



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 2x1x ____ cm Moído ____ g _____ (und.) Bloco ____ g
 ____ (und.) Fragmento 4x2x ____ cm _____ (und.) Moeda ____ g

TECIDO CÓRTICO-ESPONJOSO - Produto específico.

Fêmur: _____ (und.) Cabeça ____ g _____ (und.) Trocater ____ g _____ (und.) 1/3 distal ____ g
 Tibia: _____ (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 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 2x1x ____ cm _____ (und.) Régua ____ cm _____ (und.) Diáfise ____ cm
 ____ (und.) Fragmento 4x2x ____ cm

TECIDOS NÃO-OSSEO

TECIDO TENDINOSO / FÁSCIA / 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 Menisco medial de joelho ____ (lado) ____ cm* Menisco lateral de joelho ____ (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

TECIDO OSTEOCONDRAI

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 (nº do produto/lote/tamanho/peso) – A SER PREENCHIDO PELO BANCO DE TECIDOS

| 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 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. 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