



MINISTÉRIO DA SAÚDE

INSTITUTO NACIONAL DE
TRAUMATOLOGIA E ORTOPEdia

REQUISIÇÃO DE TECIDOS INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

INFORMAÇÕES

ORTOPEdia – O Médico transplantador e o Hospital onde será realizada a cirurgia deverão possuir autorização para transplantar, essa autorização é emitida pelo Sistema Nacional de Transplante através de prévio cadastro. Somente Médicos e Hospitais cadastrados podem realizar transplantes.

ODONTOLOGIA – Nesse caso, basta o Cirurgião Dentista possuir o cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplantes para estar autorizado a transplantar.

DOCUMENTOS E FORMULÁRIOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE TECIDO ÓSSEO

PACIENTE MAIOR – Cópia, legível, de documento de identidade com foto do paciente.

PACIENTE MENOR OU INCAPAZ – Cópia, legível, de documento de identidade com foto do paciente e do seu responsável legal.

• *Requisição de Tecidos Músculo-esqueléticos – (Anexo 1), Formulário onde serão preenchidos todos os dados do paciente e informações necessárias para identificação e disponibilização do material.*

• *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – (Anexo 2) Formulário que o paciente(receptor) ou seu responsável legal, autoriza o transplante do tecido.*

• *Formulário de Evolução Pós-transplante – (Anexo 3) Formulário que o Cirurgião Transplantador deverá preencher e encaminhar ao Banco de Tecidos do INTO em até 15 dias decorridos do transplante, o preenchimento deste formulário é de suma importância e previsto na legislação que trata do transplante. Através dele que o Banco de Tecidos é informado de possíveis intercorrências provenientes da utilização do tecido.*

ATENÇÃO

Após a cirurgia o Médico Transplantador tem a obrigação legal de em até quinze dias realizar a evolução pós-transplante do paciente.

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO E ENVIO DA REQUISIÇÃO DE TECIDO MÚSCULO ESQUELÉTICO

CABEÇALHO

O Médico Transplantador deverá **preencher todos os campos** do formulário com as informações do paciente, cirurgia e hospital, além de seus próprios dados.

Quanto a data da cirurgia, caso não tenha uma data provável, favor assinalar o campo “a agendar quando estiver disponível”.

O NÃO PREENCHIMENTO DE UM OU MAIS CAMPOS PODERÁ INVIABILIZAR O RECEBIMENTO DESTA REQUISIÇÃO

PARA PREENCHIMENTO DO CAMPO “CÓDIGO DE PROCEDIMENTO”, PARA PACIENTES DO SUS, FAVOR CONSULTAR A TABELA **SIGTAP**, PARA PACIENTES PARTICULARES, CONSULTAR A TABELA **TUSS*



MINISTÉRIO DA SAÚDE

INSTITUTO NACIONAL DE
TRAUMATOLOGIA E ORTOPEdia

REQUISIÇÃO DE TECIDO MUSCULOESQUELÉTICO PARA TRANSPLANTE

Paciente: _____ Prontuário: _____ Data Nascimento: ____/____/____ Sexo: M F
Diagnóstico: _____ CID: _____
Cirurgia Proposta: _____ Lado: _____ Cód. do Procedimento: _____
Cirurgião Transplantador: _____ Tel.: _____ Celular: _____
Local da Cirurgia: INTO Outros _____ Estado: _____ Tel. Instituição: _____
Data provável da Cirurgia: ____/____/____ Hora provável da cirurgia: ____:____ A agendar quando estiver disponível
Nº SNT do Cirurgião: _____ Nº SNT da Instituição: _____
Grupo Solicitante: Quadril Joelho Ombro Infantil Tumor Coluna Crânio-Maxilo Pé Dentista Outros: _____



TECIDOS

Neste campo, o Médico solicitante deverá informar o tipo, tamanho, peso e quantidade do material que será necessário para a cirurgia proposta. Os tecidos são divididos em ósseos, não ósseos e osteocondral, em cada um deles consta sua subdivisão conforme quadro abaixo.

Em alguns casos, para uma mesma cirurgia, podem ser empregados produtos parecidos, ou seja, o resultado seria parecido ou quase o mesmo utilizando: cabeça femural ou 1/3 proximal de tíbia, crista íliaca ou 1/3 proximal de úmero. Em casos como esse, onde a anatomia do osso não interfira no transplante, onde peças parecidas podem ser utilizadas, favor solicitar como **“TECIDO CÓRTICO ESPONJOSO – PRODUTO NÃO ESPECÍFICO”**.

Quando houver necessidade de um produto específico, onde possa ser utilizado mais de um tipo de alternativa de produto (tendões, por exemplo), favor assinalar a quantidade e peso/tamanho no produto preferencial e no campo de “unidade” das demais alternativas possíveis, colocar “ou”, assim no momento da liberação, o Responsável Técnico poderá optar pelo material disponível na ocasião.

Em situações, onde se faça necessário um tecido com medidas específicas, fora das opções, seja tecido córtico esponjoso, cortical ou osteocondral, favor informar como **“solicitação especial”**, desta forma, este serviço tentará atender esse pedido da melhor forma possível.

