

**DELIBERAÇÃO nº 331- 22/12/2017**

A Comissão Intergestores Bipartite do Paraná, reunida em 06/12/2017, na cidade de Curitiba, considerando.

- A função de agente fiscalizador e normatizador do Sistema Estadual de Transplantes – SET-PR;
- A necessidade de assegurar o acesso a todos os pacientes de maneira igualitária, com equidade, reduzindo o tempo de espera dos pacientes que aguardam por Transplante de Medula Óssea Autogênico;
- A necessidade de estabelecer normas para encaminhamento, admissão e fluxo de pacientes com indicação de Transplante de Medula Óssea Autogênico;
- Que o estado possui atualmente 06 serviços credenciados pelo Sistema Único de Saúde com habilitação para Transplante de Medula Óssea Autogênico;
- Que apenas o SET-PR tem autonomia para possíveis encaminhamentos fora da área de referência de cada Centro Transplantador;
- A solicitação de pactuação e apresentação realizada pela equipe do Sistema Estadual de Transplantes.

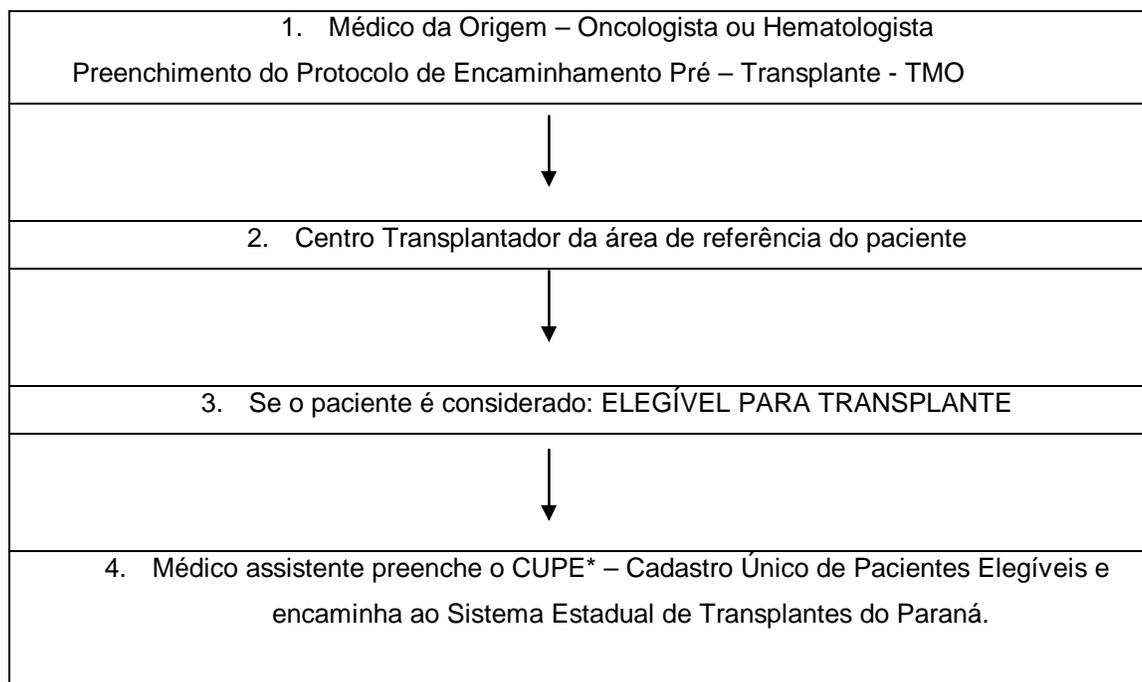
**Aprova**

1. O delineamento da Rede de Transplante de Medula Óssea no Paraná – SESA/Sistema Estadual de Transplantes, com o seguinte fluxo para encaminhamento de pacientes para o Transplante de Medula Óssea Autogênico (Anexo I);
2. Que todos os Centros Transplantadores deverão obrigatoriamente enviar o CUPE (Cadastro Único de Paciente Elegível) para a CET-PR, sendo que a liberação da AIH ficará subordinada ao recebimento do CUPE pela Central (Anexo II);
3. A obrigatoriedade do envio do Relatório Semanal de Ocupação de Leitos para Transplante de Medula Óssea (Anexo III);
4. O Formulário de Encaminhamento para Avaliação Pré-Transplante de Medula Óssea (Anexo IV);
5. O Plano Diretor de Regionalização, delimitando dentro das Regionais de Saúde do Estado, a área de abrangência de cada Centro Transplantador (Anexo V);
6. A obrigatoriedade dos Centros Transplantadores disponibilizarem agenda com vagas de consultas ambulatoriais em Hematologia Avaliação Pré-Transplante.

