

MANUAL DE AVALIAÇÃO
DA ATUAÇÃO DA COMISSÃO
INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO
DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA
TRANSPLANTE – **CIHDOTT**

1ª edição
2018

Governadora do Paraná
Maria Aparecida Borghetti

Secretário de Estado da Saúde
Antônio Carlos Figueiredo Nardi

Diretor-Geral
Sezifredo Paulo Alves Paz

Superintendente de Gestão de Sistemas de Saúde
Irvando Carula

Coordenadora do Sistema Estadual de Transplantes
Arlene Terezinha Cagoi Garcia Badoch

Elaborado pela Educação Permanente, Organização
de Procura de Órgãos de Maringá, Londrina e Curitiba.

©2018. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná
É permitida a reprodução total ou parcial desta obra, desde
que citada a fonte.

Secretaria de Estado da Saúde do Paraná.
Sistema Estadual de Transplantes.
Rua Piquiri, 170 - Rebouças
CEP: 80.230-140
Tel. (41) 3330 4300
www.saude.pr.gov.br

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná.
Sistema Estadual de Transplantes.

Manual de Avaliação da Atuação da Comissão Intra-Hospitalar
de Doação de Órgãos e Tecidos Para Transplante - CIHDOTT -
Curitiba: SESA/SGS/CET, 2018. 32 p.

1. Morte Encefálica. 2. Doação de Órgãos e Tecidos.
3. Avaliação em Saúde



PARANÁ

GOVERNO DO ESTADO

Secretaria da Saúde

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ
SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE

MANUAL DE AVALIAÇÃO DA ATUAÇÃO
DA COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR
DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS
PARA TRANSPLANTE – **CIHDOTT**

1ª EDIÇÃO

CURITIBA
2018

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
2. IMPLANTAÇÃO DA CIHDOTT	7
2.1 Composição da CIHDOTT	8
2.2 Classificação da CIHDOTT	9
2.3 Estrutura Física	10
2.4. Atribuições da CIHDOTT	11
3. INDICADORES	14
4. INSTRUMENTOS GERENCIAIS	16
4.1. Planilha de Busca Ativa	17
4.2. Checklist para acompanhamento do Diagnóstico de Morte Encefálica e Processo de Doação	18
4.3. Checklist para Manutenção do Potencial Doador de Órgãos	19
4.4. Checklist de Acolhimento e Entrevista Familiar	20
4.5. Relatório de Óbito e Monitoramento do Processo de Doação	21
4.6. Notificação de Óbitos em Parada Cardiorrespiratória	23
4.7. Registro de Reuniões, Capacitações e Ações Educativas	24
5. METAS DA CIHDOTT	25
CONCLUSÃO	29

1. INTRODUÇÃO

O transplante é um tratamento efetivo para muitas doenças e, eventualmente, se torna a única opção terapêutica. O objetivo do transplante de órgãos e tecidos é melhorar a qualidade e salvar vidas.

Portanto, os transplantes são procedimentos que apresentam grande avanço tecnológico, entretanto, não ocorrem sem que haja um doador de órgãos e/ou tecidos.

Como estratégia para qualificar os processos relativos à doação de órgãos e tecidos para fins de transplante foi criada por meio da Portaria GM/MS nº 1.752/2005, a Comissão Intra-Hospitalar para Doação de Órgãos e Tecidos para transplante (CIHDOTT), estabelecendo a obrigatoriedade de instituir a comissão em hospitais com mais de 80 leitos.

Em 21 de outubro de 2009 o Ministério da Saúde aprovou o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes (SNT), através da Portaria GM/MS 2600/2009, agora Portaria de Consolidação GM/MS 04/2017, que visa fundamentalmente organizar todo o processo de doação e transplante, a procura e as notificações de potenciais doadores de órgãos e tecidos nas instituições hospitalares, além de definir as atribuições da CIHDOTT, das quais muitas em corresponsabilidade com a Organização de Procura de Órgãos (OPO), e, sob acompanhamento constante da Central Estadual de Transplantes (CET).

O recente decreto 9175 de 18 de outubro de 2017, e a nova resolução do Conselho Federal de Medicina 2173 de 15 de dezembro de 2017, requerem mudanças imediatas no processo, e, mais do que nunca é necessário somar forças para aumentar o quantitativo dos doadores que efetivamente resultem em receptores com órgãos e tecidos transplantados, bem como a qualidade das atividades que permeiam este complexo processo.

O Sistema Estadual de Transplantes em consonância

com as legislações vigentes, considerando sua atribuição de gestão com planejamento, implementação, monitoramento e avaliação das ações de doação e transplante no âmbito do estado, tem por objetivo unificar a avaliação da atuação da CIH-DOTT, uma vez que o diagnóstico de morte encefálica (ME) e a possibilidade da doação de órgãos e tecidos constituem de direitos garantidos por lei, não podendo ser negligenciados sob argumentos de diferenças infra-estruturais e conformações institucionais.

A Secretaria de Estado da Saúde desenvolveu o programa de Apoio e Qualificação dos Hospitais Públicos e Filantrópicos do Sistema Único de Saúde (HOSPSUS), sendo este um programa inovador que visa modificar a lógica da relação entre gestor e o prestador de serviços no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O programa HOSPSUS visa estabelecer e avaliar indicadores de qualidade em todas as áreas da assistência hospitalar.

O Plano Operativo Anual (POA) é um termo entre Secretarias de Saúde e as instituições hospitalares. Os objetos de pactuação deste Plano Operativo contêm os compromissos assistenciais com os respectivos quantitativos, as metas gerenciais de qualidade da assistência e de educação permanente.

Considerando as atribuições da CIH-DOTT conferidas pela legislação que a define como responsável pelo acompanhamento do processo, incluindo o paciente bem como seus familiares, visto que este acompanhamento garante melhora da qualidade da assistência e do acolhimento familiar, pontuando ainda a inegável relevância social de um transplante bem-sucedido, justifica-se condicionar a adequada atuação desta comissão à avaliação das instituições contratualizadas a estes programas.

Assim, as instituições hospitalares que aderiram ao HOSPSUS e/ou POA, têm seus índices, referente à CIH-DOTT, monitorados pela Organização de Procura de Órgãos (OPO) conforme localização geográfica, de Curitiba, Cascavel, Lon-

drina e Maringá. de acordo com os critérios considerados para classificar uma comissão efetivamente atuante.

Quando se trata de avaliação da qualidade da assistência atrelada a programas que garantem repasses ou incentivos financeiros, torna-se imperativa a padronização da avaliação. Dispor de CIHDOTT atuante, de acordo com a Portaria GM/MS 04/2017, também faz parte dos critérios para a renovação da habilitação dos centros transplantadores.