TECIDOS ÓSSEOS		
TECIDO CÓRTICO-ESPONJOSO - Produto <u>não</u> específico.		
____ (und.) Fragmento 2x1x ____ cm ____ (und.) Fragmento 4x2x ____ cm	<input type="checkbox"/> Moído ____ g ____ (und.) Moeda ____ g	____ (und.) Bloco ____ g
TECIDO CÓRTICO-ESPONJOSO - Produto específico.		
Fêmur: ____ (und.) Cabeça ____ g ____ (und.) Trocater ____ g ____ (und.) 1/3 distal ____ g	Tíbia: ____ (und.) 1/3 proximal ____ g ____ (und.) 1/3 distal ____ g	Fíbula: ____ (und.) 1/3 proximal ____ g ____ (und.) 1/3 distal ____ g
Úmero: ____ (und.) Cabeça ____ g ____ (und.) 1/3 distal ____ g	Rádio: ____ (und.) 1/3 proximal ____ g ____ (und.) 1/3 distal ____ g	Ulna: ____ (und.) 1/3 proximal ____ g ____ (und.) 1/3 distal ____ g
____ (um) Corpo vertebral ____ g	____ (und.) Crista íliaca ____ g	____ (und.) Tálus ____ g
<input type="checkbox"/> Solicitação especial (Somente se o produto solicitado estiver fora dos padrões descritos acima) - Tipo - _____ Tamanho - ____ x ____ cm - Peso ____ g		
TECIDO CORTICAL		
____ (und.) Fragmento 2x1x ____ cm ____ (und.) Fragmento 4x2x ____ cm	____ (und.) Régua ____ cm	____ (und.) Diáfise ____ cm
TECIDOS NÃO-ÓSSEO		
TECIDO TENDINOSO / FASCIA / MENISCO		
____ (und.) Tendão semitendíneo - ____ cm	____ (und.) Tendão tibial anterior ____ cm	____ (und.) Mecanismo extensor ____ cm
____ (und.) Tendão grácil - ____ cm	____ (und.) Tendão tibial posterior ____ cm	____ (und.) Tendão patelar ____ cm
____ (und.) Tendão de Aquiles com plug ósseo ____ cm	____ (und.) Tendão flexor longo do hálux ____ cm	____ (und.) Tendão flexor longo dos dedos do pé ____ cm
____ (und.) Tendão flexor radial do carpo ____ cm	____ (und.) Tendão flexor sup. dos dedos da mão ____ cm	____ (und.) Tendão flexor prof. dos dedos da mão ____ cm
____ (und.) Tendão do bíceps braquial ____ cm	____ (und.) Fáscia lata ____ cm	<input type="checkbox"/> Menisco medial de joelho ____ (lado) ____ cm* <input type="checkbox"/> Menisco lateral de joelho ____ (lado) ____ cm* <small>*DIÂMETRO DO CÔNDILO TIBIAL CORRESPONDENTE NA RADIOGRAFIA EM AP</small>
<input type="checkbox"/> Solicitação especial (Somente se o produto solicitado estiver fora dos padrões descritos acima) - Tipo - _____ Tamanho - ____ x ____ cm - Peso ____ g		
TECIDO OSTEOCONDAL		
<input type="checkbox"/> Côndilo femoral medial (lado) ____ cm* <small>*DIÂMETRO DO CÔNDILO TIBIAL CORRESPONDENTE NA RADIOGRAFIA EM AP</small>	<input type="checkbox"/> Côndilo femoral lateral (lado) ____ cm* <small>*DIÂMETRO DO CÔNDILO TIBIAL CORRESPONDENTE NA RADIOGRAFIA EM AP</small>	
<input type="checkbox"/> Solicitação especial (Somente se o produto solicitado estiver fora dos padrões descritos acima) - Tipo - _____ Tamanho - ____ x ____ cm - Peso ____ g		

DATA DA SOLICITAÇÃO E URGÊNCIA

A disponibilização e envio de tecido demanda todo um trabalho de organização e logística, por isso, solicita-se que os pedidos sejam feitos com pelo menos **7 dias úteis de antecedência**

Em casos excepcionais, serão admitidos pedidos urgentes, desde de que devidamente justificados. Ainda assim, ressalta-se que o atendimento a esses pedidos dependerá da disponibilidade e tempo hábil para envio, havendo a possibilidade do não atendimento para a data solicitada.

TODAS AS REQUISIÇÕES DE TECIDO, URGENTES OU NÃO, DEVERÃO ESTAR CARIMBADAS E ASSINADAS, LEGIVELMENTE, PELO CIRURGIÃO TRANSPLANTADOR E ESTE DEVERÁ ESTAR COM SEU CADASTRO EM DIA JUNTO AO SISTEMA NACIONAL DE TRANSPLANTES.

Solicitação de Urgência? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Justificativa (no caso de sim): _____ _____
Data da solicitação: ____ / ____ / ____
Carimbo e assinatura do Cirurgião Transplantador _____



LIBERAÇÃO DO TECIDO PARA TRANSPLANTE

Este campo se destina para preenchimento por parte da Área de Transplantes de Multitecidos – INTO no momento da disponibilização do tecido solicitado.

