critérios técnicos estabelecidos para o cadastramento do potencial receptor, operacionalização da distribuição de cada órgão, ou tecido, por intermédio da classificação e alocação resultante da atribuição de pontos realizada pelo sistema informatizado, bem como o acompanhamento pós-transplante do receptor.

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

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

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

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

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

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

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

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

transplante incompletos ou por ter perdido, temporariamente, as condições clínicas para o transplante.

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

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

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

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

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

3. Da Estrutura do SET

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

3.1. Coordenação Geral do Sistema Estadual de Transplantes (CGSET), sediada na Secretaria de Estado da Saúde: unidade executiva das atividades do SET afeta ao Poder Público com a incumbência de coordenar as atividades de transplantes no âmbito estadual, conforme definido no Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997 e nesta Resolução, devendo o responsável ser, obrigatoriamente, um profissional médico e não integrante de equipe especializada habilitada à retirada de tecidos, órgãos, células e partes do corpo e/ou à realização de transplantes, bem como de equipes técnicas de Bancos de Tecidos Humanos.

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

- Núcleo de Apoio Técnico;
- Centro de Cadastro de Entidades e Receptores para Transplantes;

- Central de Transplantes Sede
- Central de Transplantes Regional
- Câmara Técnica Estadual do Coração (CTECo);
- Câmara Técnica Estadual da Córnea (CTECa);
- Câmara Técnica Estadual do Fígado (CTEFi)
- Câmara Técnica Estadual do Pâncreas (CTEPa);
- Câmara Técnica Estadual do Pulmão (CTEPu);
- Câmara Técnica Estadual do Rim (CTERi);

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

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

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

Parágrafo 1: Cada CTx será coordenada por um Diretor, obrigatoriamente profissional médico e não integrante de equipe especializada habilitada à retirada de

tecidos, órgãos, células e partes do corpo e/ou à realização de transplantes, bem como de integrantes de equipes técnicas de Bancos de Tecidos Humanos.

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

3.3. Organização de Procura de Órgãos e Tecidos (OPO): organismo supra-hospitalar autorizado pelo SNT, vinculado CGSET, com o objetivo de apoiar e executar as ações de identificação, avaliação e viabilização de potenciais doadores de órgãos e tecidos, com limites de atuação definidos por critérios geográficos e populacionais.

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

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

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

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

II - Área de abrangência da CTx Regional: OPO do Hospital das Clínicas da UNICAMP, OPO do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, OPO do Hospital Universitário de São José do Rio Preto, OPO do Hospital das Clínicas de Botucatu, OPO do Conjunto Hospitalar de Sorocaba e OPO do Hospital das Clínicas de Marília

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

- **OPO Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP:**
 - a. Distritos/Bairros da Capital: Alto de Pinheiros, Anhanguera, Brasilândia, Butantã, Campo Limpo, Capão Redondo, Freguesia do Ó, Itaim Bibi, Jaguará, Jaguaré,

Jaraguá, Jardim Ângela, Jardim Paulista, Jardim São Luiz, Lapa, Limão, Morumbi, Perdizes, Perus, Pinheiros, Pirituba, Raposo Tavares, Rio Pequeno, São Domingos, Vila Andrade, Vila Leopoldina e Vila Sônia,

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

- **OPO da Santa Casa de São Paulo:**

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

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

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

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

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

- **OPO do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia:**

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

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

- **OPO do Hospital das Clínicas da UNICAMP:**

Municípios: Aguai, Águas da Prata, 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, Iracemópolis, Itapira, Itatiba, Itirapina, Itobi, Itupeva, Jacareí, Jaguariúna, Jambuí, Jarinu, Joanópolis, Jundiá, Lagoinha, Lavrinhas, Leme, Limeira, Lindóia, Lorena, Louveira, Mococa, Mogi-Guaçu, Mogi-Mirim, Mombuca, Monte Alegre do Sul, Monte Mor, Monteiro Lobato, Morungaba, Natividade da Serra, Nazaré Paulista, Nova Odessa, Paraibuna, Paulínia, Pedra Bela, Pedreira, Pindamonhangaba, Pinhalzinho, Piquete, Piracaia, Piracicaba, Pirassununga, Potim, Queluz, Rafard, Redenção da Serra, Rio Claro, Rio das Pedras, Roseira, Saltinho, Santa Bárbara D'Oeste, Santa Branca, Santa Cruz da Conceição, Santa Cruz das Palmeiras, Santa Gertrudes, Santa Maria da Serra, Santo Antônio da Posse, Santo Antônio do Jardim, Santo Antônio do Pinhal, São Bento do Sapucaí, São João da Boa Vista, São José do Barreiro, São José do Rio Pardo, São José dos Campos, São Luiz do Paraitinga, São Pedro, São Sebastião da Gramma, Serra Negra, Silveiras, Socorro, Sumaré, Tambau, Tapiratiba, Taubaté, Tremembé, Tuiuti, Valinhos, Vargem, Vargem Grande do Sul, Várzea Paulista e Vinhedo.

- **OPO do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto:**

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

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

Municípios: Adolfo, Álvares Florence, Américo de Campos, Aparecida D'Oeste, Ariranha, Aspásia, Bady Bassit, Bálsamo, Cardoso, Catanduva, Catiguá, Cedral, Cosmorama, Dirce Reis, Dolcinópolis, Elisiário, Estrela D'Oeste, Fernandópolis, Floreal, Guaipiaçu, Guarani D'Oeste, Ibirá, Icem, Indiaporã, Ipiruá, 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, Auriflama, Avanhandava, 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.

- **OPO do 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, Jumirim, Mairinque, Nova Campina, Piedade, Pilar do Sul, Porto Feliz, Quadra, Ribeira, Ribeirão Branco, Ribeirão Grande, Riversul, Salto, Salto de Pirapora, São Miguel Arcanjo, São Roque, Sarapuí, Sorocaba, Tapiraí, Taquarivaí, Tatuí, Tietê, Votorantim.

- **OPO do Hospital das Clínicas de Marília:**

Municípios: Adamantina, Álvaro de Carvalho, Alvilândia, Arco Íris, Bastos, Campos Novos Paulista, Echaporã, Fernão, Flórida Paulista, Gália, Garça, Herculândia, Iacri, Inúbia Paulista, Irapuru, Julio Mesquita, Lucélia, Lupércio, Mariápolis, Marília,

Ocauçu, 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, Ubirajara, Uru, Alfredo Marcondes, Álvares Machado, Anhumas, Caiabu, Caiuá, Dracena, Emilianópolis, Estrela do Norte, Euclides da Cunha Paulista, Flora Rica, Iepê, Indiana, João Ramalho, Junqueirópolis, Marabá, Paulista, Martinópolis, Mirante do Paranapanema, Monte Castelo, Nantes, Narandiba, Nova Guataporanga, Ouro Verde, Panorama, Paulicéia, Piquerobi, Pirapozinho, Presidente Bernardes, Presidente Epitácio, Presidente Prudente, Presidente Venceslau, Rancharia, Regente Feijó, Ribeirão dos Índios, Rosana, Sandovalina, Santa Mercedes, Santo Anastácio, Santo Expedito, São João do Pau D'Alho, Taciba, Tarabaí, Teodoro Sampaio, Tupi Paulista, Assis, Bernardino de Campos, Borá, Cândido Mota, Canitar, Chavantes, Cruzália, Espírito Santo do Turvo, Florínea, Ibirarema, Ipauçú, Lutécia, Maracaí, Óleo, Ourinhos, Palmital, Paraguaçu Paulista, Pedrinhas Paulista, Platina, Ribeirão do Sul, Salto Grande, Santa Cruz do Rio Pardo, São Pedro do Turvo, Tarumã, Timburi.

