



MINISTÉRIO DA SAÚDE

REQUISIÇÃO DE TECIDO MUSCULOESQUELÉTICO PARA TRANSPLANTE

INSTITUTO NACIONAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEdia

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 ÓSSEOS

TECIDO CÓRTICO-ESPONJOSO - Produto não específico.

____ (und.) Fragmento 4x2x ____ cm Moído ____ g ____ (und.) Moeda ____ g ____ (und.) Bloco ____ g

TECIDO CÓRTICO-ESPONJOSO - Produto específico.

Fêmur: ____ (und.) Cabeça ____ g ____ (und.) Trocanter ____ 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.) Crista ilíaca ____ g	____ (und.) Tálus ____ g

Solicitação especial (Somente se o produto solicitado estiver fora dos padrões descritos acima) - Tipo _____ Tamanho ____ x ____ cm - Peso ____ g

TECIDO CORTICAL

____ (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	<input type="checkbox"/> Menisco medial de joelho ____ (lado) ____ cm* <input type="checkbox"/> Menisco lateral de joelho ____ (lado) ____ cm*
____ (und.) Fáscia lata ____ cm	____ (und.) Tendão fibular longo ____ cm	*DIÂMETRO DO CÔNDILO TIBIAL CORRESPONDENTE NA RADIOGRAFIA EM AP

Solicitação especial (Somente se o produto solicitado estiver fora dos padrões descritos acima) - Tipo _____ Tamanho ____ x ____ cm - Peso ____ g

TECIDO OSTEOCONDAL

Côndilo femoral medial ____ (lado) ____ cm* Côndilo femoral lateral ____ (lado) ____ cm*

*DIÂMETRO DO CÔNDILO TIBIAL CORRESPONDENTE NA RADIOGRAFIA EM AP

Solicitação especial (Somente se o produto solicitado estiver fora dos padrões descritos acima) - Tipo _____ Tamanho ____ x ____ cm - Peso ____ g

Solicitação de Urgência? Não Sim / Justificativa (no caso de sim): _____

Data da solicitação: ____/____/____

Carimbo e assinatura do Cirurgião Transplantador

LIBERAÇÃO DO TECIDO PARA TRANSPLANTE - A SER PREENCHIDO PELO BANCO DE TECIDOS

Lote	Produto	Peso (g)	Tamanho (cm)	Descrição
Data e hora da liberação: ____/____/____ ____:____ h				Carimbo e assinatura do Responsável Técnico da ATMIT

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

Observações	
REQUISIÇÃO INTERNA 1. A solicitação de enxerto deverá ser realizada com antecedência mínima de 24h, salvo em casos de urgência. 2. Documentação necessária: Requisição de Tecido Musculoesquelético; Visita pré-transplante e Termo de Consentimento.	REQUISIÇÃO EXTERNA 1. A solicitação de enxerto deverá ser realizada com antecedência mínima de 7 dias úteis. 2. Documentação necessária: Requisição de Tecido Musculoesquelético; Termo de Consentimento e Xerox do documento do receptor (RG e CPF) - Menor de idade deverá apresentar documentação do responsável. 3. Devolução da Requisição de Tecido Musculoesquelético etiquetada no verso.



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.

OBSERVAÇÕES

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

- 1- Responsável pela entrega do enxerto no Centro – Cirúrgico : _____
2. Responsável pelo recebimento do enxerto : _____
3. Data/horário da entrega: ____ / ____ / ____ ____:____
- 4 . Temperatura do container: _____

II- UTILIZAÇÃO DO ENXERTO NO CENTRO CIRÚRGICO :

1. O enxerto solicitado foi utilizado? () Sim () Não
Caso não utilizado, justificar: _____
2. Responsável pela abertura da embalagem e registros: _____
3. Data/horário da abertura da embalagem: ____ / ____ / ____ ____:____
4. Temperatura do container: _____

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

1. Companhia aérea/nome do representante: _____
2. Profissional do Banco de Multitecidos que realizou a entrega: _____
3. Data/horário da entrega: ____ / ____ / ____ ____:____
4. Temperatura do container: _____

IV- ENTREGA DO(S) PRODUTO(S) DIRETO AO PROFISSIONAL (NO BANCO DE TECIDOS)

1. Hospital / Clínica transplantadora: _____
2. Nome do profissional responsável pela retirada: _____
3. Nome do profissional responsável pela entrega: _____
4. Data/horário da entrega: ____ / ____ / ____ ____:____
5. Temperatura do container: _____

OBSERVAÇÕES