Sezifredo Paulo Alves Paz  
**Coordenador Estadual**

**Anexo I**

**Fluxo de Atendimento e Encaminhamento do Paciente**



**\* Cadastro Único de Pacientes Elegíveis - CUPE:**

O cadastro único de pacientes elegíveis é um formulário de preenchimento obrigatório no momento em que estiver indicado o transplante, devendo este ser enviado à Central Estadual de Transplantes pelo endereço de email: [sesatran.credenciamento@sesa.pr.gov.br](mailto:sesatran.credenciamento@sesa.pr.gov.br).

O pagamento das AIH's do Transplante de Medula Óssea Autogênico ficam vinculadas ao envio prévio do CUPE.

O CUPE tem como objetivo principal o monitoramento da fila de espera em Transplante de Medula Óssea Autogênico, ficando sob responsabilidade do Centro Transplantador a notificação à CET-PR e à CET-PR a responsabilidade de regular as filas.

A Central Estadual de Transplantes irá monitorar o tempo de fila dos pacientes, sendo que aqueles que estiverem há mais de 60 dias aguardando em fila para o transplante, os Centros Transplantadores serão contatados pela CET –PR, e informados da possibilidade de migração do paciente para outro Centro Transplantador com vagas disponíveis para atendimento.

Caso o paciente opte por se manter no Centro Transplantador no qual já se encontra aguardando, o SET-PR irá notificar o serviço para que a vaga seja concedida no período máximo de 30 dias.

|   |  |  |
|---|--|--|
|  | <b>COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO PARANÁ</b><br>Secretaria de Estado da Saúde – SESA<br>Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Paraná – COSEMS/PR |  |
|---|--|--|

**Anexo II**

**CADASTRO ÚNICO DE PACIENTE ELEGÍVEL – CUPE**

|  |
|--|
| <b>INSTITUIÇÃO NOTIFICANTE</b>                           |
| NOME:  |
| DATA DA 1ª CONSULTA ___/___/___                          |
| MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO:<br>_____ CRM: _____ |
| DIAGNÓSTICO:   |

|                                |
|--------------------------------|
| <b>IDENTIFICAÇÃO</b>           |
| NOME:                          |
| NOME DA MÃE:                   |
| DATA DE NASCIMENTO ___/___/___ |

|  |
|--|
| <b>PROCEDÊNCIA</b>   |
| SERVIÇO DE ORIGEM:   |
| HEMATOLOGISTA/ONCOLOGISTA RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO:<br>_____ CRM: _____ |
| DIAGNÓSTICO:   |

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_.

\_\_\_\_\_  
 CARIMBO E ASSINATURA MÉDICOS RESPONSÁVEL

**Anexo III**

**Relatório Semanal de Ocupação de Leitos em Transplante de Medula Óssea**

Todos os Centros Transplantadores de Medula Óssea deverão obrigatoriamente enviar um relatório semanal de ocupação de leitos utilizados para o TMO à CET-PR.

O relatório semanal de ocupação deverá conter as informações do quantitativo total de leitos da instituição, e ocupação dos leitos por tipo de TMO.

Para cada leito ocupado, os seguintes dados: número do leito, nome do paciente, diagnóstico, modalidade e data do TMO.

O relatório deverá ser encaminhado à CET-PR pelo endereço de email: [sesatran.credenciamento@sesa.pr.gov.br](mailto:sesatran.credenciamento@sesa.pr.gov.br).

**RELATÓRIO SEMANAL DE OCUPAÇÃO DE LEITOS PARA TMO AUTOGÊNICO**

|                                     |                |             |                |                    |
|-------------------------------------|----------------|-------------|----------------|--------------------|
| <b>INSTITUIÇÃO NOTIFICANTE:</b>     |                |             |                |                    |
| TELEFONE: ( ) _____                 |                |             |                |                    |
| ENDEREÇO DE EMAIL:                  |                |             |                |                    |
| Nº DE LEITOS ATIVOS PARA TMO: _____ |                |             |                |                    |
| Nº DE LEITOS OCUPADOS               | TMO AUTOGÊNICO |             | TMO HAL.<br>AP | TMO<br>HAL.<br>NAP |
|                                     |                |             |                |                    |
| PACIENTES EM FILA DE ESPERA:        |                |             |                |                    |
| DATA DA INFORMAÇÃO: ___/___/___     |                |             |                |                    |
| Nº LEITO                            | PACIENTE       | DIAGNÓSTICO | TIPO DE<br>TMO | DATA               |
|                                     |                |             |                |                    |
|                                     |                |             |                |                    |
|                                     |                |             |                |                    |
|                                     |                |             |                |                    |
| RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:        |                |             |                |                    |
| NOME: _____                         |                |             |                |                    |
| ASSINATURA: _____                   |                |             |                |                    |
| CONSELHO DE CLASSE: _____ Nº _____  |                |             |                |                    |