- **OPO do Hospital das Clínicas de Botucatu:**

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

3.4. Comissão Intra-Hospitalar de Transplante (CIHT): deverá ser instituída por ato formal da direção de cada estabelecimento de saúde e estar vinculada diretamente à diretoria médica da instituição.

Parágrafo Único - As CIHTs do Estado de São Paulo devem ser compostas por no mínimo: 1(um) médico e 2(dois) enfermeiro(a)s pertencentes ao corpo funcional do Hospital, que dedicam 3 horas extras por dia, para as atividades de busca

ativa, entrevista familiar, manutenção e preparo do doador e marcação do horário da retirada dos órgãos e tecidos doados. O médico e os enfermeiros deverão receber treinamento no Curso de Formação de Coordenadores Intra-Hospitalares de Transplantes recebendo certificado pelo Sistema Estadual de Transplantes.

3.5. Hospital Notificante: qualquer hospital do Estado onde há a possibilidade de ser detectado um doador potencial.

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

3.7. Estabelecimentos de Transplante: são instituições hospitalares devidamente autorizadas pela CGSET e credenciadas pelo SNT para a realização de transplantes e retirada de órgãos e tecidos.

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

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

Parágrafo Único - O material para realização da tipificação do HLA do doador será encaminhado pelo estabelecimento de saúde, onde se realiza o processo de

doação ao laboratório de histocompatibilidade correspondente, logo após a autorização familiar.

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

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

4. Do Sistema Informatizado de Gerenciamento do SET – SIGSET

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

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

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

4.3. O centro de diálise receberá um único cartão de acesso em nome do seu responsável técnico;

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

4.5. As equipes que já possuem acesso devem se responsabilizar pelo treinamento de novos usuários ou solicitar treinamento formal, ministrado periodicamente pelas CTx Sede e Regional;

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

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

4.8. As CTxs poderão, a qualquer momento, e sem justificativa prévia, cancelar o acesso do(s) usuário(s), ao sistema informatizado.

5. Das Atribuições da CGSET e demais Entidades do SET

5.1. Cabe a CGSET:

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

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

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

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

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

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

h. Encaminhar relatórios ao SNT;

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

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

5.2 Cabe às CTxs:

- a. Receber e gerenciar as notificações de doador potencial em morte encefálica e de coração parado;
- b. Classificar os receptores potenciais, inscritos no CTU, através do SIGSET para a realização do transplante;
- c. Comunicar as características do doador notificado pela OPO, por intermédio de “smartphones”, às equipes médicas;
- d. Indicar o respectivo receptor potencial a cada equipe médica seguindo a lista emitida pelo SIGSET;
- e. Coordenar a recepção e a destinação de órgãos/tecidos disponibilizados pelo SNT;
- f. Cobrar e disponibilizar os evolutivos pós-transplante de órgãos (inicial, trimestral, semestral e anual), para as equipes de transplantes;
- g. Disponibilizar ao SNT os órgãos não utilizados para os receptores potenciais inscritos no CTU.

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

- a. Realizar a busca ativa para identificação de doadores potenciais de órgãos e tecidos nos hospitais pertencentes a sua área de atuação;
- b. Avaliar o doador potencial de órgãos e tecidos após receber a notificação da CTx; nos casos em que receber uma notificação diretamente de um hospital, deverá repassá-la imediatamente a CTx correspondente, a quem cabe esse tipo de tarefa;
- c. Solicitar autorização à Ctx, que indicará a equipe a ser contatada, para realização do registro gráfico comprobatório de morte encefálica;
- d. Solicitar a emissão de Declaração de Óbito dos doadores de órgãos/tecidos ao médico da unidade onde se encontra internado o doador potencial. O horário do óbito, no caso da morte encefálica, corresponde ao horário do último exame realizado na caracterização deste diagnóstico. A guia de encaminhamento do corpo deverá ser solicitada nos casos em que o corpo for encaminhado ao Instituto Médico Legal;
- e. Colaborar e, se necessário, realizar entrevista familiar para a solicitação de doação de órgãos e tecidos, utilizando o Formulário 1 - Termo de Doação de Órgãos e Tecidos - Doador falecido (Anexo IV);
- f. Colaborar, se necessário, na viabilização de exames laboratoriais para a avaliação do doador potencial (exames bioquímicos, tipagem ABO,

- hemograma, sorologias, funções hepática, renal, cardíaca, pancreática, pulmonar);
- g. Colaborar e, se necessário, realizar a entrevista familiar para a solicitação de doação de órgãos e tecidos, utilizando o Formulário 1 - Termo de Doação de Órgãos e Tecidos - Doador falecido (Anexo IV);
 - h. Viabilizar a coleta e o envio de amostras de sangue para a realização de tipificação do Antígeno Leucocitário Humano (HLA).
 - i. Garantir a 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, sendo que essa coleta deverá ser realizada por uma das equipes de transplante;
 - j. Incluir os dados no SIGSET referentes ao Formulário 2 - Ficha Informações sobre o Doador” (Anexo IV);
 - k. A OPO deverá confirmar a tipagem sanguínea sistema ABO dos doadores de órgãos sólidos imediatamente antes de incluir as informações no SIGSET, para que a CTx proceda a seleção dos receptores, e inicie a oferta dos órgãos às equipes transplantadoras.
 - l. Definir o horário de retirada do(s) órgão(s)/tecido(s), providenciar a retirada dos rins e coordenar os procedimentos para captação de outros órgãos em hospitais que não possuam CIHT;
 - m. 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;
 - n. Considerar os critérios para a realização da biópsia renal (recomendação):
 - n1. se o doador falecido tiver idade acima de 60 anos;
 - n2. se o doador falecido tiver entre 50 e 59 anos, e pelo menos uma das condições a seguir:
 - ✓ Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS);
 - ✓ Diabetes Mellitus (DM);
 - ✓ Acidente vascular cerebral como causa da morte;
 - ✓ Creatinina terminal > 1,5 mg/dl;
 - n3. se houver suspeita de doença renal específica;
 - n4. se houver alteração estrutural macroscópica;

- o. Acompanhar os procedimentos de retirada de órgãos e tecidos e a entrega do corpo recomposto condignamente aos familiares do doador nos hospitais que não possuam CIH;
- p. Tomar providencia para que sejam encaminhados ao serviço de anatomia patológica órgão(s) retirado(s) e não utilizado(s), enviando o respectivo laudo para a CTx;
- 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 CTx;
- 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 CTx.

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

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

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

- a. Realizar a busca ativa (identificação de doadores potenciais de órgãos e tecidos) no âmbito da instituição onde está sediada;
- b. Articular-se com as equipes médicas da instituição, em especial as das Unidades de Tratamento Intensivo e Urgência e Emergência, no sentido de estimular adequado suporte para fins de doação, colaborando para a otimização e manutenção das condições clínicas do doador;
- c. Notificar à CTx todos os casos com diagnóstico estabelecido de morte encefálica, mesmo daqueles que não se tratem de possíveis doadores de órgãos e tecidos, ou em que a doação não seja efetivada, com registro dos motivos da não-doação;
- d. Solicitar autorização à Ctx, que indicará a equipe a ser contatada, para realização do registro gráfico comprobatório de morte encefálica,
- e. Solicitar a emissão de Declaração de Óbito dos doadores de órgãos/tecidos ao médico da unidade onde se encontra internado o doador potencial. O horário