Diante do exposto, foi desenvolvido o presente manual com a finalidade de integrar os critérios de avaliação de todas as comissões constituídas no estado do Paraná, visando à ampliação da doação e dos transplantes, conferindo maior transparência, igualdade e qualidade.

2. IMPLANTAÇÃO DA CIHDOTT

As comissões intra-hospitalares surgem da necessidade de descentralização, uma vez que as equipes que a compõem se encontram dentro das instituições notificantes, possibilitando uma identificação precoce dos pacientes em possível ME e o início do protocolo para diagnóstico, sendo assim proporcionam aumento no número de notificações, promovem o acolhimento familiar e potencializam as autorizações familiares para a doação.

Considerando os dispostos nas legislações vigentes referente ao processo de doação e transplante de órgãos e tecidos, as quais determinam dentre outros, a obrigatoriedade da identificação de pacientes em possível morte encefálica, da realização do diagnóstico, da notificação compulsória dos casos a CET, da manutenção hemodinâmica do potencial doador, do direito da família a decidir sobre a possibilidade da doação, e, diante do fato de que este processo é inerente da rotina das unidades críticas, entendemos que as instituições hospitalares no estado do Paraná que possuam permanência de pacientes

graves em ventilação mecânica, devem instituir a CIHDOTT, para assim cumprir adequadamente todas as etapas deste processo e garantir o direito das famílias integralmente.

Em consonância com a legislação, os hospitais devem solicitar autorização de funcionamento da CIHDOTT a OPO de referência que deve informar a CET, a qual repassa a Coordenação Geral do Sistema Nacional de Transplantes (CGSNT). A solicitação deve ser acompanhada da constituição da comissão e certidão negativa de infração ética do órgão de classe do coordenador da comissão.

2.1 Composição da CIHDOTT

Conforme disposto no art. 15 da Portaria de Consolidação GM/MS 04/2017, a CIHDOTT deverá ser instituída por ato formal da direção do estabelecimento de saúde, deverá estar vinculada diretamente à Diretoria Médica da instituição e ser composta por, no mínimo 3 (três) membros integrantes de seu corpo funcional, sendo estes de nível superior, dos quais o coordenador deverá ser médico ou enfermeiro, preferencialmente que atue em unidades críticas.

A nomeação formal instituída pela direção da instituição, de acordo com a classificação da CIHDOTT conforme portaria, deve ser enviada para a OPO e atualizada sempre que houver alteração de membros.

A composição da comissão nos hospitais será definida em conjunto entre a direção responsável e a OPO de abrangência, sendo considerados os resultados e o perfil necessário para o desempenho da função. Preferencialmente compor a comissão por profissionais que possam conduzir o processo adequadamente em sua totalidade.

A direção deverá definir o regime de trabalho quanto à atuação na comissão, os membros devem compor escala para atender às 24 horas do dia, todos os dias do ano, pois o proces-

so deve ser acompanhado do início até sua finalização, sendo necessário o encaminhamento da escala do mês subsequente até o último dia do mês.

2.2 Classificação da CIHDOTT

Conforme disposto na Portaria de Consolidação GM/MS 04/2017, em seu art. 14, a criação da CIHDOTT será obrigatória naqueles hospitais públicos, privados e filantrópicos que se enquadrem nos perfis relacionados abaixo, obedecidos a seguinte classificação:

CIHDOTT I: estabelecimentos de saúde com até 200 (duzentos) óbitos por ano e leitos para assistência ventilatória (terapia intensiva ou emergência), e profissionais da área da medicina interna ou pediatria ou intensivismo, ou neurologia ou neurocirurgia ou neuropediatria, integrantes de seu corpo clínico

CIHDOTT II: estabelecimentos de saúde de referência para trauma e/ou neurologia e/ou neurocirurgia com menos de 1000 (mil) óbitos por ano ou estabelecimento de saúde não oncológico, com 200 (duzentos) a 1000 (mil) óbitos por ano

CIHDOTT III: estabelecimento de saúde não oncológico com mais de 1000 (mil) óbitos por ano ou estabelecimento de saúde com pelo menos um programa de transplante de órgão

Nos hospitais com CIHDOTT classificada como II ou III, o coordenador deverá possuir carga horária mínima de vinte horas semanais dedicadas exclusivamente a comissão. O coordenador da CIHDOTT tipo III deverá ser obrigatoriamente um profissional médico.

A CET e OPO de referencia, após acompanhamento e análise do potencial de morte encefálica de cada instituição, poderão requerer a direção responsável, profissional enfermeiro exclusivo para a função.

A CIHDOTT dos hospitais que não se enquadram nos perfis descritos, será classificada pela OPO de referência.

2.3 Estrutura Física

De acordo com a Portaria de Consolidação GM/MS 04/2017 a direção do estabelecimento deverá prover área física definida e equipamentos adequados para o gerenciamento e armazenamento de informações e documentos, intercomunicação entre os diversos participantes do processo, e local adequado para profissionais e familiares dos potenciais doadores, para o pleno funcionamento da CIHDOTT.

A CIHDOTT deve contar no mínimo com:

» Sala para a comissão, contendo minimamente computador com acesso à internet, copiadora e scanner, celular com acesso à internet e aplicativo WhatsApp e armário com chave, necessários para o preenchimento e envio dos instrumentos gerenciais e notificações dos protocolos, intercomunicação durante o processo, gestão e arquivamento físico dos protocolos de ME;

» Ambiente destinado para o acolhimento das famílias, preferencialmente próximo as unidades críticas, podendo ser acoplado ou separado da sala da CIHDOTT, desde que haja espaço físico adequado reservado e provido de estrutura para todos se assentarem durante o acolhimento, comunica-

cação de má notícia e entrevista para possibilitar a doação de órgãos e tecidos para transplante.

2.4. Atribuições da CIHDOTT

A CIHDOTT tem como suas principais atribuições à organização do protocolo assistencial para o diagnóstico de ME, e, estabelecer as rotinas para o acolhimento dos familiares de pacientes falecidos tanto doadores como não doadores, sendo os facilitadores do processo desde a identificação da possível morte encefálica até a conclusão com a entrega do corpo para a família.

A CIHDOTT deverá publicar Regimento interno próprio e promover reuniões periódicas registradas em ata.