**Anexo IV**

**Formulário de Encaminhamento para Avaliação Pré-Transplante de Medula Óssea**

Os pacientes candidatos à avaliação pré-transplante de medula óssea devem ser encaminhados com as seguintes informações (anexar laudos dos exames diagnósticos e estadiamentos):

**Dados do Paciente:**

Nome: \_\_\_\_\_  
Data Nascimento: \_\_\_\_\_ Cartão SUS ou Convênio: \_\_\_\_\_  
Nome da mãe: \_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_  
Telefones: \_\_\_\_\_  
Profissão: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_  
Serviço/Hospital de Origem: \_\_\_\_\_

**Diagnóstico:** \_\_\_\_\_

Data do diagnóstico: \_\_\_\_\_  
Exames complementares (mielograma, Bx MO, imunohistoquímica, imunofenotipagem, citogenética):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Tratamentos anteriores** (data e esquema QT/imunossupressão):

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

**Karnofsky atual:** \_\_\_\_\_

**Número de transfusões de hemocomponentes:**

CH: \_\_\_\_\_ Plaquetaféreses: \_\_\_\_\_ Pool de plaquetas : \_\_\_\_\_  
Hemocomponentes irradiados: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ambos  
Outros: \_\_\_\_\_

**Complicações Relevantes Durante o Tratamento:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Doenças Associadas** (DM, HAS, IRC, entre outras):

**Exames laboratoriais:**

|             | HMG ao diagnóstico | HMG atual |
|-------------|--------------------|-----------|
| Hb          |                    |           |
| VG          |                    |           |
| Leucócitos  |                    |           |
| Neutrófilos |                    |           |
| Bastões     |                    |           |
| Blastos     |                    |           |
| Plaquetas   |                    |           |

|                        |  |
|------------------------|--|
| Uréia                  |  |
| Creatinina             |  |
| TGO                    |  |
| TGP                    |  |
| Bilirrubina total (BD) |  |
| GGT                    |  |
| FA                     |  |
| HIV                    |  |
| Anti-HBc               |  |
| Anti-HBs               |  |
| HBsAg                  |  |
| Anti-HCV               |  |

Outros exames:

Local, data: \_\_\_\_\_  
Telefones para contato: \_\_\_\_\_

Responsável Médico  
Carimbo e Assinatura

|   |  |  |
|---|--|--|
|  | <b>COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO PARANÁ</b><br>Secretaria de Estado da Saúde – SESA<br>Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Paraná – COSEMS/PR |  |
|---|--|--|

**Anexo V – Plano Diretor de Regionalização em Medula Óssea para o Estado do Paraná**

| RS              | MUNICÍPIO             | ESTABELECIMENTO  | ABRANGÊNCIA  |
|-----------------|-----------------------|--|--|
| 2 <sup>a</sup>  | Curitiba              | Hospital de Clínicas<br>Hospital Infantil Pequeno Príncipe | Todas as Regionais de Saúde  |
|                 |                       | Hospital Erasto Gaertner                                   | 1 <sup>a</sup> , 2 <sup>a</sup> , 3 <sup>a</sup> , 4 <sup>a</sup> , 5 <sup>a</sup> , 6 <sup>a</sup> e 21 <sup>a</sup> RS   |
|                 | Campina Grande do Sul | Sociedade Hospitalar Angelina Caron                        | 1 <sup>a</sup> , 2 <sup>a</sup> , 3 <sup>a</sup> , 4 <sup>a</sup> , 5 <sup>a</sup> , 6 <sup>a</sup> e 21 <sup>a</sup> RS   |
| 10 <sup>a</sup> | Cascavel              | UOPECCAN   | 7 <sup>a</sup> , 8 <sup>a</sup> , 9 <sup>a</sup> , 10 <sup>a</sup> e 20 <sup>a</sup> RS  |
| 17 <sup>a</sup> | Londrina              | Hospital Universitário de Londrina                         | 11 <sup>a</sup> , 12 <sup>a</sup> , 13 <sup>a</sup> , 14 <sup>a</sup> e 15 <sup>a</sup> RS<br>16 <sup>a</sup> , 17 <sup>a</sup> , 18 <sup>a</sup> , 19 <sup>a</sup> e 22 <sup>a</sup> RS |