- do óbito, no caso da morte encefálica, corresponde ao horário do último exame clínico realizado na caracterização deste diagnóstico. A guia de encaminhamento do corpo deverá ser solicitada nos casos em que o corpo for encaminhado ao Instituto Médico Legal;
- f. Realizar entrevista familiar para a solicitação de doação de órgãos e tecidos, utilizando o Formulário 1 - Termo de Doação de Órgãos e Tecidos - Doador falecido (Anexo IV);
 - g. Viabilizar realização de exames laboratoriais para a avaliação do doador potencial (bioquímicos, tipagem ABO, hemograma, sorologias, funções hepática, renal, cardíaca, pancreática, pulmonar), bem como coleta e o envio de amostras de sangue para a realização de tipificação do Antígeno Leucocitário Humano (HLA);
 - h. Garantir a coleta e 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, sendo que essa coleta deverá ser realizada por uma das equipes de transplante;
 - i. Incluir no SIGSET os dados referentes ao Formulário 2 - Informações sobre o Doador de Múltiplos Órgãos (Anexo IV);
 - j. Definir o horário de retirada do(s) órgão(s)/tecido(s), providenciar a retirada dos rins e coordenar os procedimentos para captação de outros órgãos;
 - k. Observar os critérios e solicitar a realização da biópsia renal:
 - k1. se o doador falecido tiver idade acima de 60 anos;
 - k2. se o doador falecido tiver entre 50 e 59 anos, e pelo menos uma das condições a seguir:
 - Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS);
 - Diabetes Mellitus (DM);
 - Acidente vascular cerebral como causa da morte;
 - Creatinina terminal > 1,5 mg/dL;
 - k3. se houver suspeita de doença renal específica;
 - k4. se houver alteração estrutural macroscópica;
 - l. Acompanhar os procedimentos de retirada de órgãos e tecidos e a entrega do corpo recomposto condignamente aos familiares do doador;
 - m. Tomar providência para que sejam encaminhados ao serviço de anatomia patológica órgão(s) retirado(s) e não utilizado(s), enviando o respectivo laudo para a CTx;

- n. Participar de eventos e atividades apoiadas ou promovidas pela CTx;
- o. Encaminhar o relatório mensal das atividades da CIHT, conforme Formulário 4 - Relatório mensal das atividades da CIHT (Anexo IV).

5.5. Cabe aos Estabelecimentos Hospitalares (Notificantes):

- Notificar à CTx, e não à OPO, a existência de possíveis doadores em sua dependências e disponibilizar informações de doadores, quando solicitadas pelo SET;
- Garantir acesso e apoio operacional à OPO para a busca ativa e demais procedimentos após a notificação do doador potencial.
- Franquear suas instalações às equipes de transplante e fornecer o apoio operacional necessário;
- Preencher o Formulário 5 – Formulário dos óbitos que ocorrerem nas unidades de terapia intensiva ou no pronto socorro. Link para acesso e preenchimento:

http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=16841

5.6. Cabe às Equipes Médicas de Transplante:

- a. Manter atualizada a autorização para retirada de tecidos, órgãos, células ou partes do corpo, realização de transplantes, e acompanhamento pós-transplante concedida pela Coordenação-Geral do SNT, atendendo às exigências e fluxos estabelecido em Portaria GM/MS nº 2600 de 21/10/2009;
- b. Apresentar o cadastro de cada hospital, no qual realizam transplantes. O responsável técnico deve manter atualizado o cadastro através do Formulário 6 - Cadastramento de Equipe de Transplante (Anexo IV);
- c. Encaminhar formalmente à CTx, e manter atualizado, o roteiro de comunicação (nomes, números de telefones fixos e móveis, endereços eletrônicos) dos profissionais a serem contatados quando da disponibilização de um doador de órgãos e tecidos;
- d. Cadastrar seus receptores potenciais, no CTU da CTx, com todos os dados requeridos;
- e. Priorizar seus receptores potenciais, em consonância com as normas vigentes;
- f. Solicitar a transferência de receptores potenciais para outra equipe e providenciar a anuência do mesmo;

- g. Providenciar o encaminhamento da amostra de soro para o laboratório correspondente, no caso de pacientes com IRC ou em tratamento conservador (preemptivo), inscritos para transplante renal e pâncreas isolado;
- h. Receber a comunicação da CTx quando da classificação de seu receptor potencial, e, no prazo máximo de uma hora para órgão e tecido, informar a aceitação ou não do órgão/tecido;
- i. Comunicar imediatamente, a impossibilidade da utilização da córnea à CTx, devolvendo-a ao BTOH de origem. Nesse caso, enviar o Formulário 7 - Notificação de Devolução de Córnea (Anexo IV). Em caso de reincidência, havendo perda da qualidade ou mesmo perda do tecido ocular devido à demora excessiva da equipe em utilizá-lo esta equipe será impedida de novas inscrições por um período de 03 (três) meses;
- j. Realizar a cirurgia de extração do(s) órgão(s) do doador;
- k. Providenciar o traslado do(s) órgão(s) do doador para o local de realização da cirurgia de transplante;
- l. Retirar o/a órgão/córnea, no local definido pela CTx;
- m. Realizar o transplante do órgão/tecido ou órgãos no receptor potencial indicado pela CTx, obedecida a classificação no CTU e no hospital de inscrição;
- n. Encaminhar os órgãos retirados e não transplantados para o OPO responsável pelo doador ou indicado pela CTx, utilizando o Formulário 8 - Solicitação de exame anatomopatológico de órgãos/tecidos retirados e não utilizados (Anexo IV);
- o. Após a aceitação, do órgão/tecido, confirmar a realização do transplante em até 5 (cinco) dias;
- p. Atualizar os relatórios evolutivos de receptores transplantados, imediatamente após o transplante, aos 3, 6 e 12 meses e depois anualmente até a perda do órgão ou óbito do paciente;
- q. Manter atualizado o cadastro e o status dos receptores potenciais;

Parágrafo 1º - O não cumprimento dos prazos estabelecidos no item “a” acarretará suspensão da atividade de inscrição de novos receptores até a regularização das condições da equipe junto ao SNT.

Parágrafo 2º - 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.

Parágrafo 3º - O não cumprimento dos prazos estabelecidos nos itens “n” e “o” acarretará suspensão da atividade de inscrição de novos receptores, até a atualização das informações pendentes no sistema.

5.7. Cabe aos Estabelecimentos de Transplante:

- a. Apresentar o cadastro na CTx Formulário 9 - Cadastramento de hospital de transplante (Anexo IV);
- b. Garantir acesso e apoio operacional à OPO para a busca ativa e demais procedimentos após a notificação do doador potencial.
- c. Franquear suas instalações às equipes de transplante e fornecer o apoio operacional necessário;
- d. Disponibilizar informações de doadores e receptores, quando solicitadas pela CTx;
- e. Comunicar à CTx qualquer intercorrência que impeça a realização de transplantes;
- f. Fornecer o apoio operacional necessário para a realização de transplantes;
- g. *Parágrafo Único:* Os Estabelecimentos de Transplante deverão adotar procedimentos internos que assegurem a qualidade e a segurança da tipagem sanguínea sistema ABO dos candidatos a receber órgãos sólidos, bem como a transcrição desses resultados para o CTU no SIGSET da CTx, considerando tratar-se de informação indispensável à seleção de receptores durante a distribuição dos órgãos.

5.8. Cabe às Câmaras Técnicas Estaduais:

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

- d. Auditar, a pedido do Coordenador da CGSET, os casos de inclusão de receptores, receptores em situação de priorização e transplantados, de acordo com as normas estabelecidas para cada órgão/tecido ou determinados pela CTx;
- e. Contribuir para o bom uso e a manutenção das regras e dos procedimentos de transplantes, coletando e analisando informações da base de dados do SET.

5.9. Cabe aos Centros de Diálise:

- a. Encaminhar seus pacientes para uma das equipes credenciadas.
- b. No caso da Sub-Regional II da Regional II, o encaminhamento ocorrerá conforme a relação das equipes/hospitais desta regionalização (Tabela 1 - Anexo IVI);
- c. Encaminhar os soros de seus receptores potenciais inscritos no CTU ao laboratório de histocompatibilidade correspondente, devidamente identificados e relacionados. Nova amostra de soro deverá ser encaminhada para renovação antes do vencimento da validade do soro (90 dias) ou 15 dias após o receptor ser submetido à transfusão sanguínea.