São atribuições da CIHDOTT:

- I. Organizar, no âmbito do estabelecimento de saúde, o protocolo assistencial de doação de órgãos;
- II. Criar rotinas para oferecer aos familiares de pacientes falecidos no estabelecimento de saúde, e que não sejam potenciais doadores de órgãos, a possibilidade da doação de córneas e outros tecidos;
- III. Articular-se com as equipes médicas do estabelecimento de saúde, especialmente as das Unidades de Tratamento Intensivo e Urgência e Emergência, no sentido de identificar os potenciais doadores e estimular seu adequado suporte para fins de doação;
- IV. Articular-se com as equipes encarregadas da verificação de morte encefálica, visando assegurar que o processo seja ágil e eficiente, dentro de estritos parâmetros éticos;

V. Viabilizar a realização do diagnóstico de morte encefálica, conforme Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) sobre o tema;

VI. Notificar e promover o registro de todos os casos com diagnóstico estabelecido de morte encefálica, mesmo daqueles que não se tratem de possíveis doadores de órgãos e tecidos, ou em que a doação não seja efetivada, com registro dos motivos da não-doação;

VII. Manter o registro dos óbitos ocorridos em sua instituição;

VIII. Promover e organizar o acolhimento às famílias doadoras antes, durante e depois de todo o processo de doação no âmbito da instituição;

IX. Articular-se com o respectivo Instituto Médico Legal (IML) e Serviço de Verificação de Óbito (SVO) para, nos casos em que se aplique agilizar o processo de necropsia dos doadores, facilitando, sempre que possível, a realização do procedimento no próprio estabelecimento de saúde, tão logo seja procedida à retirada dos órgãos;

X. Articular-se com a respectiva Organização de Procura de Órgãos (OPO) e/ou bancos de tecidos de sua região, para organizar o processo de doação e captação de órgãos e tecidos;

XI. Arquivar, guardar adequadamente e enviar à CET cópias dos documentos relativos ao doador, como identificação, protocolo de verificação de morte encefálica, termo de consentimento familiar livre e esclarecido, exames laboratoriais e outros eventualmente necessários à validação do doador, de acordo com a Lei nº 9.434, de 1997;

XII. Orientar e capacitar o setor responsável, no estabelecimen-

to de saúde, pelo prontuário legal do doador quanto ao arquivamento dos documentos originais relativos à doação, como identificação, protocolo de verificação de morte encefálica, termo de consentimento familiar livre e esclarecido, exames laboratoriais e outros eventualmente necessários à validação do doador, de acordo com a Lei nº 9.434, de 1997;

XIII. Responsabilizar-se pela educação permanente dos funcionários da instituição sobre acolhimento familiar e demais aspectos do processo de doação e transplantes de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo;

XIV. Manter os registros de suas intervenções e atividades diárias atualizados conforme os formulários preconizados;

XV. Apresentar mensalmente os relatórios à OPO/CET, conforme os instrumentos gerenciais preconizados;

XVI. Nos casos em que se aplique, articular-se com as demais instâncias intra e interinstitucionais no sentido de garantir aos candidatos a receptores de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo o acesso às equipes especializadas de transplante, bem como auditar internamente a atualização junto à CET das informações pertinentes a sua situação clínica e aos demais critérios necessários à seleção para alocação dos enxertos;

XVII. Acompanhar a produção e os resultados dos programas de transplantes de sua instituição, nos casos em que se apliquem inclusive os registros de seguimento de doadores vivos;

XVIII. Implementar programas de qualidade e boas práticas relativas a todas as atividades que envolvam doação e transplantes de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo; e

XIX. Registrar as informações para cada processo de doação,

conforme regulamento.

A CIHDOTT deve ainda realizar a operacionalização dos exames laboratoriais de triagem do potencial doador, coleta de material para hemocultura, urocultura, tipagem sanguínea, sorologia, antígeno leucocitário humano (HLA), e outros.

A comissão também é responsável por providenciar logística intra-hospitalar para o rápido desenvolvimento da remoção de órgãos, garantindo adequada coordenação de sala por membro da CIHDOTT ou por profissional indicado por esta, desde que devidamente capacitado.

O processo de doação deve ser acompanhado em sua totalidade pelos profissionais, sendo concluído com a entrega do corpo para os familiares.

Cabe também aos membros acompanhar o potencial de doação da instituição hospitalar, os indicadores de eficiência da CIHDOTT e de resultados do processo, promover a divulgação à direção e aos demais setores que colaboraram para a doação.

3. INDICADORES

Os indicadores de processo e resultado serão monitorados e utilizados como parte da avaliação do desempenho da comissão, auxiliando assim na orientação e definição de estratégias para as adequações necessárias.

Os indicadores do potencial de doação de órgãos e tecidos e de eficiência, utilizados para avaliar o desempenho das atividades, são baseados no Anexo V da Portaria de Consolidação GM/MS 04/2017, são eles:

Número de óbitos da instituição, geral e de unidades com ventiladores mecânicos;

Potencial de Morte Encefálica da instituição;

Número de Mortes Encefálicas não notificadas - *escape ME;

Número de notificações de Morte Encefálica;

Taxa de contraindicações para doação em Morte Encefálica;

Número de doadores elegíveis em Morte Encefálica;

Taxa de recusa familiar para doação de órgãos;

Taxa de consentimento familiar para doação de órgãos em relação ao número de entrevistas;

Tempo médio do protocolo de morte encefálica e do processo de doação;

Taxa de paradas cardiorrespiratórias (PCR) irreversíveis em potenciais doadores em morte encefálica e em que fase do processo;

Número de doações efetivas em Morte Encefálica;

Número de entrevistas realizadas para doação de tecidos;

Taxa de consentimento familiar para doação de tecidos;

Taxa de recusa familiar para doação de tecidos;

Número de óbitos sem contraindicação para doação de tecidos, que não foram realizadas entrevistas - *escape PCR.

*ESCAPE ME: Pacientes com sinais clínicos de morte encefálica e ou com algum exame que indicava a ME, mas não houve a abertura do protocolo para diagnóstico.

*ESCAPE PCR: Pacientes que evoluíram com parada cardiorrespiratória irreversível, dentro da faixa etária preconizada para doação de tecidos, sem contraindicações médicas explicitadas em portaria, e, que não foram notificados e possibilitados a doação.

Mensalmente um técnico da OPO de referência acompanhado de um membro da CIHDOTT, analisa os prontuários, com a finalidade de identificar o potencial de morte encefálica de cada instituição, além de observar e registrar se houve escape de ME ou PCR.

A mensuração e o monitoramento dos indicadores serão realizados a partir dos instrumentos gerenciais, os quais são de preenchimento contínuo e obrigatório, sendo constantemente acompanhados pela OPO de referência de cada CIHDOTT.

