

Diário Oficial

Poder Executivo

Estado de São Paulo

Seção I

Palácio dos Bandeirantes

Av. Morumbi, 4.500 - Morumbi - CEP 05698-900 - Fone: 3745-3344

Nº 136 – DOE de 21/07/07

Saúde

GABINETE DO SECRETÁRIO

Resolução SS - 267, de 19-7-2007

Altera o módulo de fígado, disposto na Resolução SS n.º 94, de 30-06-2005, pertinente ao Sistema Estadual de Transplantes - SET

O Secretário de Estado da Saúde, considerando:

- as disposições da Lei federal n.º 9434, de 04/2/97, regulamentada pelo Decreto federal n.º 2.268, de 30/6/97, das portarias, regulamentos e demais normas pertinentes ao Sistema Nacional de Transplantes - SNT;
- a possibilidade do uso de fígado com PAF (Polineuropatia Amiloidótica Familiar) retirado de receptor transplantado;
- o parecer favorável do Ministério da Saúde e da comissão técnico científica do fígado quanto à utilização de fígado com PAF para a lista de receptores do cadastro técnico único;
- o disposto na Resolução SS-94, de 30/6/2005, que normatiza sobre a estrutura organizacional e operacional do Sistema Estadual de Transplantes - SET;
- o Termo de Ajustamento de Conduta firmado com o Ministério Público do Estado de São Paulo que integra a presente resolução;
- a necessidade de atualizar as normas em vigor, no âmbito do Estado de São Paulo, concernentes ao funcionamento do Sistema Estadual de Transplantes, resolve

Artigo 1º - Ficam aprovadas as modificações introduzidas no Anexo II da Resolução SS n.º 94, de 30/6/2005, na parte referente ao Módulo de Transplante de Fígado, na conformidade dos anexos que integram esta resolução.

Artigo 2º - Esta resolução entra em vigor em 01 de agosto de 2007, ficando revogadas as disposições em contrário.

(Publicado novamente por ter saído com incorreções)

ANEXO DA RESOLUÇÃO SS n.º 267/2007

MÓDULO DE TRANSPLANTE DE FÍGADO

Da Inscrição

Serão atendidas as normas vigentes do critério mínimo de inclusão determinadas pelo Ministério da Saúde.

A equipe de transplante encaminhará à CT a ficha de inscrição (ficha 10) e a ficha complementar de inscrição - "características do doador" (ficha 10A), assinada e com carimbo de um membro da equipe de transplante autorizada pelo MS e anuência do receptor ou responsável.

Esta ficha complementar de inscrição do receptor, será obrigatória para as novas inscrições, bem como para os receptores já inscritos.

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

1- Idade máxima - a equipe informará qual a idade máxima do doador que aceita para o seu receptor. A idade mínima aceitável, a ser informada, será de 50 anos.

2- Peso mínimo e máximo - a equipe informará qual peso mínimo e máximo do doador, que aceita para o seu receptor. A diferença, entre o peso mínimo e o peso máximo, não poderá ser menor do que 20%.