5.10. Cabe aos Laboratórios de Histocompatibilidade:

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

6. Da Operacionalização

6.1. Regionalização

6.1.1. Transplantes de rim e pâncreas/rim:

- a. Da Regional I

O IGEN-EPM é a referência para a equipe do Hospital São Paulo, Hospital do Rim e Hipertensão e Hospital Euryclides de Jesus Zerbini.

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

b. Da Regional II:

- Sub-Regional I

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

- Sub-Regional II

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

6.1.2. Transplantes de pâncreas isolado: não há regionalização. O laboratório de Imunologia INCOR-HCFMUSP é a referência para o transplante de pâncreas isolado.

6.1.3. Transplantes de fígado:

a. Regional I

b. Regional II

6.1.4. Transplantes de córnea:

a. Regional I

b. Regional II

- Sub-Regional I
- Sub-Regional II
- Sub-Regional III

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

6.2. Cadastramento dos receptores potenciais

- a. A inclusão de receptores potenciais para transplante é responsabilidade da equipe de transplante.
- b. A equipe de transplante responsável pelo cadastramento do receptor potencial de rim deverá providenciar, junto a um dos laboratórios de histocompatibilidade, a tipificação do HLA.

- c. O receptor potencial ficará alocado em uma das regionais ou sub-regionais, de acordo com o hospital de transplante ao qual a equipe médica de transplante está vinculada.
- d. Os receptores potenciais renais ficarão vinculados a um dos laboratórios de histocompatibilidade, de acordo com a Regional e a Sub-Regional de acordo com o item 6.1. "Regionalização".
- e. Ocorrendo cadastramento de um mesmo receptor potencial por mais de uma equipe médica de transplante, a CTx removerá a inscrição mais recente. Essa inscrição ficará com o status "removido por inscrição duplicada".
- f. Ocorrendo mudança de equipe médica de transplante e/ou hospital de transplante, prevalecerá sempre a data do primeiro cadastramento na CTx, para fins de classificação ou pontuação no CTU.
- g. Os dados cadastrais do receptor potencial deverão ser atualizados permanentemente pela equipe médica de transplante.

6.3. Manutenção do Cadastro dos Receptores Potenciais

A manutenção do cadastro de receptores é responsabilidade da equipe de transplante, do laboratório de histocompatibilidade e da 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 potenciais doadores deverá ser feita pelos hospitais notificantes para a correspondente CTx.

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

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

6.7. Descarte de doadores

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

6.8. Realização da tipagem HLA de doadores por morte encefálica

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

6.9. Realização da prova cruzada (crossmatch)

- a. Os laboratórios de histocompatibilidade serão responsáveis pela realização da prova cruzada dos receptores de rim, pâncreas, pâncreas/rim e coração (se necessário), selecionados pela CTx;
- b. O material do doador para realização da prova cruzada será encaminhado ao laboratório pela OPO, pelo hospital notificante ou eventualmente pela equipe de transplante, devidamente identificado, no caso de transplantes de coração, pâncreas e pâncreas/rim.

6.10. Aceitação de órgãos/tecidos

- a. A aceitação ou recusa, de órgãos e tecidos, é responsabilidade da equipe médica de transplante.
- b. A equipe médica de transplante deverá informar corretamente o motivo da recusa.
- c. A equipe médica de transplante do primeiro receptor classificado com crossmatch negativo terá preferência na escolha do rim direito ou esquerdo.

6.11. Retirada de órgãos/tecidos

- a. A marcação do horário de retirada dos órgãos é de responsabilidade da OPO. Recomenda-se que ela ocorra após seis horas do envio das informações sobre o doador de múltiplos órgãos para a CTx.;
- b. A responsabilidade pela retirada do pâncreas/rim ou pâncreas isolado é da equipe cujo primeiro receptor classificado tenha painel < 50% ou menos de quatro crossmatch positivos no histórico do receptor;
- c. O cirurgião responsável pela retirada do(s) rim(s) deverá preencher o Formulário 10- Dados da Nefrectomia (Anexo IV), o qual deverá ser encaminhado para a CTx. Nos casos de transplante conjugado com rim, a

retirada poderá ser feita pelo profissional responsável pelo outro órgão a ser transplantado;

- d. A retirada das córneas ou globo ocular deverá ser feita por profissionais habilitados para este procedimento e encaminhada para o BTOH de referência ou indicado pela CTx;
- e. Para os demais tecidos, a responsabilidade pela retirada é da equipe de transplante e ou captação específica.

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

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

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

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

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

6.14. Notificação de transplante realizado

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

6.15. Notificação de tecido retirado (pele, osso, vaso, tendão/músculo e válvula)

A notificação de retirada de tecido será encaminhada pela equipe médica autorizada pelo MS em até 15 dias após a extração do tecido, utilizando o Formulário 11 - Notificação de tecido retirado (Anexo IV).

6.16. Manutenção dos relatórios evolutivos pós-transplante

- a. A informação dos dados, referentes aos relatórios evolutivos, será efetuada exclusivamente pelas equipes médicas de transplante.
- b. A CTx disponibiliza às equipes médicas de transplante, via SIGSET, os relatórios evolutivos referentes aos períodos inicial, 3 meses, 6 meses e anual. A equipe terá um prazo de 01 mês para a atualização destes dados. Decorrido este prazo a equipe ficará suspensa para realizar novas inscrições.

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

O laboratório será responsável pela realização do painel e atualização dos dados referentes ao painel a cada 06 (seis) meses e soro a cada 03 (três) meses ou 15 dias após uma transfusão de sangue.

6.18. Disponibilidade de órgãos pela CNNCDO (Central Nacional de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos)

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

ANEXO II

(a que se reporta a Resolução SS- de de setembro de 2014)

MÓDULOS DE TRANSPLANTE

MÓDULO DE TRANSPLANTE DE CORAÇÃO

1. Da Regionalização

Não há regionalização.

2. Da Inscrição

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

2.1. Coração conjugado com rim

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

- a. Realizando alguma das modalidades de terapia renal substitutiva ou;

b. Em tratamento conservador, com clearance de creatinina menor ou igual a 30 ml/min.

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

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

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

a. Idade máxima para doadores com cateterismo cardíaco ou com ecocardiograma: a equipe informará a idade máxima para aceitação do doador. O mínimo aceitável, a ser informado, será de 40 anos;

b. Idade máxima para doadores sem cateterismo cardíaco e ecocardiograma: a equipe informará a idade máxima para aceitação do doador. O mínimo aceitável, a ser informado, será de 30 anos;

c. Peso mínimo e máximo: a equipe informará o peso mínimo e máximo aceitável do doador;

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

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

f. Exame sorológico positivo para:

- Hepatite B (anti-Hbc): a equipe informará se aceita ou não doador com esse antecedente. A aceitação está condicionada a receptores com sorologia positiva ou imunizados;
- Hepatite C (anti-HCV): a equipe informará se aceita ou não doador com esse antecedente. A aceitação está condicionada à existência de 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 (suspenso > 365 dias), transferido para outro Estado, transplante fora do estado e transplante-doador falecido.

Considerações gerais:

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

4. Da Priorização

4.1. Condição 1: Assistência Circulatória ou Retransplante

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

4.2. Condição 2: Choque Cardiogênico

- Neste caso o paciente deve obrigatoriamente estar internado e com droga(s) vasopressora(s).
- A priorização tem validade de 07 dias, renovável quando mantiver a indicação.

5. Da Classificação dos Receptores Potenciais

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

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

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

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

6. Do Receptor Transplantado

Para os priorizados, a equipe deverá encaminhar a cópia da prescrição e evolução médica do receptor, do dia do transplante e do dia anterior, no prazo de 15 dias. Esses documentos serão auditados pelas CTE.

