

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.

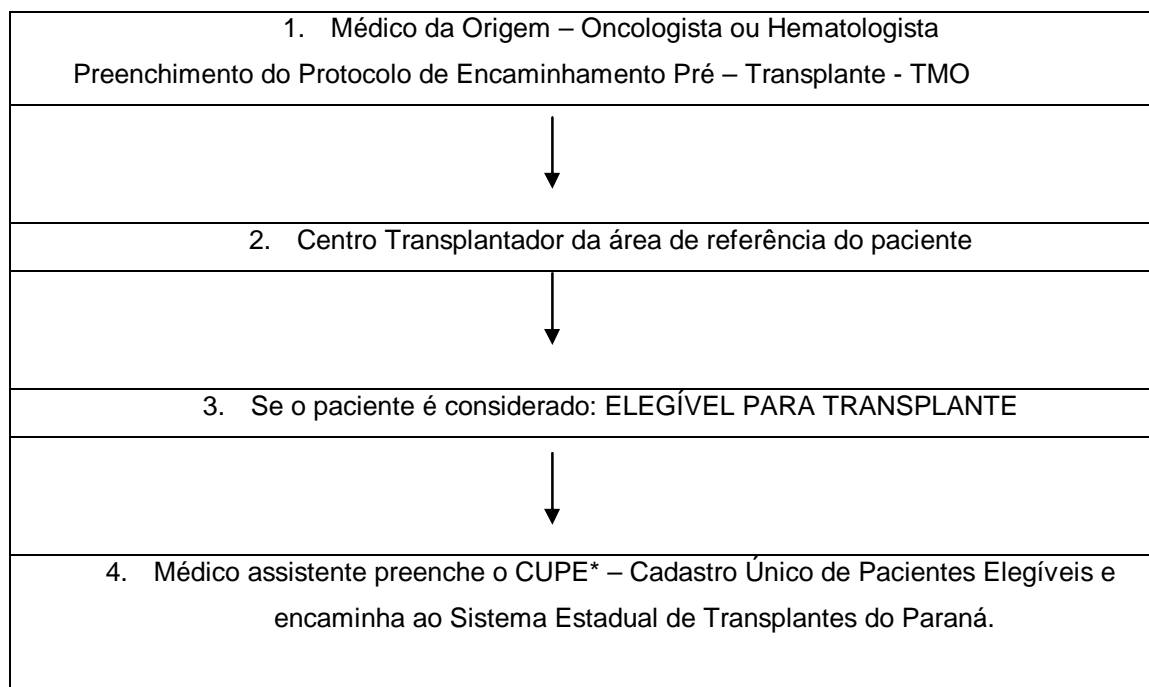
Aprova

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.

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.

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

Anexo II

CADASTRO ÚNICO DE PACIENTE ELEGÍVEL – CUPE

INSTITUIÇÃO NOTIFICANTE
NOME:
DATA DA 1ª CONSULTA ___/___/___
MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO: _____ CRM: _____
DIAGNÓSTICO:

IDENTIFICAÇÃO
NOME:
NOME DA MÃE:
DATA DE NASCIMENTO ___/___/___

PROCEDÊNCIA
SERVIÇO DE ORIGEM:
HEMATOLOGISTA/ONCOLOGISTA RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO: _____ 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.

RELATÓRIO SEMANAL DE OCUPAÇÃO DE LEITOS PARA TMO AUTOGÊNICO

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



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO PARANÁ
Secretaria de Estado da Saúde – SESA
Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Paraná – COSEMS/PR

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

	COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO PARANÁ Secretaria de Estado da Saúde – SESA 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 ^a	Curitiba	Hospital de Clínicas Hospital Infantil Pequeno Príncipe	Todas as Regionais de Saúde
		Hospital Erasto Gaertner	1 ^a , 2 ^a , 3 ^a , 4 ^a , 5 ^a , 6 ^a e 21 ^a RS
	Campina Grande do Sul	Sociedade Hospitalar Angelina Caron	1 ^a , 2 ^a , 3 ^a , 4 ^a , 5 ^a , 6 ^a e 21 ^a RS
10 ^a	Cascavel	UOPECCAN	7 ^a , 8 ^a , 9 ^a , 10 ^a e 20 ^a RS
17 ^a	Londrina	Hospital Universitário de Londrina	11 ^a , 12 ^a , 13 ^a , 14 ^a e 15 ^a RS 16 ^a , 17 ^a , 18 ^a , 19 ^a e 22 ^a RS