



Hospital
Universitário Evangélico
Mackenzie

SOLICITAÇÃO DE PELE ALÓGENA



Convênio

SUS

Particular

DADOS DO PACIENTE

Nome completo:									
CPF:		R.G.:		Dt. Nasc.:		Idade:		Sexo:	() F () M
Endereço:									
Bairro:		Cidade:		UF:		CEP:			
Nome da Mãe:									
Nome do Pai:									
Fone:					Celular:				

DADOS DO HOSPITAL/CIRURGIÃO

Hospital:									
N.º SNT:		CNES:		CNPJ:					
Endereço:									
Bairro:		Cidade:		UF:		CEP:			
Fone:					Fax:				
Nome do Médico:									
N.º SNT:		CRM:		CPF:					
Fone:					Celular:				
E-mail do cirurgião:									

DADOS DA CIRURGIA

Data do internamento:	_	Data prevista da cirurgia:	_	Hora:	
Extensão da área queimada:					
Grau de queimadura:					
Região:					
Quantidade de pele necessária em cm ² :					

DADOS DO RESPONSÁVEL PELA RETIRADA DO MATERIAL

Nome:					
CPF:		R.G.:			
Fone:			Celular:		

Observação: Encaminhar solicitação à CNCDO-PR com no mínimo 72 horas de antecedência, sempre que possível.

_____/_____/_____
Data

Médico solicitante, carimbo e assinatura

***KIT REQUISIÇÃO DE PELE 01**

	Hospital Universitário Evangélico Mackenzie	DISTRIBUIÇÃO DE TECIDO	
-----------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------	-------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------

É importante que seja conferido pela equipe transportadora o código da pele recebida com o código da pele liberada pela CNCDO/Pr antes do processamento.

Código do doador	
------------------	--

DISTRIBUIÇÃO			
(x) Pele			
Lote:		Nº. Embalagem:	Cm²:
Lote:		Nº. Embalagem:	Cm²:
Lote:		Nº. Embalagem:	Cm²:
Lote:		Nº. Embalagem:	Cm²:
Lote:		Nº. Embalagem:	Cm²:
Lote:		Nº. Embalagem:	Cm²:

Responsável pelo recebimento:			
Instituição:			
Cargo/Função:		Ass.:	
Data de Entrega:	___/___/___	Hora:	

Cirurgião responsável pelo transplante: _____

TECIDO NÃO TRANSPLANTADO	
Motivo:	

Data retorno da pele ao banco de pele ____/____/____.

Data do envio a CNCDO/PR ____/____/____.

LIBERAÇÃO DO TECIDO			
Responsável pela liberação:			
Assinatura e carimbo:			
Data:		Hora:	



Eu, _____,

RG: _____

Responsável legal por: _____,

declaro estar de acordo com a utilização de pele humana alógena de doador falecido advinda do Banco de Pele do Hospital Universitário Evangélico Mackenzie, no tratamento desse(a) paciente. Ouvi atentamente todas as explicações do Doutor _____

e tive a oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas satisfatoriamente, ficando ciente de que essa pele humana alógena é empregada na qualidade de curativo biológico temporário, com o intuito de aumentar as chances de recuperação, sem, no entanto, constituir - se em garantia de sucesso do tratamento.

Declaro ter compreendido com todos os termos deste consentimento informado. Sendo assim, assino por livre e espontânea vontade e por decisão conjunta minha e do médico responsável.

Assinatura do Responsável Legal

Assinatura e Carimbo do
Médico Responsável

Assinatura da Testemunha

Data: ____/____/____

Termo de Responsabilidade Médica

(A ser preenchido por um dos membros da equipe de transplante)

Certifico que expliquei por escrito e verbalmente com detalhes: ao responsável _____
_____, o procedimento de transplante de pele alógena de doador falecido, respondi satisfatoriamente todas as perguntas formuladas e considero que o responsável legal acima referido compreendeu o que lhe foi explicado.

Carimbo do Médico Responsável

***KIT REQUISIÇÃO DE PELE 03**



Eu, _____,
CRM _____, Médico transplantador do paciente

CPF _____ Data de Nascimento: ____/____/____ sob a
responsabilidade de seu parente próximo, abaixo identificado, declaro ter lido o presente termo de
responsabilidade que informa que a pele de doador falecido sob o código _____
fornecido pelo Banco de Pele do HUEM. Todos os requisitos obrigatórios para a seleção do doador
foram criteriosamente avaliados e aceitos .