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

MÓDULO DE TRANSPLANTE DE FÍGADO

1. Da Regionalização

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

2. Da Inscrição

A inscrição e a manutenção dos dados cadastrais no 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. Carcinoma hepatocelular fora dos critérios de Milão
- n. Hemocromatose
- o. Hepatite autoimune
- p. Hepatite fulminante
- q. Metástases hepáticas de tumor neuroendócrino
- r. Polineuropatia Amiloidótica Familiar (PAF)
- s. Síndrome de Budd-Chiari
- t. Síndrome hepatopulmonar
- u. Trombose arterial até o 15º. dia

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

Devem ser consideradas ainda as seguintes situações:

2.1 Fígado conjugado com rim

Serão aceitos receptores potenciais que apresentem as seguintes condições:

- a. Insuficiência Renal Crônica (IRC) Terminal em programa de diálise com hepatopatia e indicação de transplante de fígado.
- b. Pacientes com Insuficiência Renal Aguda incluindo a Síndrome Hépató-Renal (SHR) com creatinina maior ou igual a 2,0 mg/dL, em diálise maior ou igual a 8 semanas.
- c. Pacientes com indicação de transplante hepático e doença renal crônica com *clearance* de creatinina menor ou igual a 30 ml/min. Os receptores potenciais ficarão com o status semiativo “Aguarda *clearance*”, até que a equipe de transplante envie a cópia deste exame para a CTx. O receptor será removido do cadastro técnico atual caso permaneça 90 dias consecutivos nesta condição, assumindo o status “Removido administrativo”.

2.2 MELD/PELD mínimo

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

- a. Tenham sódio menor ou igual a 130 mEq/L, informado no último exame do MELD/PELD;
- b. Tenham situação especial, após parecer conclusivo da Câmara Técnica Estadual (CTE);
- c. Priorizados;
- d. Clinicamente justifiquem a sua permanência na lista de espera, após avaliação e parecer conclusivo da CTE, em face dos documentos que serão encaminhados pelas equipes médicas de transplantes. A alteração do status “suspenso MELD/PELD mínimo” para o status “Ativo” será realizada pela CTx.

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

2.3 Hepatocarcinoma fora do critério de Milão

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

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

2.4 Ficha complementar da inscrição:

- a. Idade máxima: a equipe informará qual a idade máxima para aceitação de um doador. O menor valor aceitável será de 30 anos.
- b. Peso mínimo e máximo: a equipe informará o peso mínimo e máximo aceitável de um doador. A diferença, entre o peso mínimo e o peso máximo, não poderá ser menor que 20%;
- c. Tempo máximo de intubação oro traqueal (IOT): a equipe informará o tempo máximo de IOT para aceitação de um doador, aplicável apenas para os potenciais receptores < 12 anos (PELD);
- d. Usuário de droga injetável: a equipe informará se aceita ou não doador com esse antecedente;
- e. Usuário de droga inalatória (cocaína ou crack): a equipe informará se aceita ou não doador com este antecedente;

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

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

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

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

j. Exame sorológico positivo para:

- Hepatite B (anti-Hbc): a equipe informará se aceita ou não. A aceitação está condicionada aos receptores com sorologia positiva para hepatite B ou imunizados (anti-Hbs);
- Hepatite C (anti-HCV): a equipe informará se aceita ou não. A aceitação está condicionada aos receptores com sorologia positiva para hepatite C;
- Sífilis: a equipe informará se aceita ou não;
- Toxoplasmose (IGM): a equipe informará se aceita ou não;
- Citomegalovírus (IGM): a equipe informará se aceita ou não.

k. Outras características do doador/órgão:

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

3. Cálculo do MELD e PELD

A pontuação MELD/PELD será ajustada nas seguintes condições: situação especial, receptores potenciais < 12 anos (PELD) e receptores potenciais com idade

maior ou igual a 12 anos e menor de 18 anos e será denominada pontuação MELD CORRIGIDO/PELD CORRIGIDO.

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

Arredondar o resultado para valor inteiro.

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

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

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

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

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

Cálculo do PELD:

- se o paciente tiver até 24 meses de vida

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

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

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

- a. Caso os valores de laboratório sejam menores que 1,0, considerar 1,0;
- b. Cálculo do valor do déficit de crescimento baseado no sexo, peso e altura (Tabela 2 - Anexo IV);
- c. Nos receptores potenciais em uso de dicumarínico, até 6 dias antes da coleta da amostra para o cálculo do PELD, e que tenham o valor de INR calculado >2,5, será considerado o valor de 2,5 de INR para efeito do cálculo do PELD.
- d. PELD CORRIGIDO: multiplicar o PELD por 3 e arredondar para valor inteiro.

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

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

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

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

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

4. Da Manutenção do Cadastro “Status”

4.1. Ativo.

4.2. Semiativo: aguarda clearance, equipe não credenciada, exames pré-transplante incompletos, MELD/PELD vencido, perda de seguimento, suspenso MELD/PELD

mínimo, suspenso pela equipe, suspenso sem condições clínicas e transplante sem confirmação.

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

Considerações gerais:

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

5. Da Situação Especial

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

Os diagnósticos a serem considerados para efeito deste item são:

- a. Adenomatose múltipla bilobar extensa e irressecável (MELD/PELD);
- b. Carcinoma fibrolamelar irressecável e sem doença extra-hepática (MELD/PELD);

- c. Doenças metabólicas com indicação de transplante - fibrose cística, glicogenose tipo I e IV, doença policística, oxalose primária, doença de Crigler-Najjar, doenças relacionadas ao ciclo da ureia, acidemia orgânica, tirosinemia tipo 1, hipercolesterolemia familiar, hemocromatose neonatal, infantil e juvenil, defeito de oxidação de ácidos graxos, doença da urina de xarope de bordo (PELD);
- d. Doenças metabólicas com indicação de transplante - fibrose cística, glicogenose tipo I e IV, oxalose primária (MELD);
- e. Hemangioendotelioma epitelióide primário de fígado irressecável e sem doença extrahepática (MELD/PELD);
- f. Hemangioma gigante irressecável, hemangiomatose ou doença policística com síndrome compartimental (MELD/PELD);
- g. Hepatoblastoma irressecável e sem doença extra-hepática ativa (MELD/PELD);
- h. Hepatocarcinoma – Downstaging (MELD/PELD);
- i. Hepatocarcinoma maior ou igual a 2 cm. Dentro dos critérios de Milão, com diagnóstico baseado nos critérios de Barcelona e sem indicação de ressecção (MELD/PELD);
- j. Indicação de transplante pós doação de fígado (MELD);
- k. Indicação de transplante pós transplante de órgão sólido (MELD/PELD);
- l. Polineuropatia Amiloidótica Familiar (PAF) - graus I, II e III (MELD);
- m. Síndrome hepatopulmonar - PaO₂ menor que 60 mmHg em ar ambiente (MELD/PELD);
- n. Trombose arterial após o 15º dia (MELD/PELD);
- o. Trombose arterial até o 15º dia (MELD/PELD) - neste caso, em face da urgência clínica, o Coordenador do SET autoriza e inclui o caso no CTU. O diagnóstico da perda do enxerto deve ser “trombose arterial até o 15º. dia”, o mesmo acontecendo com o diagnóstico na reinscrição para novo transplante em situação especial.
- p. Tumor neuroendócrino metastático (MELD/PELD).

6. Da Pontuação em Situação Especial

6.1. PELD Corrigido

A pontuação inicial nesse grupo será 30 pontos. Caso o paciente não seja transplantado após 30 dias em lista de espera, sua pontuação será automaticamente ajustada para 35 pontos. Excepcionalmente, os casos de situação especial receberão a seguinte pontuação:

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

6.2. MELD Corrigido

A pontuação inicial nesse grupo será 20 pontos. Caso o paciente não seja transplantado após 90 dias em lista de espera, sua pontuação será automaticamente ajustada para 24 pontos. Excepcionalmente, os casos de situação especial receberão a seguinte pontuação:

- Indicação de transplante pós-doação de fígado, 40 pontos;
- Indicação de transplante de fígado pós transplante de órgão sólido, 40 pontos;
- Polineuropatia amiloidótica familiar, 29 pontos;
- Trombose arterial após o 15º dia, 29 pontos;
- Trombose arterial até o 15º dia, 40 pontos.

