



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 <sup>2</sup> :					

### 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**

	<b>Hospital</b> Universitário Evangélico <b>Mackenzie</b>	<b>DISTRIBUIÇÃO DE TECIDO</b>	
---	---	-------------------------------	---

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**



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**





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



BANCO 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](mailto:bancodetecidos@huemackenzie.org.br)

**\*KIT REQUISIÇÃO DE PELE 09**



**Hospital**  
Universitário Evangélico  
**Mackenzie**



BANCO DE  
PELE HUMANA

## 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**

**CENTRAL ESTADUAL DE TRANSPLANTES DO PARANÁ**

Rua Barão do Rio Branco, 465 – 1º Andar – Centro – Curitiba - CEP 80010-180 – Paraná - Fone: (41) 3304-1900 – Fax: (41) 3304-1909  
www.saude.pr.gov.br / e-mail: sesatran@sesa.pr.gov.br

Estabelecido em: 04/2012 - ENF/BPH011 VERSÃO 002

 <p><b>Hospital</b> Universitário Evangélico <b>Mackenzie</b></p>	<p><b>NOTIFICAÇÃO DE REALIZAÇÃO DE ENXERTO</b></p>	 <p><b>PARANÁ</b> 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).