- 3- Usuário de droga injetável - a equipe informará se aceita ou não doador com este antecedente.
- 4- Usuário de droga inalatória (cocaína ou crack) - a equipe informará se aceita ou não doador com este antecedente.
- 5- Sódio sérico - a equipe informará que dosagem máxima de sódio sérico, no doador, aceita para o seu receptor. O valor mínimo aceitável, a ser informado, será de 150 mEq/L.
- 6- 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
- 7- TGO e TGP - a equipe informará que dosagem máxima de TGO e de TGP, no doador, aceita para o seu receptor. O valor mínimo aceitável, a ser informado, será de 60U/L.
- 8- Bilirrubina total - a equipe informará que dosagem máxima de bilirrubina total, no doador, aceita para o seu receptor.
O valor mínimo aceitável, a ser informado, será de 1,5 mg/dL.
- 9- Exame sorológico Positivo para:
- Chagas - a equipe informará se aceita ou não, a aceitação está condicionada a receptores com sorologia positiva. Anexar exame comprobatório;
- Hepatite B (anti-Hbc ou HbsAg) - a equipe informará se aceita ou não, a aceitação está condicionada a receptores com sorologia positiva ou imunizados. Anexar exame comprobatório;
- Hepatite C (anti-HCV) - a equipe informará se aceita ou não, a aceitação está condicionada a receptores com sorologia positiva. Anexar exame comprobatório;
- 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;
- 10- Outras características do doador/órgão:
- Aceita órgão retirado até - a equipe informará o tempo máximo (em horas) que aceita para o seu receptor. O intervalo aceitável, a ser informado, será de 0 a 12 horas.
- Órgão para bipartir (Split Liver) - a equipe informará se aceita ou não órgão bipartido.
- Órgão com alteração morfológica - a equipe informará se aceita ou não órgão com qualquer tipo de alteração morfológica.
- Órgão retirado de receptor com PAF-a equipe informará se aceita ou não órgão oriundo de receptor com PAF (Polineuropatia Amiloidótica Familiar).
- O doador de fígado com PAF terá que ser juridicamente capaz e deverá autorizar expressamente a doação na presença de duas testemunhas.
- Órgão com PAF só poderá ser transplantado em receptores com idade maior de 40 anos.
- As informações contidas na ficha complementar de inscrição do receptor deverá estar acompanhada do termo de consentimento esclarecido.
- Observações:
- 1- a inclusão de novos receptores, somente será aceita com o preenchimento da ficha complementar.
- 2- As equipes só poderão enviar as alterações das informações complementares, no período das 8:00 às 18:00 h, em dias úteis. Não serão realizadas alterações das informações complementares após a seleção dos receptores ter sido efetuada para um determinado doador.

Da Regionalização

Regional I e II

Da seleção dos receptores Potenciais

A seleção dos receptores potenciais para fins de transplante será processada mediante regionalização, exceto para os casos em priorização, e as normas vigentes do critério de gravidade MELD/PELD determinadas pelo Ministério da Saúde.

Caso o órgão seja recusado em uma das regionais, por qualquer motivo, será feita a seleção, com os mesmos critérios, na outra regional.

Da manutenção do Cadastro “Status”

1 - Ativo

2 - Semi-ativo: exames pré-transplante incompletos, perda de seguimento, suspenso pela equipe, sem condições clínicas e MELD/PELD vencido (inclui os receptores que não tem

exame de MELD/PELD), este status não será atribuído aos receptores com situação especial, priorizados e trombose arterial com priorização vencida.

3 - Removido: abandonou o tratamento, função hepática recuperada, não quer ser transplantado, removido pela equipe, removido sem condições clínicas, removido (suspensão > 1 ano), removido (MELD/PELD vencido > 1 ano), transferido para outro Estado, transplantado fora do Estado, transplantado com doador vivo.

O status removido (suspensão > 1 ano) será atribuído quando o receptor acumular 365 dias com status Semi-ativo exceto o MELD/PELD vencido.

O status removido (MELD/PELD vencido > 1 ano) será atribuído quando o receptor permanecer 365 dias consecutivos com status MELD/PELD vencido.

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

Da priorização

Serão atendidas as normas vigentes do critério de gravidade MELD/PELD determinadas pelo Ministério da Saúde.

Demais considerações

A utilização do fígado, para transplante, dos receptores transplantados com o diagnóstico de PAF (Polineuropatia Amiloidótica Familiar) obedecerá às mesmas normas desta resolução.

Nestes casos a equipe de transplante deverá encaminhar termo de consentimento de doação do órgão, para a lista de espera dos receptores inscritos para transplante de doadores falecidos, assinado pelo receptor e a ficha de "Informações sobre o doador - PAF" (10B)

Termo de consentimento livre e esclarecido Doador de fígado-dominó

Eu, _____, RG _____, portador de polineuropatia amiloidótica familiar, de forma livre e esclarecida, AUTORIZO a equipe _____ do hospital _____ a disponibilizar o meu fígado, após ter sido submetido a transplante hepático, para ser utilizado pelo Sistema Estadual de Transplantes para outro paciente que esteja em lista de transplante hepático com doador falecido, respeitando-se a Lei n. 9434/97 e os critérios de alocação do referido órgão.