7. Da Documentação e da Inclusão em Situação Especial

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

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

Em situações excepcionais a Câmara Técnico-Científica indicará esta data.

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

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

a. Diagnóstico/estadiamento:

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

b. Receptor transplantado:

- Laudo do exame anatomopatológico do fígado explantado.

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

a. Diagnóstico/estadiamento:

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

b. Acompanhamento:

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

c. Receptor transplantado:

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

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

a. Diagnóstico:

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

b. Receptor transplantado:

- Laudo do exame anatomopatológico do fígado explantado.

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

a. Diagnóstico/estadiamento

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

b. Receptor transplantado:

- Laudo do exame anatomopatológico do fígado explantado.

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

a. Diagnóstico/estadiamento:

- Relatório médico e cópia de laudos de exames laboratoriais que caracterizem o diagnóstico, a irressecabilidade e comprovando a ausência de metástases por

tomografia computadorizada de tórax e abdome e mapeamento ósseo realizados até 12 meses antes da solicitação.

b. Acompanhamento:

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

c. Receptor transplantado:

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

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

a. Diagnóstico/estadiamento:

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

b. Receptor transplantado:

- Laudo do exame anatomopatológico do fígado explantado.

7.7. Hepatoblastoma irressecável e sem doença extra-hepática ativa (MELD/PELD)

a. Diagnóstico/estadiamento:

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

b. Acompanhamento:

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

c. Receptor transplantado:

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

7.8. Hepatocarcinoma – Downstaging (MELD/PELD)

a. Diagnóstico:

- Relatório médico e cópia de laudos de exames complementares.

b. Acompanhamento:

- Durante o acompanhamento em lista de espera, após a inclusão como situação especial, deverá ser realizado pelo menos um método de imagem com contraste (tomografia computadorizada/ressonância magnética) demonstrando obediência ao critério de Milão, conforme portaria ministerial vigente, realizado a cada 4 meses.
- Tomografia computadorizada de tórax realizada a cada 12 meses.

c. Receptor transplantado:

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

7.9. Hepatocarcinoma (MELD/PELD)

a. Diagnóstico/estadiamento:

- Diagnóstico baseado, no critério de Barcelona:

I - Critério anatomopatológico: biópsia;

II - Critério radiológico:

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

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

III - Critério combinado

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

b. Estadiamento:

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

- Incluir pelo menos um exame de imagem de abdome (tomografia computadorizada / ressonância magnética) realizado até 6 meses antes da solicitação de situação especial;
- Ausência de metástases comprovada por tomografia computadorizada de tórax e mapeamento ósseo realizados até 12 meses antes.
- Irressecabilidade:

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

- A equipe deverá encaminhar o Formulário 12 - Situação especial - Carcinoma Hepatocelular (Anexo IV).

c. Acompanhamento:

- Laudo de pelo menos um método de imagem com contraste (tomografia computadorizada / ressonância magnética) que demonstre obediência ao critério de Milão, conforme portaria ministerial vigente, realizado com intervalo máximo de 6 meses.
- Tomografia computadorizada de tórax realizada a cada 12 meses.

d. Receptor transplantado:

- Laudos de todos os exames de imagem solicitados acima para acompanhamento;
- Laudo do exame anatomopatológico do fígado explantado.
- Observação: Para fins de estadiamento, nódulos com diâmetro inferior a 02 cm são considerados lesões de natureza indeterminada.

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

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

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

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

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

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

- Biópsia de nervo compatível com o diagnóstico de Polineuropatia Amiloidótica Familiar;

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

b. Receptor transplantado:

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

7.13. Síndrome hepato-pulmonar - PaO₂ menor que 60mmHg em ar ambiente (MELD/PELD)

a. Diagnóstico:

- Resultado da gasometria arterial em ar ambiente com PaO₂ < 60mmHg, em dois exames realizados em datas diferentes nos últimos 6 meses, com intervalo mínimo de 30 dias e na ausência de descompensação grave da cirrose, hemorragia digestiva alta, síndrome hepatorenal, infecções sistêmicas ou pulmonares;
- Laudo de exame de imagem que demonstre dilatação vascular intrapulmonar (ecocardiograma com microbolhas ou cintilografia com albumina marcada ou Arteriografia);
- Relatório médico e cópia de laudos de exames complementares que demonstrem ausência de alterações pulmonares que tenham o potencial de reduzir a PaO₂.

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

a. Diagnóstico:

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

b. Receptor transplantado:

- Laudo do exame anatomopatológico do fígado explantado.

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

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

7.16. Tumor neuroendócrino metastático (MELD/PELD)

a. Diagnóstico/estadiamento:

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

b. Acompanhamento:

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

c. Receptor transplantado:

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

8. Da Priorização

8.1. Insuficiência hepática aguda grave

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

Critérios do O'Grady/King's College Hospital:

a. Indivíduos que ingeriram acetaminofen:

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

b. Sem ingestão de acetaminofen:

- TPT maior que 100 segundos ou INR $> 6,5$ (independentemente do grau de encefalopatia);
- Três das seguintes variáveis:
- 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.

Critérios do Clichy/Hospital Beaujon:

- Pacientes com encefalopatia grau III ou IV e uma das condições abaixo:
- Fator V inferior a 30% em maiores de 30 anos;
- Fator V inferior a 20% em menores de 30 anos.

8.2. Não funcionamento primário do enxerto

Aceito até o 7º dia após o transplante.

8.3. Anepático por trauma

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

A priorização terá validade de 14 dias.

9. Da Classificação dos Receptores Potenciais

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

Não será considerada a regionalização, para as seguintes situações:

- priorização;
- MELD maior ou igual a 30 pontos ou MELD/PELD com a situação especial “Trombose arterial até o 15º dia”;
- doadores de outros Estados.

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

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

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

Esta exceção não se aplica aos receptores potenciais priorizados.

Os receptores potenciais serão classificados conforme a sequência abaixo:

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

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

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

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

a. Receptores potenciais menores de 18 anos, observada a regionalização, igualdade ABO, classificados por pontuação decrescente de MELD/PELD CORRIGIDO, ocorrendo o desempate conforme abaixo:

a.1. Receptores com MELD/PELD atualizado:

- Ordem decrescente do valor do MELD/PELD;
- Tempo de espera.

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

- Tempo de espera.

b. Receptores potenciais menores de 18 anos, observada a regionalização, compatibilidade ABO, classificados por pontuação decrescente de MELD/PELD CORRIGIDO, ocorrendo o desempate conforme abaixo:

b.1. Receptores com MELD/PELD atualizado:

- Ordem decrescente do valor do MELD/PELD;
- Tempo de espera.

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

- Tempo de espera.

c. Receptores potenciais maiores de 18 anos, observada a regionalização, igualdade ABO, classificados por pontuação decrescente de MELD CORRIGIDO, ocorrendo o desempate conforme abaixo:

c.1. Receptores com MELD atualizado:

- Ordem decrescente do valor do MELD;

- Tempo de espera.
- c.2. Receptores com MELD vencido, com situação especial:
- Tempo de espera.
- d. Receptores potenciais maiores de 18 anos, observada a regionalização, com idade acima de 18 anos, compatibilidade ABO, classificados por pontuação decrescente de MELD CORRIGIDO, ocorrendo o desempate conforme abaixo:
- d.1. Receptores com MELD atualizado:
- Ordem decrescente do valor do MELD;
 - Tempo de espera.
- d.2. Receptores com MELD vencido, com situação especial:
- Tempo de espera.