4. INSTRUMENTOS GERENCIAIS

Atualmente o Estado do Paraná tem como uma de suas diretrizes profissionalizar e tornar as Comissões Intra-hospitalares efetivamente atuantes, a fim de proporcionar o aprimoramento no atendimento aos pacientes graves, melhorar o acolhimento aos familiares, aumentar identificação da ME e a conversão em doações, para assim beneficiar os cidadãos paranaenses que hoje aguardam na fila de espera por um órgão ou tecido.

Para tanto, foram desenvolvidos instrumentos gerenciais com a finalidade de registrar e acompanhar os indicadores para posterior avaliação. São eles:

- » Planilha de Busca Ativa;
- » Check List para acompanhamento do Diagnóstico

de Morte Encefálica e Processo de Doação;

» Check List para Manutenção do Potencial Doador de Órgãos;

» Check List de Acolhimento e Entrevista Familiar;

» Relatório de Óbito e Monitoramento do Processo de Doação;

» Notificação de Óbitos em Parada Cardiorrespiratória;

» Registro de reuniões, capacitações e ações educativas.

Os instrumentos devem ser preenchidos integralmente, para o monitoramento e avaliação da comissão realizados pela OPO, além de possibilitar que a comissão tenha registro de seus indicadores de desempenho, resultados e atividades, os quais devem ser apresentados para a direção da instituição e utilizados como base para implementação de estratégias para aumentar a efetividade e eficácia de todo processo.

4.1. Planilha de Busca Ativa

A busca ativa corresponde à visita às unidades críticas realizada por enfermeiro ou médico, sendo estes membros da CIHDOTT ou profissional que atue nessas unidades, para a identificação de pacientes que apresentem sinais clínicos de morte encefálica. A busca deve ser realizada nos 3 (três) períodos do dia, todos os dias da semana, incluindo feriados, com avaliação neurológica efetiva, sendo que os pacientes com pontuação 3 na Escala de Coma de Glasgow, e os pacientes profundamente sedados (Rass -5 ou Ramsay 6), deverão ser acompanhados, devendo ficar registrado os resultados na Planilha de Busca Ativa, os horários em que foi realizada e o profissional responsável.

 CHECKLIST PARA ACOMPANHAMENTO DO DIAGNÓSTICO DE MORTE ENCEFÁLICA E PROCESSO DE DOAÇÃO 	
PRÉ-REQUISITOS PARA ABERTURA DO PROTOCOLO <ul style="list-style-type: none"> Presença de lesão encefálica de causa conhecida, irreversível, capaz de causar a morte encefálica? Ausência de causas tratáveis que possam confundir o diagnóstico de morte encefálica? Tratamento observação hospitalar > 6 horas ou > 24 horas em enfermaria/leito pós-operatório? Temperatura corporal > 36°C • Sat O₂ >94% • PA<sub>S</sub> <100mmHg ou PA média < 65 mmHg ou pela faixa etária < 43 anos? Ausência de drogas depressoras do sistema nervoso central ou de bloqueadores neuromusculares? 	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
APÓS REALIZAÇÃO DA PRIMEIRA ETAPA DOS CLÍNICOS POSITIVOS PARA ME <ul style="list-style-type: none"> Verificar o preenchimento do TDME da etapa realizada 01º exame clínico Preencher com todos os dados possíveis o formulário de Notificação de Potencial Doador de Morte Encefálica 1ª e 2ª página enviar à OPO/CET Previdenciar a coleta dos exames laboratoriais preconizados para a avaliação do potencial doador (Tgagem sanguínea, hemograma completo, ureia, creatinina, sélio, potássio, glicose, CPK, CRMB, amilase, TGO, TGP, fosfatase alcalina, gama GT, Bimóstrato total e direta, lipase, lactato, PCR (proteína C reativa), glicose arterial, glicose de 1 hora (ou amostra de hemocultura, "urocultura" e cultura de aspirado traqueal) ? enviar os laudos a OPO/CET Preencher a grade de exames com os resultados laboratoriais atualizados e enviar à OPO/CET Iniciar o check list para manutenção do potencial doador de órgãos Preencher o formulário do cálculo de hemodiluição para triagem sorológica e enviar à OPO/CET e realizar a coleta das amostras sanguíneas para triagem sorológica e HLA (exame de compatibilidade) e solicitar o encaminhamento das mesmas aos laboratórios Enviar a prescrição médica das últimas 24 horas que antecedem a abertura do protocolo de ME Realizar o exame físico minucioso no potencial doador e medir a circunferência torácica e altura dos membros (para potenciais doadores de pulmão), preencher no formulário específico e enviar à OPO/CET Solicitar ECG (ortogotul) e ecocardiograma/cateterismo (quando possível) para os potenciais doadores de coração e enviar à OPO/CET Solicitar USDD abdominal (quando possível) principalmente para os pacientes com IMC > 30, estômago crônico e trauma abdominal e enviar à OPO/CET Solicitar raios X de tórax e enviar as imagens no laudo à OPO/CET Enviar o laudo do exame que compreva a lesão neurológica (tomografia, RMN, etc) Agendar o exame complementar adequado e dispor (telefonia, radiografia, cintilografia, doppler transcraniano, EEG) Acostar a família e iniciar o check list do acompanhamento e entrevista familiar 	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
APÓS TESTE DE APNEIA POSITIVO PARA ME <ul style="list-style-type: none"> Conferir resultado dos gasesmetria pré e pós teste (PO2 > 50mmHg) Verificar o preenchimento dos dados do teste de apneia no TDME Enviar os laudos das gasesmetrias pré e pós teste à OPO/CET 	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
APÓS SEGUNDA ETAPA DOS EXAMES CLÍNICOS POSITIVOS PARA ME <ul style="list-style-type: none"> Atender para o intervalo mínimo entre os exames clínicos de acordo com a faixa etária do potencial doador Verificar o preenchimento do TDME da etapa realizada 02º exame clínico 	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>

