

Orientações para preenchimento do Anexo III

O preenchimento do Anexo III é uma exigência legal, previsto na Portaria nº 2.600/2009 que aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes (SNT).

Solicitamos que para correto preenchimento do documento a Comissão siga as orientações destacadas abaixo:

1. A Comissão deve enviar o Anexo III até o 5º dia útil do mês subsequente.
2. Cada relatório deve conter somente dados do referido mês, não sendo admitido condensar mais de um mês no mesmo relatório.
3. Preencher cada aba da planilha de acordo com o mês sinalizado.
4. Utilizar unicamente a planilha de excell disponibilizada no site da SC Transplantes = sctransplantes@saude.sc.gov.br = Formulários (Relatórios Portaria 1262 – Anexo I, II, III)
5. O envio do relatório deve ser exclusivamente pelo e-mail = cht@saude.sc.gov.br. Enviar como “anexo”, NUNCA no corpo do e-mail.
6. Seguir as recomendações / exemplos abaixo.

ETAPA DE PREENCHIMENTO DAS INFORMAÇÕES GERAIS

1º Passo – Preencher nº de óbitos em PCR e ME por faixa etária que ocorreram no Hospital no mês.

Colocar nº de mortes de acordo com as idades

| ANEXO III - JANEIRO | | | | | | | |
|--|-----|---------|----|---|------------------|---------------------------------|---|
| Relatório Mensal das Atividades da Comissão Hospitalar de Transplantes - CHT | | | | | | | |
| 1-Total de Óbitos | | | | Nº de óbitos por ME notificados à CHT por Turno | | | |
| Faixa etária | PCR | | ME | | Turno | Nº | % |
| | Nº | % | Nº | % | | | |
| < de 2 anos | 0 | #DIV/0! | 0 | #DIV/0! | Manhã (7h - 13h) | | |
| > 2 a 18 anos | 0 | #DIV/0! | 0 | #DIV/0! | Tarde (13h -19h) | | |
| > 18 a 40 anos | 0 | #DIV/0! | 0 | #DIV/0! | Noite (19h - 7h) | | |
| > 40 a 60 anos | 0 | #DIV/0! | 0 | #DIV/0! | Legenda | PCR - Parada Cardiorespiratória | |
| > 60 a 70 anos | 0 | #DIV/0! | 0 | #DIV/0! | | ME - Morte Encefálica | |
| > 70 anos | 0 | #DIV/0! | 0 | #DIV/0! | | | |
| Total | 0 | #DIV/0! | 0 | #DIV/0! | | | |

* Deve-se incluir os óbitos de toda a instituição, não somente na UTI.

2º Passo – Preencher nº de óbitos em PCR e ME por setor de ocorrência no mês.

| | |
|---------------------------------|--|
| Óbitos UTI | |
| Óbitos Semi-Intensiva | |
| Óbitos Emergência | |
| Óbitos em outros setores | |

ÓBITOS POR PCR (DOAÇÃO DE TECIDO OCULAR EM PCR)

* Essa etapa deve ser preenchida pelas CHTs que tiverem a doação de tecido ocular em PCR instituída no Hospital

1º Passo – Preencher o total de óbitos em PCR e discriminar o total de entrevistas realizadas e não realizadas

2º Passo – Preencher o total consentimentos para doação de tecido ocular.

| 2-Óbitos com Parada Cardiorespiratória (Doação de tecido ocular) | | | |
|--|----|---------|--|
| | Nº | % | |
| Total de óbitos hospitalares | 0 | 100 | Cálculo para % Entrevistas realizadas/ Óbitos hospitalares x 100 Entrevistas não realizadas / Óbitos hospitalares x 100 |
| Entrevistas realizadas | 0 | #DIV/0! | |
| Entrevistas não realizadas | 0 | #DIV/0! | |
| 2.1 Doações de tecido ocular | | | |
| | Nº | % | |
| Consentimento Familiar | 0 | #DIV/0! | Consentimento familiar/Entrevistas realizadas x 100 |