Para doadores maiores de 18 anos:

- a. Receptores potenciais, observada a regionalização, igualdade ABO, classificados por pontuação decrescente de MELD/PELD CORRIGIDO, ocorrendo o desempate conforme abaixo:
- a.1. Receptores com MELD/PELD atualizado:
- Ordem decrescente do valor do MELD/PELD;
 - Tempo de espera.
- a.2. Receptores com MELD/PELD vencido, com situação especial:
- Tempo de espera.
- b. Receptores potenciais, observada a regionalização, compatibilidade ABO, classificados por pontuação decrescente de MELD/PELD CORRIGIDO, ocorrendo o desempate conforme abaixo:
- b.1. Receptores com MELD/PELD atualizado:
- Ordem decrescente do valor do MELD/PELD;
- Tempo de espera.
- b.2. Receptores com MELD/PELD vencido, com situação especial:
- Tempo de espera.

10. Do Receptor Transplantado

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

No caso de utilização de órgão de doador com sorologia positiva para hepatite B 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.

10.1. Em receptores priorizados

Após a realização do transplante, a equipe deverá encaminhar para a CTx, a documentação detalhada abaixo e cópia do último exame laboratorial do MELD/PELD, inclusive sódio sérico, no prazo de 60 dias:

a. Insuficiência hepática aguda grave:

- Relatório médico e cópia de laudos de exames laboratoriais que caracterizem o diagnóstico e o enquadramento nos critérios de O'Grady/King's College Hospital ou de Clichy/Hospital Beaujon;
- Laudo do exame anatomopatológico do fígado explantado.

b. Não funcionamento primário do enxerto:

- Relatório médico e cópia de laudos de exames laboratoriais que caracterizem o diagnóstico acima;
- Laudo do exame anatomopatológico do fígado explantado.

c. Anepático por trauma:

- Relatório médico e cópia de laudos de exames laboratoriais que caracterizem a condição do paciente;
- Laudo do exame anatomopatológico do fígado explantado.

10.2. Em receptores com situação especial

Encaminhar, no prazo de 60 dias, as informações requeridas no item “acompanhamento” e “receptor transplantado” conforme especificado em cada situação especial, nos termos estabelecidos desta resolução (“Da documentação e da inclusão na situação especial”) e cópia do último exame laboratorial do MELD/PELD, inclusive sódio sérico.

Atender, quando solicitadas, requisições adicionais formuladas pela CTE.

11. Do Doador PAF

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

A utilização do fígado, para transplante, dos receptores transplantados com o diagnóstico de PAF obedecerá aos critérios “Da classificação dos receptores potenciais”. Nestes casos, a equipe de transplante deverá encaminhar o Formulário 13 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Doador Fígado PAF (Anexo IV) para a lista de espera dos receptores inscritos para transplante de doadores falecidos, assinado pelo receptor, bem como o Formulário 14 - Informações sobre o doador – PAF (Anexo IV) preenchido.

12. Dos enxertos bipartidos (split)

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

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

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

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

MÓDULO DE TRANSPLANTE DE RIM

1. Da Regionalização

1.1. Regional I

1.2. Regional II:

a. Sub-Regional I

b. Sub-Regional II

2. Da Inscrição

A inscrição e a manutenção dos dados cadastrais no 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 incompletos pré-transplante, recebeu transfusão, sem soro no laboratório, soro vencido, suspenso pela equipe, suspenso sem condições clínicas, transplante sem confirmação.

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

Considerações gerais:

- O status removido (suspensão > 365 dias) será atribuído quando o receptor acumular 365 dias com status semiativo, exceto “aguarda clearance”.
- Os receptores potenciais com o status semiativo “Aguarda clearance”, serão removidos do sistema após 90 dias consecutivos neste status, assumindo o status “Removido administrativo”.
- No caso de reinscrição do receptor no CTU, será considerada nova data de inscrição.

4. Da Pontuação HLA

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

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

a. no “locus” DR

0 MM = 10 pontos

1 MM = 5 pontos

2 MM = 0 ponto

b. no “locus” B

0 MM = 4 pontos

1 MM = 2 pontos

2 MM = 0 ponto

c. no “locus” A

0 MM = 1 ponto

1 MM = 0,5 ponto

2 MM = 0 ponto

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

a. Tempo de espera:

0 ponto até o primeiro ano de espera;

1 ponto para o primeiro ano completo;

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

Para a contagem do tempo de espera para o transplante considera-se a data de início da diálise (qualquer modalidade).

Para os receptores que não realizam diálise, será considerada a data de inscrição no CTU

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

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

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

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

5. Do Descarte de Órgãos para Transplante

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

- idade menor que 2 anos e maior que 75 anos,
- usuários de drogas injetáveis,
- sorologia positiva vírus C (anti-HCV), vírus B (HbsAg) e Chagas

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

6. Da Priorização

6.1. Impossibilidade total de acessos para diálise

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

A equipe de transplante deverá encaminhar para a CTx:

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

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

6.2. Pós transplante de outro órgão

Quando o receptor apresentar deterioração da função renal e:

- a. Estiver realizando alguma das modalidades de terapia renal substitutiva;
- b. Apresentar depuração da creatinina endógena menor que 10 ml/min;
- c. Tiver idade inferior a 18 anos e depuração da creatinina endógena menor que 15 ml/min;
- d. For diabético em tratamento conservador e apresenta depuração da creatinina endógena menor que 15 ml/min.,

deverá informar o centro de diálise ou, no caso de tratamento conservador, enviar cópia do clearance de creatinina.

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

6.3. Pós doação renal

Quando o paciente apresentar deterioração da função renal e:

- a. Estiver realizando alguma das modalidades de terapia renal substitutiva;
- b. Apresentar depuração da creatinina endógena menor que 10 ml/min;
- c. Tiver idade inferior a 18 anos e apresentar depuração da creatinina endógena menor que 15 ml/min;
- d. For diabético em tratamento conservador e apresentar depuração da creatinina endógena menor que 15 ml/min,

deverá informar o centro de diálise ou, no caso de tratamento conservador, enviar cópia do clearance de creatinina.

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

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

7. Da Classificação dos Receptores Potenciais

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

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

receptores potenciais inscritos na mesma região do doador, exceto quando houver receptores potenciais com 0 (zero) mismatch.

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

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

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

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

Os receptores potenciais serão classificados conforme a sequência abaixo.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

8. Do Receptor Transplantado

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

MÓDULO DE TRANSPLANTE DE PULMÃO

1. Da Regionalização

Não há regionalização.

2. Da Inscrição

A inscrição e a manutenção dos dados cadastrais no 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 antecedente;
- d. Número de dias de intubação: a equipe deverá informar até quantos dias de intubação aceita o doador.
- e. Capacidade Pulmonar Total (CPT): a equipe informará os valores mínimo e máximo, entre 0 e 15 litros, aceitáveis para cada receptor.
- f. Exame sorológico positivo para:
 - Hepatite B (anti-Hbc): a equipe informará se aceita ou não este antecedente. A aceitação está condicionada aos receptores com sorologia positiva ou imunizados;
 - 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 seqüência:

5.1. Priorizados:

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

5.2. Não priorizados:

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

6. Do Descarte de Órgãos para Transplante

Os critérios de descarte de doadores estão listados no item 6.7, Da Operacionalização.

7. Do Receptor Transplantado

A equipe deverá encaminhar cópia da sorologia do receptor para a CTx, no prazo de 15 dias, caso utilize órgão de doador com sorologia positiva para hepatite B 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 intervalo aceitável será entre 20 a 30 Kg/m².

- 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 clearance, equipe não credenciada, exames incompletos pré-transplante, recebeu transfusão, sem soro no laboratório, soro vencido, suspenso pela equipe, suspenso sem condições clínicas, transplante sem confirmação;

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

Considerações gerais:

- O status removido (suspensão > 730 dias) será atribuído quando o receptor acumular 730 dias com status semiativo.
- Não se considera nesta contagem o status “Aguarda clearance”.
- Os receptores potenciais com o status semiativo “Aguarda clearance”, serão removidos do sistema após 90 dias consecutivos neste status, assumindo o status “Removido administrativo”.