APÓS O EXAME COMPLEMENTAR POSITIVO PARA ME <ul style="list-style-type: none"> Verificar o preenchimento do TDME da etapa realizada (se complementar, antes apor o resultado do exame positivo para ME) Enviar o laudo descritivo do exame complementar à OPO/CET Caso tenha sido realizada a repetição do exame complementar, os laudos deverão ser enviados à OPO/CET 	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
APÓS A CONCLUSÃO DO DIAGNÓSTICO DE ME <ul style="list-style-type: none"> Comunicar a família sobre o diagnóstico positivo de morte encefálica estábil Verificar com a OPO/CET as informações logísticas para realizar a entrevista familiar Realizar a entrevista familiar para indicação de órgãos/tecidos Preencher a grade de exames com os resultados laboratoriais atualizados e enviar à OPO/CET Enviar a OPO/CET o TDME com todos os campos preenchidos, sem rasuras e legíveis. Junto ao TDME, certificar de envio dos laudos das gasesmetrias do teste de apneia e o laudo de exame complementar positivo para ME 	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
APÓS ENTREVISTA FAMILIAR <ul style="list-style-type: none"> DOAÇÃO AUTORIZADA <ul style="list-style-type: none"> Preencher o Termo de Autorização Familiar para remoção de Órgãos/tecidos latente para todos os dados do responsável pela autorização e dos do testemantida Preencher o formulário da história médica e social do doador. Para menores de 5 anos de idade enviar cópia de carteira de vacinação Previdenciar cópia legível dos documentos de identificação do doador, responsável pela autorização e das do testemantida Comunicar de imediato a solicitação à OPO/CET e enviar os documentos dos itens 1, 2 e 3 Se o doador de pulmão providenciar a coleta da geometria para avaliação, ajustando o ventilador mecânico com os parâmetros: PEEP=5cm H2O, Volume corrente 6 a 8 ml/kg (peso ideal), FR 14, PPO 40% e enviar o laudo à OPO/CET Previdenciar cópia da documentação referente ao processo de doação para as equipes transplantadora/banco de tecidos TDME, Termo de Autorização Familiar e cópias dos documentos de identificação, laudo da sorologia, laudo do triagem sanguínea Posteriormente verificar com a OPO/CET o horário previsto para captação para pré agendar o centro cirúrgico NECESSA FAMILIAR <ul style="list-style-type: none"> Elaborar o relatório de entrevista familiar para justificar a negativa formulário específico da notificação e enviar à OPO/CET 	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
APÓS A CIRURGIA DE REMOÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS <ul style="list-style-type: none"> Conferir e auxiliar no preenchimento correto do relatório de retirada de órgãos e tecidos e enviar para OPO/CET Conferir e auxiliar no amarranhamento dos órgãos e tecidos Realizar a adequada incineração do corpo para posterior entrega à família ou encaminhamento ao IML Previdenciar a documentação de todo o processo de notificação, diagnóstico de ME, autorização familiar e remoção dos órgãos e tecidos, obrigatoriamente deverão ser enviados à OPO/CET e arquivados junto ao prontuário hospitalar do paciente obedecendo aos preceitos legais. 	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>

Este instrumento deve ser anexado no prontuário com a documentação do protocolo, e será conferido a cada processo pelo técnico da OPO.

4.3. Checklist para Manutenção do Potencial Doador de Órgãos

Este instrumento de execução obrigatória, objetiva instituir as medidas de manutenção hemodinâmica, endócrino/metabólicas, ventilatória e de prevenção e controle de infecção, com a finalidade de que a viabilidade e a perfusão dos órgãos vitais sejam preservadas. Tais cuidados devem ser realizados para evitar a perda de doadores por PCR irreversível e favorecer a preservação dos órgãos destinados ao transplante.



CHECKLIST PARA MANUTENÇÃO DO POTENCIAL DOADOR DE ÓRGÃOS



NO MOMENTO DA SUSPEITA DE MORTE ENCEFÁLICA			
PARÂMETRO ANALISADO	UNIDADE	SIM	NÃO
1. Suspensão da ventilação, analgésicos opioides e benzodiazepínicos reanestésicos	Ausência de ventilação		
2. Preservação do hipotermia: - aquecimento do ambiente - uso de mantas térmicas - ventilação de aquecimento espiral	T > 36 °C		
3. Controle da glicemia - insulina regular em bolus com bomba infusora se duas medidas consecutivas > 180 mg/dL	Glicemia < 180 mg/dL		
4. Controle da diurese - se oligúria, avaliar bolus de cristalóides para reestabelecer a volume - se poliúria, avaliar indicação de vasopressina ou desmopressina	Diurese < 4 mL/kg/h		
5. Correção de distúrbios hídrico-eletrólitos: - para correção de hiponatremia: infusão de 500 mL de Solução salina 0,45% para taxa de correção máxima de 8 mEq/L/dia	Na+ < 130 mEq/L pH < 7,30 pO2 < 50 mmHg		
6. Risco ou manifestação de distúrbios de coagulação: avaliar coagulograma grave	AP < 30 ou INR > 1,5		
7. Prevenção de complicações			

NO MOMENTO DA ABERTURA DO PROTOCOLO DE MORTE ENCEFÁLICA			
PARÂMETRO ANALISADO	UNIDADE	SIM	NÃO
8. Manutenção das medidas e 7 laboriais acima			
9. Cópia do livro cirúrgico completo (grupos de formação de notificação - diagnósticos - exames e - resultados) e perfis de hemocultura - ultrassom			
10. Correção hemodinâmica - caso não seja necessário - reduzir infusão de cristalóides se > 30 mL/kg - captação arterial saturação oxigênio e pressão arterial invasiva - iniciar drogas vasopressoras - quando necessário usar de vasopressor, administrar vasopressina 0,1 a 0,2 U/h	Pressão de 60 mmHg Pressão de 60 mmHg		
11. Manter ventilação mecânica protetora	PiCC < 16 mL/kg PEEP < 5 cmH2O		
12. Índice de lactatemia	< 20 mg/dL		
13. Índice de multiplumbeia - diretrizes para prevenção de lesões de guerra	< 0,1 mg/kg/dia		

ANTES DA ÚLTIMA ETAPA DO PROTOCOLO DE MORTE ENCEFÁLICA			
PARÂMETRO ANALISADO	UNIDADE	SIM	NÃO
Avaliar o alcance das metas:	RAM < 60 mmHg		
	Ventilação PEEP protetora		
	Diurese < 2 a 4 mL/kg/h		
	Glicemia < 180 mg/dL		
	Dados laborais		
	Na+ < 130 mEq/L		
	Prevenção de multiplumbeia		
	Prevenção de trombose Cuidados: ambiente e proteção		

Este instrumento deve ser anexado no prontuário com a documentação do protocolo, para a conferência da OPO.

4.4. Checklist de Acolhimento e Entrevista Familiar

O acolhimento familiar deve ser iniciado precocemente para famílias de pacientes graves com possibilidade de evolução para ME, haja vista a complexidade e dificuldade da compreensão do diagnóstico. O acolhimento, a comunicação da morte e a entrevista familiar para a doação, devem seguir as orientações apresentadas no check list, com a finalidade de garantir um atendimento humanizado, permeado pela comunicação adequada durante todo o processo com o repasse total das informações e esclarecimentos para as famílias, até o momento da liberação do corpo, mesmo se tratando de não doadores.