Estou ciente de que esta atitude poderá beneficiar outro paciente que, como eu, aguarda por um transplante de fígado, sem prejuízo de minha saúde.

São Paulo,/...../.....

Assinatura do doador

testemunhas (nome, RG, logradouro e assinatura)

1) _____

2) _____



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SISTEMA ESTADUAL DE TRANSPLANTES
Home Page: www.saude.sp.gov.br E-mail: ctrans@saude.sp.gov.br
**FICHA COMPLEMENTAR DE INSCRIÇÃO
(CARACTERÍSTICAS DO DOADOR)**

Ficha - 19 A

Fígado

RGCT: _____

Inscrição Alteração Reinscrição Priorização

A. Identificação :

Receptor : _____
Equipe TX: _____ Hospital: _____

B. Aceita doador :

valores de referência

Idade Máxima	_____ anos	≥ 50
Peso Mínimo	_____ Kg	Diferença entre peso mínimo e máximo ≥ 20%
Peso Máximo	_____ Kg	
Usuário de drogas injetáveis	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Usuário de drogas inalatórias (Cocaína/Crack)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Exames Laboratoriais:		
Sódio menor que	_____ mEq/L	≥ 150 mEq/L
Creatinina menor que	_____ mg/dL	≥ 1,6 mg/dL
TGO menor que	_____ U/L	≥ 60 U/L
TGP menor que	_____ U/L	≥ 60 U/L
Billrubina total menor que	_____ mg/dL	≥ 1,6 mg/dL
Exames sorológicos positivos para:		
Chagas	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	se (Sim) anexar exame
Hepatite B (anti-Hbc)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	se (Sim) anexar exame
Hepatite B (I IbsAg)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	se (Sim) anexar exame
Hepatite C (anti-HCV)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	se (Sim) anexar exame
Sífilis	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	--
Toxoplasmose IGM	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	.
Citomegalovírus IGM	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	--
Outras características:		
Aceita órgão retirado até	_____ horas	≤ 12 horas
Aceita órgão bipartido (Split Liver)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Aceita órgão com alteração morfológica	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Aceita órgão retirado de receptor com PAF	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Somente para receptores com idade >40 anos

Nome _____ CRM _____ Assinatura _____ Data _____
médico responsável

Ciência do Paciente/Responsável _____ Data: ____ / ____ / ____



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

SISTEMA ESTADUAL DE TRANSPLANTES

Home Page: <http://www.saude.sp.gov.br>e-mail: ctrans@saude.sp.gov.br

INFORMAÇÕES SOBRE O DOADOR - PAF

RGCT do receptor: _____

Data : _____		Hora : _____	
Nome: _____		Tipo Sanguíneo A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/>	
Idade: _____	Sexo: _____	Peso: _____ Kg	Altura: _____ cm
História e evolução clínica (Incluir doenças auto-imunes, neoplasias, aneurismas, AVCs, IAMs, etc.) _____			
Uso de Drogas : Inalatória <input type="checkbox"/> Injetável <input type="checkbox"/> Especificar: _____			
Tipo de mutação: _____			
Infecção: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Especificar: _____			
Data		Data	
Hemoglobina		TGO	
Hematócrito		TGP	
Leucócitos		Fos. Alcalina	
Plaquetas		Gama GT	
Uréia		Bil. Total	
Creatinina		Bil. Direta	
Na (Sódio)			
K (Potássio)			
Glicemia			

Sorologia	Resultado	Sorologia	Resultado
Chagas	IgM <input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/>	HIV	
Anti-HCV		HTLV III	
HBs - Ag		Toxoplasmose	IgM <input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/>
Anti - HBs		Citomegalovírus	IgM <input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/>
Anti - HBc		VDRL	

Equipe _____ Telefone para contato: _____

Responsável pelas informações: _____

Data: _____

Assinatura: _____