4. Do Descarte de Órgãos para Transplante

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

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

5. Da Priorização

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

6. Da Classificação dos Receptores Potenciais

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

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

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

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

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

7. Do Receptor Transplantado

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

2.2. Pré-transplante renal:

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

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

2.3. Pâncreas conjugado com rim intervivos:

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

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

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

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

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

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

- a. IMC (índice de massa corpórea) máximo do doador: a equipe informará qual o valor máximo do IMC que aceita. O valor aceitável, a ser informado, será de 20 a 30 Kg/m²;
- 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 CTE, aguarda clearance, equipe não credenciada, exames pré-transplante incompletos, recebeu transfusão, sem soro no laboratório, soro vencido, suspenso pela equipe, suspenso sem condições clínicas e transplante sem confirmação.

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

Considerações gerais:

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

4. Do Descarte de Órgãos para Transplante

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

- Idade < 5 anos e > 51 anos;
- IMC > 31;
- Antecedentes de diabetes.

5. Da Priorização

Não existe critério de priorização.

6. Da Classificação dos Receptores Potenciais

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

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

MÓDULO DE TRANSPLANTE DE TECIDOS OCULARES

1. Da Regionalização

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

2. Da Inscrição

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

3. Da Manutenção do Cadastro “Status”

3.1 Ativo

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

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

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

O status “removido (suspenso > 30 dias)” será atribuído quando o receptor acumular 30 dias no status semiativo.

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

4. Da Priorização

4.1 Perfuração do globo ocular;

4.2 Retransplante após falência primária do enxerto;

4.3 Úlcera de córnea sem resposta ao tratamento;

4.4 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, observando a regional, classificados pelo tempo de espera;

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

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

6. Do Receptor Transplantado

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

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

Cabe à Equipe Transplantadora, após a aceitação, do tecido, confirmar a realização do transplante em até 05 (cinco) dias, bem como atualizar os relatórios

evolutivos de receptores transplantados, imediatamente após o transplante, aos 3, 6 e 12 meses e depois anualmente até a perda do tecido ou óbito do paciente.

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

7. Da Captação de Olhos

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

- Morte de causa desconhecida;
- Incidência de infecção ou irradiação da zona do tecido ocular;
- Neoplasias hematológicas (linfoma ativo disseminado, leucemias);
- Infecções ativas incluindo sepse, tuberculose, enfermidades micóticas sistêmicas, malária, hanseníase, endocardite e Chagas;
- Evidência clínica ou positividade laboratorial de infecção por HIV, hepatite B e C;
- Risco de transmissão de enfermidades causadas por prions; doença de Creutzfeldt-Jakob, doença neurológica de etiologia viral ou desconhecida, panencefalite sub-aguda esclerosante, encefalite viral ativa ou encefalite de origem desconhecida ou encefalopatia progressiva, leucoencefalopatia multifocal progressiva;
- Receptores de hormônio do crescimento derivado da Pituitária Humana (durante os anos de 1963-1985);
- Receptores de córnea, esclera ou outro tecido ocular;
- Outras enfermidades como raiva, rubéola congênita, síndrome de Reye;
- Doadores com doenças intrínsecas presentes no momento da captação do olho: retinoblastoma, metástase de tumores primários ou secundários susceptíveis de produzir afecção da câmara anterior ocular (adenocarcinoma do olho, melanoma de câmara anterior), inflamação ativa ocular ou intra-ocular (conjuntivite, ceratite, esclerite, irite, uveíte, vitreíte, coroidite, retinite), desordens congênicas ou adquiridas (cicatriz central na córnea, ceratocone, ceratoglobos).

8. Do Procedimento de Obtenção de Tecido Ocular

Deverá constar no Formulário 1 - Termo de Doação de Órgãos e Tecidos - Doador Falecido (Anexo IV) assinado pelo responsável pela doação, a opção de uso do tecido ocular doado para finalidades terapêuticas e/ou científicas.

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

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

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

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

Toda a equipe de captação de tecido ocular que possuir em sua composição profissional técnico de enfermagem deverá, obrigatoriamente, estar sob a supervisão e a responsabilidade de enfermeiro, respeitado o limite de 02 equipes.

9. Da Informação de Córneas Captadas

Os bancos de tecido ocular humano deverão informar as córneas viáveis e não viáveis para transplante.

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

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

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

Para a finalidade de pesquisa e/ou ensino, poderão ser captados olhos sem as restrições de qualidade explicitadas nesta Resolução.

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

Regionalização

As áreas de abrangência ficam assim definidas:

- **Módulo Coração, Pulmão e Pâncreas isolado**

Não há regionalização

- **Módulo Fígado:**

1. Regional I: compreende as áreas de abrangência da OPO do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, OPO da Santa Casa de São Paulo, OPO do Hospital São Paulo da Escola Paulista de Medicina da UNIFESP e OPO do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia.
2. Regional II: compreende as áreas de abrangência da OPO do Hospital das Clínicas da UNICAMP, OPO do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, OPO do Hospital Universitário de São José do Rio Preto, OPO do Hospital das Clínicas de Botucatu, OPO do Conjunto Hospitalar de Sorocaba e OPO do Hospital das Clínicas de Marília.

- **Módulo Rim e Pâncreas/Rim:**

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

- **Módulo Córnea:**

1. Regional I (Grande São Paulo e Litoral): compreende as áreas de abrangência da OPO do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, OPO da Santa Casa de São Paulo, OPO do Hospital São Paulo da Escola Paulista de Medicina da UNIFESP e OPO do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia
2. Regional II composta pelas sub-regionais:
 - a. Sub-Regional I (Sorocaba/Campinas): compreende as áreas de abrangência da OPO do Hospital das Clínicas da UNICAMP e OPO do Conjunto Hospitalar de Sorocaba.
 - b. Sub-Regional II (Ribeirão Preto/São José do Rio Preto): compreende as áreas de abrangência da OPO do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto e OPO do Hospital Universitário de São José do Rio Preto.
 - c. Sub-Regional III (Marília/Botucatu): compreende as áreas de abrangência da OPO do Hospital das Clínicas de Botucatu e OPO do Hospital das Clínicas de Marília.

ANEXO IV

(a que se reporta a Resolução SS- de de setembro de 2014)

Formulários e Tabelas (à Resolução SS nº XX, de xx de xx de 2014)

- Formulário 1 - Termo de Doação de Órgãos e Tecidos - Doador Falecido
- Formulário 2 - Informações sobre o Doador de Múltiplos Órgãos
- Formulário 3 - Organização de Procura de Órgãos
- Formulário 4 - Relatório mensal das atividades da CIHT
- Formulário 5 - Formulário dos óbitos que ocorrerem nas unidades de terapia intensiva ou no pronto socorro
- Formulário 6 - Cadastramento de equipe de transplante
- Formulário 7 - Notificação de devolução de córnea

- Formulário 8 -Solicitação de exame anátomo-patológico de órgãos/tecidos retirados e não utilizados
- Formulário 9 - Cadastramento de hospital de transplante
- Formulário 10 - Dados da nefrectomia
- Formulário 11- Notificação de tecido retirado
- Formulário 12 - Situação especial- Carcinoma Hepatocelular
- Formulário 13 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Doador Fígado PAF
- Formulário 14 - Informações sobre o doador – PAF
- Formulário 15 - Impossibilidade total de acesso para diálise

Tabelas:

- Tabela 1 - Relação de hospitais e equipes de referencia para os centros de diálise da Regional II - Sub-regional II.
- Tabela 2 - Cálculo do valor do déficit de crescimento baseado no sexo, peso e altura.