LIBERAÇÃO DO TECIDO PARA TRANSPLANTE (nº do produto/lote/tamanho/peso) – <u>A SER PREENCHIDO PELO BANCO DE TECIDOS</u>					
Lote	Produto	Peso	gr Tamanho	cm	Descrição
_____	_____	_____	_____	_____	_____
Lote	Produto	Peso	gr Tamanho	cm	Descrição
_____	_____	_____	_____	_____	_____
Lote	Produto	Peso	gr Tamanho	cm	Descrição
_____	_____	_____	_____	_____	_____
Lote	Produto	Peso	gr Tamanho	cm	Descrição
_____	_____	_____	_____	_____	_____
Lote	Produto	Peso	gr Tamanho	cm	Descrição
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Data e hora da liberação: ____ / ____ / ____ : ____ h

Carimbo e Assinatura do Responsável Técnico da ATMIT

DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE ÔNUS

A Declaração de Isenção de ônus deverá ser preenchida no momento em que o Médico Transplantador solicitar o material, através desta declaração, o médico atesta que o receberá sem qualquer ônus. Ônus este, que não poderá ser repassado ao paciente, visto que o Banco de Tecidos do INTO é um banco público, mantido com verba do Ministério da Saúde.

DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE ÔNUS PELO TECIDO (para requisições externas)

Eu, _____, cirurgião, inscrito(a) no CRM sob o nº _____ e lotado(a) no _____ (Nome da Instituição), declaro, sob as penas da lei, que **receberei, sem qualquer ônus**, do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia, o(s) produto(s) a serem liberados nesta requisição, a ser(em) implantado(s) no paciente _____.

Rio de Janeiro, ____ de ____ de ____.

Carimbo e assinatura do cirurgião transplantador

ETIQUETAS E RASTREABILIDADE

Cada produto disponibilizado possui uma embalagem tripla, onde constam 3 etiquetas que trazem toda identificação desse tecido.

Após a utilização do mesmo, uma das três etiquetas deverá ser colada nesta parte da requisição (imagem abaixo) para efeito de controle e rastreabilidade deste material, as demais etiquetas devem ser coladas no prontuário do paciente e na folha de consumo da cirurgia.

Etiquetas para Rastreabilidade:

Das três etiquetas enviadas junto ao(s) produto(s):

- uma etiqueta deve ser colada no prontuário do paciente;
- uma etiqueta deve ser colada na folha de consumo;
- uma etiqueta deve ser colada neste campo.

--	--



MINISTÉRIO DA SAÚDE

INSTITUTO NACIONAL DE
TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA

REQUISIÇÃO DE TECIDOS INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

DEMAIS CAMPOS

Este campo se destina para preenchimento por parte dos profissionais da Área de Transplantes de Multitecidos – INTO, favor não preencher.

I. ENTREGA DO(S) PRODUTO(S) PELA EQUIPE DA ATMIT NO CENTRO CIRÚRGICO

1. O enxerto solicitado foi utilizado? Sim Não Justificativa: _____
2. Temperatura do container: _____
3. Data/horário da entrega: ____ / ____ / ____ ____:____

II. ENTREGA DO(S) PRODUTO(S) NO AEROPORTO

1. Companhia aérea/nome do representante: _____
2. Temperatura do container: _____
3. Data/horário da entrega: ____ / ____ / ____ ____:____

III. ENTREGA DO(S) PRODUTO(S) DIRETO AO PROFISSIONAL NO BANCO DE TECIDOS

1. Local: _____ Nome do profissional: _____
2. Temperatura do container: _____
3. Data/horário da entrega: ____ / ____ / ____ ____:____

Carimbo e Assinatura do profissional que realizou a entrega do enxerto

OBSERVAÇÕES

OBSERVAÇÕES

Esta requisição deverá ser preenchida, assinada e carimbada pelo Cirurgião Transplantador, para então ser digitalizada e encaminhada via e-mail à Área de Transplantes de Multitecidos deste Instituto (ATMIT/INTO) para avaliação e posterior liberação do material para transplante.

É de suma importância que a requisição original fique aos cuidados do Médico Transplantador, visto que este deverá preencher os demais campos e colar as etiquetas no momento da cirurgia. Quando, somente então, a requisição original deverá ser encaminhada a este Serviço via correios ou em mãos.

Ressaltamos que a Evolução Pós-transplante deve ser encaminhada em até 15 dias da realização da cirurgia, conforme legislação em vigor.

A Central de Transplantes do Estado onde ocorrerá a cirurgia, deverá estar ciente de todo o processo de pedido e entrega do Tecido para Transplante, visto que é o órgão responsável para esse procedimento.

Contato:

Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad
Área de Transplantes de Multitecidos

Emails: banco_tecidos@into.saude.gov.br

Telefones: (21) 2134-5108
(21) 2134-5123
(21) 2134-5023

Endereço: Avenida Brasil, nº 500
São Cristóvão - Rio de Janeiro/RJ
Cep: 20940-070