* O número de entrevistas realizadas e não realizadas devem ser a soma do total de óbitos. Ex.:

| 2-Óbitos com Parada Cardiorespiratória (Doação de tecido ocular) | | | |
|--|----|------|--|
| | Nº | % | |
| Total de óbitos hospitalares | 80 | 100 | Cálculo para % Entrevistas realizadas/ Óbitos hospitalares x 100 Entrevistas não realizadas / Óbitos hospitalares x 100 |
| Entrevistas realizadas | 10 | 12,5 | |
| Entrevistas não realizadas | 70 | 87,5 | |
| 2.1 Doações de tecido ocular | | | |
| | Nº | % | |
| Consentimento Familiar | 7 | 70 | Consentimento familiar/Entrevistas realizadas x 100 |

3º Passo – Discriminar os motivos das não doações de córneas.

Atenção:

* As RECUSAS para as “entrevistas realizadas” devem ser discriminadas na parte da tabela “**2.2. Relacionadas à entrevista Familiar**”

* As “entrevistas não realizadas” devem ser discriminadas nos itens “**2.3. Motivos Médicos**” ou “**2.4. Aspectos Logísticos ou Estruturais**”

| 2.2.Relacionadas à entrevista Familiar | Nº | 2.3.Motivos Médicos | Nº |
|---|----------|--|----------|
| Desconhecimento do desejo do potencial doador | 0 | Desconhecimento da causa base do óbito | 0 |
| Potencial doador contrário, em vida, à doação | 0 | Portador de neoplasia hematológica | 0 |
| Familiares indecisos | 0 | Sorologia positiva (HIV/ HTLV/ Hep. B e C) | 0 |
| Familiares desejam o corpo íntegro | 0 | Fora da faixa etária | 0 |
| Familiares descontentes com o atendimento | 0 | Doença de Chagas | 0 |
| Tempo de espera na liberação do corpo | 0 | Sífilis | 0 |
| Convicções religiosas | 0 | Citomegalovírus | 0 |
| Tempo máximo para retirada ultrapassado | 0 | Toxoplasmose | 0 |
| Outros | 0 | Trauma com lesão do tecido a ser doado | 0 |
| Total de recusa (s) | 0 | Sepse não controlada | 0 |
| | | Outras condições impeditivas | 0 |
| | | Total | 0 |
| 2.4.Aspectos Logísticos ou Estruturais | Nº | | |
| Equipe de retirada não disponível | 0 | | |
| Deficiência estrutural da instituição | 0 | | |
| Familiares não localizados | 0 | | |
| Potencial doador sem identificação | 0 | | |
| Outros | 0 | | |
| Total | 0 | | |

ÓBITOS POR MORTE ENCEFÁLICA (DOAÇÃO DE MÚLTIPLOS ÓRGÃOS)

1º Passo – Preencher o total de óbitos em ME e discriminar o total de entrevistas realizadas e não realizadas

2º Passo – Preencher o total consentimentos para doação de múltiplos órgãos e explantes efetivos.

| 3-Óbitos com Morte Encefálica (Doação de múltiplos órgãos) | | | |
|--|----|---------|---|
| | Nº | % | |
| Total de ocorrências | 0 | 100 | Cálculo para % |
| Entrevistas realizadas | 0 | #DIV/0! | Entrevistas realizadas / morte encefálica x 100 |
| Entrevistas não realizadas | 0 | #DIV/0! | Entrevistas não realizadas / morte encefálica x 100 |

| 3.1 Doações efetivas / ME | | | |
|---------------------------|----|---------|---|
| | Nº | % | |
| Consentimento familiar | 0 | #DIV/0! | Consentimento familiar / Entrevistas realizadas x 100 |
| Explante Efetivo | 0 | #DIV/0! | Explante efetivo/ Consentimento familiar X 100 |