O Banco de Pele do HUEM só autoriza a distribuição de tecidos com exames sorológico negativos
.Apesar do controle rigoroso nos testes sorológicos , a transmissão de doença para o receptor não
pode ser totalmente excluída .

Médico Responsável
(assinatura e carimbo)

Data ____/____/____

***KIT REQUISIÇÃO DE PELE 04**



Hospital
Universitário Evangélico
Mackenzie

**NOTIFICAÇÃO DE
TRANSPLANTE REALIZADO**



**BANCO DE
PELE HUMANA**

Confirmo pelo presente documento a realização do transplante no paciente _____,
o qual recebeu pele humana alógena proveniente do **Banco de Pele Humana do Hospital Universitário Evangélico Mackenzie**, disponibilizada via Central Estadual de Transplantes (CET), no dia _____ às ____ horas.

Médico Responsável
(Assinatura e carimbo)

Caixa transporte saída BPH	Chegada no Hospital
Hora ____:____	Hora ____:____
Temp. ____ °C	Temp. ____ °C

ATENÇÃO: O RESPONSÁVEL PELA ABERTURA DA CAIXA DEVERÁ PREENCHER OBRIGATORIAMENTE ESTE DOCUMENTO.

***KIT REQUISIÇÃO DE PELE 05**



Hospital
Universitário Evangélico
Mackenzie

**COMUNICAÇÃO DE EFEITOS
COLATERAIS**



Comunico que o (a) paciente _____
recebeu a enxertia de pele humana alógena, código _____,
fornecida pelo Banco de Pele Humana do HUEM apresentou os seguintes efeitos
colaterais:

Obs.: Devolver este documento ao Banco de Pele. Em caso de efeitos colaterais o recebimento deste documento será entendido que não ocorreram efeitos colaterais na ocasião do transplante.

Paciente:			
CPF:		RG:	

Médico Responsável: _____

(assinatura e carimbo)

Hospital:					
Cidade:		UF:		Fone:	

Data do Transplante: ____/____/____

Data da comunicação: ____/____/____

***KIT REQUISIÇÃO DE PELE 06**



O tecido liberado pelo Banco de Pele Humana do Hospital Universitário Evangélico Mackenzie, consiste em lâminas de pele humana, obtidas, processadas e armazenadas sob condições de esterilidade no glicerol em concentração mínima de 90% e ambiente controlado de processamento e armazenamento

Possíveis irregularidades na largura, espessura e comprimento das lâminas de pele poderão ser observadas, portanto, orientamos uma avaliação inicial de todas as lâminas para o melhor aproveitamento do tecido no momento do transplante.

Estas lâminas de pele serão para uso exclusivo de transplante para o receptor identificado na solicitação e liberação do tecido. A utilização é de total responsabilidade do médico transplantador solicitante. O tecido não utilizado no transplante deverá ser reencaminhado ao banco de pele para que seja descartado como material biológico de acordo com a legislação de resíduos de serviços de saúde em vigência e POP do BPH.

As normas de transplantes no Brasil determinam que o transplante de pele deverá ser do conhecimento do receptor ou de seu responsável legal, necessitando do preenchimento do formulário de consentimento livre e esclarecido, devidamente assinado anexando ao prontuário do receptor, juntamente com dados do tecido transplantado, sendo arquivados por 10 anos na instituição.

O prazo de validade do tecido liberado consta na etiqueta do produto, desde que conservado a 2 a 6°C com embalagem intacta no BPH

Qualquer reação adversa após o transplante deverá ser comunicada ao Banco de Pele, a Central Nacional de Transplantes (CNT) e ao Sistema Nacional de Transplantes (SNT).

Antes de usar a pele:

- Remover o tecido da embalagem;
- Imergir o tecido em solução fisiológica 0,9%, a temperatura ambiente, durante 10 minutos, com a agitação, repetindo o processo por 2 vezes;
- Assim as lâminas voltarão a readquirir a sua elasticidade normal.



Os métodos utilizados pelo Banco de Pele, para o processamento do tecido epidérmico, foram baseados em experiências nacionais e internacionais. O método de preservação com glicerol 90% tem sua eficácia devidamente comprovada “*in vitro*” para manter a integridade biológica dos materiais e “*in vivo*” quanto às características para o transplante ou implante.