 CHECKLIST DE ACOLHIMENTO E ENTREVISTA FAMILIAR PARA DOAÇÃO 	
Planejar todo o Processo com a CPO e a Equipe da Unidade	
Organizar a vinda dos familiares de 1º e 2º grau e ou responsável legal para informar o estado clínico, providenciar local adequado; organizar a equipe; buscar a família na recepção	
Apresentar a equipe; a família se apresenta; identificar estrutura familiar: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> divorciado <input type="checkbox"/> viúvo <input type="checkbox"/> família extensa <input type="checkbox"/> solteiro <input type="checkbox"/> cônjuge <input type="checkbox"/> mãe <input type="checkbox"/> pai <input type="checkbox"/> filhos nº ____ <input type="checkbox"/> irmãos nº ____ <input type="checkbox"/> netos nº ____ <input type="checkbox"/> outros ____	
Solicitar que portem documento de identificação; acompanhar o médico; comunicar a abertura do protocolo de morte encefálica; não mencionar nada sobre doação; elucidar todas as etapas do diagnóstico e oferecer a possibilidade da presença de um médico indicado pela família	
Identificar conflitos familiares; realizar escuta ativa com empatia; reagendar novo encontro	
Médico comunica resultado de cada etapa de exames; evitar termos técnicos; clarificar informações; incentivar que a família faça perguntas; permitir que expressem seus sentimentos	
Confirmar para a CPO a conclusão do diagnóstico com o envio do TOME completo; ajustar com o médico que não fale em doação; organizar um ambiente reservado, ventilado, com espaço para acomodar todos os familiares e equipe sentados; ter disponível água e lenços de papel	
Comunicar a morte; verificar o entendimento; respeitar o silêncio; identificar as fases do luto; estabelecer relação de ajuda nas necessidades apresentadas; proporcionar tempo para aceitação	
Oportunizar a visita no laço; esclarecer sobre declaração de óbito; tratar sobre os trâmites funerários; esclarecer sobre o Instituto Médico Legal (IML) se morte violenta	
Possibilitar a doação de órgãos e tecidos somente após ter certeza que assimilaram a morte; fornecer todas as informações e permitir a livre decisão familiar após todos os esclarecimentos	
Fomentar a reflexão; explicar os procedimentos; todos as etapas e tempos do processo	
Elucidar as dúvidas; incentivar a família a verbalizar; se houver negação perguntar o motivo para argumentar com informações pertinentes; proporcionar tempo e privacidade se desejarem	
Doação: preencher autorização familiar; colar assinaturas do responsável e testemunhas; fotocopiar documento com foto do doador e autorizar; realizar questionário história médica	
Recusa: Preencher relatório da entrevista e liberar o corpo para família (funerária/IML)	
Nome do paciente: _____	
Nome do profissional responsável: _____	
Assinatura do profissional responsável: _____	

O check list deve ser arquivado com o restante da documentação do processo e será conferido pela OPO de referência.

4.5. Relatório de Óbito e Monitoramento do Processo de Doação

O relatório de óbito e monitoramento do processo é obrigatório e deve ser preenchido na sua totalidade, este instrumento é a base para gerar grande parte dos dados e indicadores de resultados do processo e desempenho, permitindo que a CIHDOTT acompanhe seus números e intervenha imediatamente quando houver inadequações.

RELATÓRIO DE ÓBITO - CHDOTT																
Nº	PRONTUÁRIO	DATA 1º EXAME INTERNAÇÃO	DATA ÓBITO DIA MÊS ANO	NOME DO PACIENTE	GÊNERO	IDADE	DIAS MÊS ANOS	SETOR	CAUSA ÓBITO 1	CAUSA ÓBITO 2	CAUSA ÓBITO 3	CAUSA ÓBITO 4	TIPO DE ÓBITO	COD CONTRA INDICAÇÃO CLÍNICA	PROBLEMA LOGÍSTICO/ ESTRUTURAL	STATUS

MONITORAMENTO DO PROTOCOLO												
DATA E HORA 1º EXAME CLÍNICO	DATA E HORA DO EXAME CONFIRMATORIO	TEMPO DE FECHAMENTO DE PROTOCOLO	ME CONFIRMADA IS/NI	ENTREVISTA FAMILIAR IS/NI	DATA E HORA DA ENTREVISTA	FAMILIAR QUE FOI ENTREVISTADO	NOME ENTREVISTADOR	FAMILIA ACEITOU DOAÇÃO IS/NI	COD CAUSA RECLUSA FAMILIAR	EFEITVOU DOAÇÃO IS/NI	HORA INICIO CAPATAÇÃO	INICIAÇÃO CIRURGICA MO.

CAPTAÇÃO									
GLÓBULO OCULAR	CÓRNEAS	VALVAS	RINS	CORAÇÃO	FIGADO	PÂNCREAS	OSSOS	PULMÃO	PELE

FINALIZAÇÃO			
HORA CORPO FAMILIAR	OBSERVAÇÕES	DOADOR DE MÚLTIPLOS DOAÇÕES	DOADOR DE TECIDOS ISOLADOS

PLANILHA DE MONITORAMENTO DOS INDICADORES EM MORTE ENCEFALICA - ANO DE 2018																										
HOSP1																										
INDICADOR	META %	MÊS 01		MÊS 02		MÊS 03		MÊS 04		MÊS 05		MÊS 06		MÊS 07		MÊS 08		MÊS 09		MÊS 10		MÊS 11		MÊS 12		
		nº	%																							
TOTAL GERAL ÓBITOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
ÓBITOS EM M.E.	Nº de óbitos ocorridos em UTIs	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Nº de notificações esperada de M.E. sobre o total de óbitos ocorridos em UTIs.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	% notificações de M.E.	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	% de óbitos Contra indicados para doação M.E.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	% de pctes em protocolo de M.E que evoluíram p/ PCR durante o processo.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	% de óbitos viáveis para doação M.E.	30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	% entrevista familiar dos óbitos viáveis por M.E.	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Taxa de conversão de M.E viáveis que resultaram em doações de M.O.	30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Taxa de conversão de M.E viáveis que resultaram em doações de tecidos (isolados)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Doadores Efetivos (Houve inóculo)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
% de pctes em protocolo de M.E que evoluíram p/ PCR durante o processo que resultaram em doações de tecidos (isolados)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		

PLANILHA DE MONITORAMENTO DOS INDICADORES EM PARADA CARDIORRESPIRATORIA - ANO DE 2018																															
HOSP1																															
INDICADOR	META %		MÉS 01		MÉS 02		MÉS 03		MÉS 04		MÉS 05		MÉS 06		MÉS 07		MÉS 08		MÉS 09		MÉS 10		MÉS 11		MÉS 12		TOTAL ANUAL				
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%			
TOTAL GERAL ÓBITOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
CONTIÚOS EM PCR	Percentual de óbitos em PCR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	% óbitos viáveis para doação em PCR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	% óbitos viáveis p/ doação em PCR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	% familiar não entrevistados nos óbitos viáveis por PCR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	% de entrevista familiar dos óbitos por PCR	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Taxa de conversão dos viáveis entrevistados em PCR	30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Taxa de Recusa Familiar	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	% de Doações sem Captações	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	% de Viáveis Não Entrevistados por Problemas Logísticos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

A OPO avalia mensalmente este instrumento, e, inclusive seleciona a partir do mesmo os prontuários necessários para análise.