* O número de entrevistas realizadas e não realizadas devem ser a soma do total de óbitos em ME. Ex.:

| 3-Óbitos com Morte Encefálica (Doação de múltiplos órgãos) | | | |
|--|----|-----|---|
| | Nº | % | |
| Total de ocorrências | 5 | 100 | Cálculo para % |
| Entrevistas realizadas | 4 | 80 | Entrevistas realizadas / morte encefálica x 100 |
| Entrevistas não realizadas | 1 | 20 | Entrevistas não realizadas / morte encefálica x 100 |

| 3.1 Doações efetivas / ME | | | |
|---------------------------|----|-----|---|
| | Nº | % | |
| Consentimento familiar | 3 | 75 | Consentimento familiar / Entrevistas realizadas x 100 |
| Explante Efetivo | 3 | 100 | Explante efetivo/ Consentimento familiar X 100 |

* Deverá ser discriminado as doações efetivadas, ou seja, doações consentidas e que foi feita a retirada órgãos.

3º Passo – Discriminar os motivos das não doações de múltiplos órgãos.

Atenção:

* As RECUSAS para as “entrevistas realizadas” devem ser discriminadas na parte da tabela “**2.2. Relacionadas à entrevista Familiar**”

* As “entrevistas não realizadas” devem ser discriminadas nos itens “**2.3. Motivos Médicos**” ou “**2.4. Aspectos Logísticos ou Estruturais**”

| 3.2.Relacionadas a Entrevista Familiar | Nº | 3.3.Motivos Médicos | Nº |
|---|----------|------------------------------|----------|
| Desconhecimento do desejo do potencial doador | 0 | Desconhecimento da causa M E | 0 |
| Potencial doador contrário, em vida, à doação | 0 | Portador de neoplasia | 0 |
| Familiares indecisos | 0 | Sorologia positiva | 0 |
| Familiares desejam o corpo íntegro | 0 | Fora da faixa etária | 0 |
| Não entendimento do diagnóstico de morte encefálica | 0 | Instabilidade hemodinâmica | 0 |
| Familiares descontentes com o atendimento | 0 | Parada cardíaca | 0 |
| Tempo de espera na liberação do corpo | 0 | Sepse não controlada | 0 |
| Convicções religiosas | 0 | Outras condições impeditivas | 0 |
| Total de recusa (s) | 0 | Total | 0 |

| 3.4.Aspectos Logísticos ou Estruturais | Nº |
|--|----------|
| Equipe de retirada de órgãos não disponível | 0 |
| Deficiência estrutural da instituição | 0 |
| Incapacidade diagnóstica de morte encefálica por carência de especialistas | 0 |
| Incapacidade diagnóstica de morte encefálica por carência de equipamentos | 0 |
| Familiares não localizados | 0 |
| Potencial doador sem identificação | 0 |
| Outros | 0 |
| Total | 0 |

ATIVIDADES DA COMISSÃO HOSPITALAR DE TRANSPLANTES

1º Passo – Preencher as atividades educacionais promovidas pela Comissão (intra ou extra hospitalar)

| 4-Atividades de Educação e Divulgação | | | | |
|---------------------------------------|------------|-------|-------|------------------------|
| Atividades | Quantidade | Datas | Local | Total de participantes |
| Palestras | | | | |
| Campanhas | | | | |
| Reuniões | | | | |
| Entrevistas à imprensa | | | | |
| Capacitações | | | | |

3º Passo – Preencher os dados do hospital e do responsável pelas informações

| |
|--------------------------|
| Hospital: |
| Data: |
| Responsável pelos dados: |

* Cada aba da planilha corresponde ao mês de preenchimento, informe os dados mensais na mesma planilha.

| 4-Atividades de Educação e Divulgação | | | | |
|---------------------------------------|------------|-------|-------|------------------------|
| Atividades | Quantidade | Datas | Local | Total de participantes |
| Palestras | | | | |
| Campanhas | | | | |
| Reuniões | | | | |
| Entrevistas à imprensa | | | | |
| Capacitações | | | | |

| |
|--------------------------|
| Hospital: |
| Data: |
| Responsável pelos dados: |

Jan | **Feb** | Mar | Abr | Mai | Jun | Jul | Ago | Set | Out | Nov | Dez