O tecido epidérmico de um único doador foi processado isoladamente, não sendo processado simultaneamente mais de um doador.

O processamento foi realizado dentro do Banco de Pele, em ambiente controlado e classificado ISO 5, dentro de rigorosas técnicas de assépticas e validadas por técnica (s) devidamente capacitados para este fim.

Todas as etapas e insumos utilizados nos processos realizados foram registrados e anexados à documentação do doador.



Hospital
Universitário Evangélico
Mackenzie

TRANSPORTE DE PELE HUMANA



Curitiba, _____ de _____ de 20 _____

Prezado (a): _____
segue em anexo o material a ser transplantado e documentos que deverão ser preenchidos e reencaminhados ao Banco de Multitecidos tão logo tenha realizado a cirurgia.

Junto a estes documentos seguem instruções de uso da pele e dados das lâminas a serem transplantadas.

Solicitamos o envio destes formulários preenchidos preferencialmente via e-mail (em formato PDF), para o endereço abaixo.

Hospital Universitário Evangélico Mackenzie
Banco de Multitecidos Humanos / Banco de Pele Humana

Alameda Augusto Stelfeld, 1908 – Bigorriho
Curitiba – PR, 80730- 150
Fone: (41) 99579-5125
E-mail: bancodetecidos@huemackenzie.org.br

***KIT REQUISIÇÃO DE PELE 09**



Hospital
Universitário Evangélico
Mackenzie



**NOTIFICAÇÃO DE REALIZAÇÃO DE
ENXERTO**



PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria da Saúde

Pele	
------	--

Valvas	
--------	--

TME	
-----	--

SUS	
-----	--

Convênio	
----------	--

Particular	
------------	--

Banco origem:			
Nome do receptor:			
Serviço/Hospital:			
Médico responsável:			
Data cirurgia:		Hora:	




INFORMAÇÃO DO MATERIAL UTILIZADO	
TIPO	TAMANHO/MEDIDAS/GRANULAÇÃO/APRESENTAÇÃO
PELE	

Observação: Encaminhar notificação à CNCDO-PR em até 07 dias após a realização do enxerto.

Assinatura e carimbo do responsável

Data

***KIT REQUISIÇÃO DE PELE 10**

 <p>Hospital Universitário Evangélico Mackenzie</p>	<p>NOTIFICAÇÃO DE REALIZAÇÃO DE ENXERTO</p>	 <p>PARANÁ GOVERNO DO ESTADO Secretaria da Saúde</p>
 <p>BANCO DE PELE HUMANA</p>		

O tecido liberado pelo Banco de Pele Humana do Hospital Universitário Evangélico Mackenzie, consiste em lâminas de pele humana, obtidas em captação de pele, de doadores falecidos, com técnica cirúrgica, processadas e armazenadas utilizando os métodos de processamento do tecido epidérmico, baseados em protocolos nacionais e internacionais.

O método de preservação do tecido com glicerol 90% em ambiente controlado e classificado ISO 5, tem sua eficácia devidamente comprovada "*in vitro*" para manter a integridade biológica do tecido para enxerto, dentro de rigorosas técnicas de assépticas com validação para este fim. Realiza-se a sorologia e exames microbiológicos de protocolo para este tecido, somente é liberado após resultados negativos, o tecido de um doador captado é processado isoladamente, nunca simultaneamente a de outro doador.

O prazo de validade do tecido liberado é de 2 anos, consta na etiqueta do produto, desde que conservado de 2 a 8°C em embalagem selada pelo BPH.

Possíveis irregularidades na largura, espessura e comprimento das lâminas de pele poderão ser observadas, portanto, orientamos uma avaliação inicial de todas as lâminas para o melhor aproveitamento do tecido no momento do transplante.

Estas lâminas de pele serão para uso único exclusivo de transplante para o receptor identificado na solicitação e liberação do tecido. A utilização é de total responsabilidade do médico transplantador solicitante. O tecido não utilizado no transplante deverá ser devolvido ao Banco de Pele.

Qualquer reação adversa após o transplante deverá ser comunicada ao Banco de Pele, a Central Nacional de Transplantes (CNT) e ao Sistema Nacional de Transplantes (SNT).