4.6. Notificação de Óbitos em Parada Cardiorrespiratória

Os óbitos por parada cardiorrespiratória ocorridos na instituição devem ser avaliados em tempo real quanto a possibilidade de doação de tecidos, portanto este instrumento deve ser preenchido a cada morte, para garantir se houve ou não validação e entrevista para doação.



NOTIFICAÇÃO DE ÓBITO



HOSPITAL: _____ **Data:** ____/____/____ **HRV:** _____
Responsável pela Notificação: _____

Nome: _____ **Sexo:** _____
Data de Nascimento: ____/____/____ **Idade:** _____
Data do Óbito: ____/____/____ **Horário do Óbito:** _____
Diagnóstico: _____ **Nome do profissional:** _____
Contato com BOC para Validação: () SIM () NÃO

Condições para óbito? () SIM () NÃO - Se SIM, marcar o quadro abaixo	
Morte de causa desconhecida	Pessoas submetidas a transplantes de órgãos
Taxa de letalidade acima de 20% em internações	Lesões parciais ou totais de vasos de grande calibre (patentes)
Síndrome coronária ou síndrome isquêmica	Amputação
Lesão de tipo II, III ou IV	Transplante renal
Infecção sistêmica não controlada	Lesões de pele com características de malignidade ou de DST
Diagnóstico errado	Enxerto renal ou fígado de origem desconhecida
Óbito de etiologia desconhecida	Síndrome de Ray
Tumores malignos do segmento anterior do abdô	Enxerto progressivo
Metastase	Lacunarização progressiva
Tumor cerebral	Doenças neurológicas de diagnóstico indefinido
Brain	Encefalite em aguda
Substância	Outros
Outro	
Risco de transmissão de doenças causadas por prions (Doença de Creutzfeldt-Jakob ou Variantes da doença de Creutzfeldt-Jakob, doença de origem desconhecida)	

Agto para averbamento? () SIM () NÃO

Estrutura responsável por:	Gráu de Parentesco:
Família Entendiada	Gráu de Parentesco:
Família Entendiada	Gráu de Parentesco:

Consentimento familiar? () SIM () NÃO - Se NÃO, assinalar o motivo abaixo	
Desconhecimento de óbito de óbito de óbito	Impedimento legal
Doença familiar	Motivo religioso
Doença com risco à saúde em vida	Risco de danos na base do corpo
Família com risco à saúde	Família não localizada
Família desconhecida com o diagnóstico	Família em risco para a saúde
Família desconhecida com o diagnóstico	Família sem condições emocionais para decidir
Família em risco	Outros
Família se recusou a assinar o óbito	

Doença Etimológica? () SIM () NÃO - Se NÃO, citar o motivo: _____
Observações: _____

Notícia realizada por: _____

Assinatura do profissional responsável

A frequência de envio e gestão deste formulário será definida pela OPO de referência, individualmente para cada comissão, considerando os escapes e fluxos de aplicativos em cada instituição.

4.7. Registro de Reuniões, Capacitações e Ações Educativas

A CIHDOTT deve realizar minimamente uma reunião mensal registrada em ata, discutindo seus resultados, pontuando estratégias para sanar os obstáculos do processo de trabalho além de planejar as atividades do mês subsequente. A capacitação dos membros da comissão deve ser contínua, e os profissionais da instituição, que atuam em qualquer etapa do processo, especialmente profissionais das unidades críticas, igualmente devem ser contemplados com treinamentos realizados pela comissão e ou pela CET/OPO. Toda a comunidade

hospitalar deve ser sensibilizada e esclarecida sobre o processo de doação, para tanto, ações educativas devem ser promovidas mensalmente e igualmente registradas.



Sistema Estadual de Transplantes do Paraná

REUNIÕES/CURSOS



PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria de Saúde

DATA:		DURAÇÃO:	
PERÍODO:			
HOSPITAL:			
REUNIÃO:			
CURSO:			
INSTRUTORES:			
Nº DE VAGAS:			
Nº DE PROFISSIONAIS CAPACITADOS:			
CATEGORIA PROFISSIONAL:		TIPO	TÉCNICO/PRÁTICO

PARTICIPANTES	Nº DE VAGAS
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	

O instrumento deve ser arquivado para a apreciação da OPO nas avaliações mensais de atuação e desempenho da comissão.

5. METAS DA CIHDOTT



Enviar diariamente, até as 10h, a planilha de busca ativa para o e-mail da OPO de referência.

Preencher e encaminhar até o dia 03 (três) de cada mês o Relatório de Óbitos e Monitoramento do Processo de Doação para o e-mail da OPO de referência.



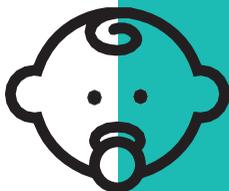
Promover a Identificação de 100% dos pacientes em provável ME, possibilitar o protocolo para diagnóstico e sua devida notificação, devendo a CIHDOTT, estar presente em todas as etapas, conduzindo dentro dos estritos parâmetros éticos e legais

Comunicar a OPO de referência em casos suspeitos de ME assim que houver suspensão da sedação, para o planejamento do diagnóstico e acolhimento da família



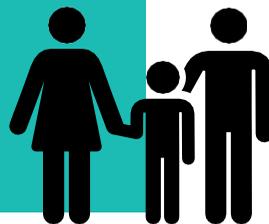
Garantir a manutenção hemodinâmica do paciente submetido ao diagnóstico de ME, apresentando taxa máxima de 7% de parada cardiorrespiratória irreversível durante o processo, sendo inaceitável a ocorrência de parada cardiorrespiratória sem a instalação de medidas de manutenção

Enviar a documentação referente à notificação em no máximo 1 (uma) hora após a realização da primeira etapa do diagnóstico



Executar o protocolo de ME no máximo em 12 (doze) horas para pacientes acima de 2 (dois) anos. Para as demais faixas etárias, estas devem seguir ao preconizado pela Resolução do CFM 2.173 de 15 de novembro de 2017, concluindo no menor tempo possível

