

### **INFORMAÇÕES**

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.

Para realização deste cadastro favor acessar o site da Central Estadual de Transplantes do seu respectivo Estado.

Somente Médicos e Hospitais cadastrados podem realizar transplantes.

### **DOCUMENTOS E FORMULÁRIOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE PELE**

**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 PELE**

#### **IDENTIFICAÇÃO E DADOS CLÍNICOS**

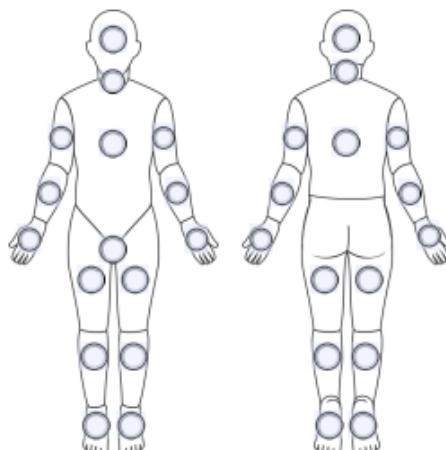
O Médico Transplantador deverá preencher todos os campos do formulário com as informações do paciente, cirurgia e hospital, além de seus próprios dados.

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

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.

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

IDENTIFICAÇÃO		
Nome do Paciente: _____		
Data de Nascimento: ____/____/____	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Endereço: _____		
Cirurgião Transplantador: _____		
Especialidade: _____	Tel.: _____ Celular: _____	
Nº SNT do Cirurgião: _____	Nº SNT da Instituição: _____	
Local do Procedimento: _____	Estado: _____ Tel. Instituição: _____	
Prontuário: _____	Data provável do Procedimento: ____/____/____	
<input type="checkbox"/> A agendar quando estiver disponível	Hora provável do Procedimento: ____:____	
DADOS CLÍNICOS		
Diagnóstico: _____	CID: _____	
Indicação para uso do tecido: _____		
Peso: _____ kg	Altura: _____ m	Área de superfície corporal acometida (estimada): _____ %
Marque no diagrama a área acometida a ser tratada (com o tecido solicitado para um procedimento)		
		<b>QUANTIDADE DE PELE SOLICITADA</b> _____ cm <sup>2</sup>
Data da Solicitação: ____/____/____		Carimbo e Assinatura do Cirurgião Transplantador
<b>DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE ÔNUS PELO TECIDO</b> (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, <b>que receberei, sem qualquer ônus</b> , do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia, os produto(s) a ser(em) liberados nessa requisição, a ser(em) implantado(s) no paciente _____.		
Rio de Janeiro, ____ de ____ de ____		Carimbo e Assinatura do Cirurgião Transplantador
<b>REQUISIÇÃO INTERNA</b> 1. A solicitação de enxerto deverá ser realizada com antecedência mínima de 24h, salvo em casos de urgência. 2. Documentação necessária: Requisição de Tecido Cutâneo e Termo de Consentimento.	<b>REQUISIÇÃO EXTERNA</b> 1. A solicitação de enxerto deverá ser realizada com antecedência mínima de 7 dias úteis. 2. Documentação necessária: Requisição de Tecido Cutâneo; Termo de Consentimento e Xerox do documento do receptor (RG, CPF e Filiação) - Menor de idade deverá apresentar documentação do responsável. 3. Devolução da Requisição de Tecido Cutâneo etiquetada no verso.	

## 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.

## LIBERAÇÃO DO TECIDO PARA TRANSPLANTE

Este campo deverá ser preenchido pela Área de Transplantes de Multitecidos – INTO no momento da disponibilização do tecido solicitado.

A SER PREENCHIDO PELO BANCO DE TECIDOS				
LIBERAÇÃO DAS LÂMINAS DE PELE ALÓGENAS PARA TRANSPLANTE (nº do produto / lote / tamanho / peso)				
1 - Lote _____ Produto _____ Área _____ cm <sup>2</sup>	11 - Lote _____ Produto _____ Área _____ cm <sup>2</sup>			
2 - Lote _____ Produto _____ Área _____ cm <sup>2</sup>	12 - Lote _____ Produto _____ Área _____ cm <sup>2</sup>			
3 - Lote _____ Produto _____ Área _____ cm <sup>2</sup>	13 - Lote _____ Produto _____ Área _____ cm <sup>2</sup>			
4 - Lote _____ Produto _____ Área _____ cm <sup>2</sup>	14 - Lote _____ Produto _____ Área _____ cm <sup>2</sup>			
5 - Lote _____ Produto _____ Área _____ cm <sup>2</sup>	15 - Lote _____ Produto _____ Área _____ cm <sup>2</sup>			
6 - Lote _____ Produto _____ Área _____ cm <sup>2</sup>	16 - Lote _____ Produto _____ Área _____ cm <sup>2</sup>			
7 - Lote _____ Produto _____ Área _____ cm <sup>2</sup>	17 - Lote _____ Produto _____ Área _____ cm <sup>2</sup>			
8 - Lote _____ Produto _____ Área _____ cm <sup>2</sup>	18 - Lote _____ Produto _____ Área _____ cm <sup>2</sup>			
9 - Lote _____ Produto _____ Área _____ cm <sup>2</sup>	19 - Lote _____ Produto _____ Área _____ cm <sup>2</sup>			
10 - Lote _____ Produto _____ Área _____ cm <sup>2</sup>	20 - Lote _____ Produto _____ Área _____ cm <sup>2</sup>			

Data e hora da Liberação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ : \_\_\_\_

Carimbo e Assinatura (Resp. Técnico Banco de Tecidos)

**QUANTIDADE DE PELE LIBERADA** \_\_\_\_\_ cm<sup>2</sup>

## 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.

--	--

### **DEMAIS CAMPOS**

Estes campos se destinam ao preenchimento por parte dos profissionais da Área de Transplantes de Multitecidos – INTO, favor não preencher.

Paciente: _____	Prontuário: _____	Data de Nascimento: ____/____/____
-----------------	-------------------	------------------------------------

#### **I. ENTREGA DO(S) PRODUTO(S) PELA EQUIPE DA DITMT 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**

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](mailto: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