Acolher a familiar durante todo o processo, abrangendo até a liberação do corpo, mesmo se tratando de não doadores



Entrevistar as famílias de 100% dos doadores elegíveis (validados pelo plantão médico da CET), para possibilitar a doação de órgãos para transplante

Obter no mínimo 65% de consentimento familiar para doação de órgãos nos casos de ME submetidos à entrevista

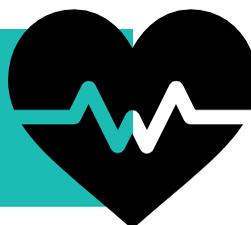


65%



Suspender o suporte vital do potencial doador elegível somente após informar a OPO de referência sobre o resultado final da entrevista familiar, quando não há possibilidade de reversão da decisão

Identificar, avaliar e notificar 100% dos óbitos por parada cardiorrespiratória com vistas à doação de tecidos

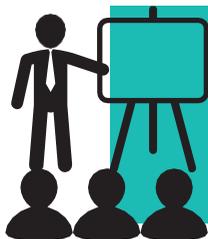


Entrevistar 100% das famílias dos doadores elegíveis de parada cardiorrespiratória para a possibilidade de doação de tecidos para transplante

Obter no mínimo 50% de consentimento familiar para doação de tecidos nos casos de submetidos à entrevista



50%



Realizar mensalmente reunião, capacitação e ações educativas e de sensibilização para a comunidade hospitalar

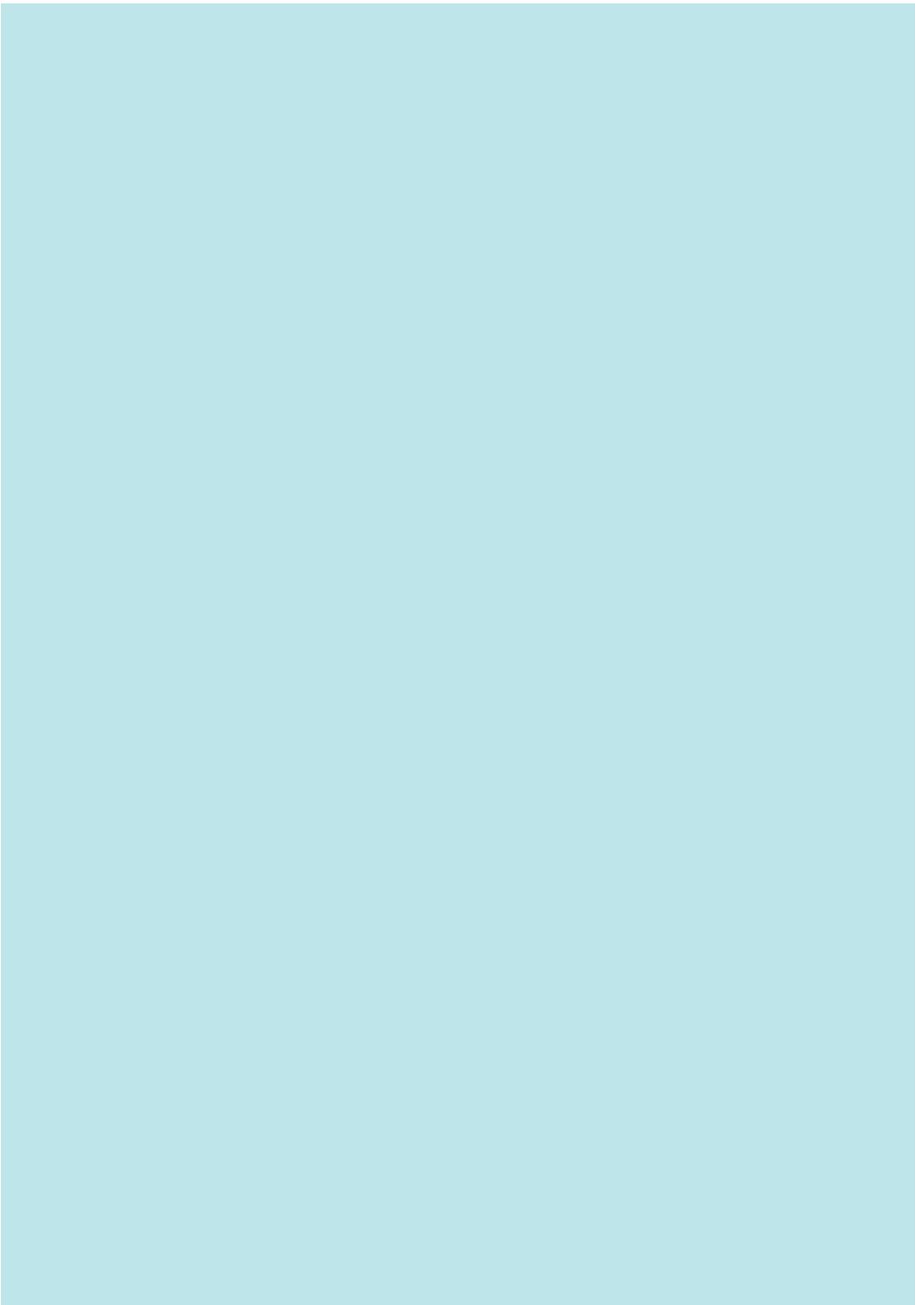
CONCLUSÃO

O processo de avaliação da atuação da CIHDOTT está em consonância com a legislação vigente, portanto é válido e aplicado para todas as comissões do estado do Paraná.

As comissões que cumprirem com as metas serão consideradas atuantes nas avaliações, vão pontuar nos programas de repasse financeiro do Governo do Estado e, nos casos em que se aplica, não vão comprometer o credenciamento de transplante da instituição.

A CIHDOTT que cumprir parcialmente os requisitos terá sua avaliação condicionada ao parecer técnico da coordenação geral do Sistema Estadual de Transplantes, que avaliará cada caso de maneira individual, baseado na média histórica e situações pontuais ocorridas.

A instituição que não cumprir as metas, terá sua CIHDOTT considerada não atuante, sendo notificada pela OPO de referência, contemplando as adequações necessárias e prazos, que se não forem cumpridos comprometerá a avaliação do mês seguinte, sendo penalizada com a não pontuação nos programas de repasse, os credenciamentos serão afetados e a instituição poderá ser notificada por não garantir o direito das famílias ao diagnóstico e a possibilidade a decisão da doação previstos em lei.





Sistema Estadual
de Transplantes
do Paraná



PARANÁ

GOVERNO DO ESTADO

Secretaria da Saúde