

### Seção A – Informação Geral

Identificação completa da Instituição	<input type="text"/>		
Endereço	<input type="text"/>		
Telefone	<input type="text"/>	Fax	<input type="text"/>
e-mail	<input type="text"/>		

Resumo das Atividades: selecione o tipo(s) de dador(es) para os quais solicita parecer do Instituto Português do Sangue e da Transplantação, IP:

#### Tipo de Dador

Morte cerebral

Paragem cardiocirculatória

### Seção B – Atividade – Detalhes

A sua instituição tem atividade de doação?	<input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não
A sua instituição tem um protocolo estabelecido com o Hospital onde se encontra sediado o Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação da sua área de referência?	<input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não (Se sim, anexe a cópia do protocolo)
A sua instituição tem um Coordenador Hospitalar de Doação formalmente nomeado e de acordo com o disposto na Portaria n.º 357/2008, de 9 de maio?	<input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não (Se sim, anexe a cópia da nomeação)
A sua instituição tem um substituto do Coordenador Hospitalar de Doação formalmente nomeado e de acordo com o disposto na Portaria n.º 357/2008, de 9 de maio?	<input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não (Se sim, anexe a cópia da nomeação)
A instituição dispõe de serviços hospitalares adequados à avaliação, seleção e manutenção dos dadores?	<input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não (Se sim, preencha a secção D deste formulário; se não, preencha a secção E)

Número de dadores de órgãos elegíveis<sup>1</sup> no ano anterior

Número de dadores de órgãos utilizados<sup>2</sup> no ano anterior

### Seção C – Equipa

Nome do Diretor da Instituição / Presidente do Conselho

Nome do Diretor Médico

Nome do Coordenador Hospitalar de Doação (anexar um breve *curriculum vitae*)

O número de horas semanais dedicadas à Coordenação Hospitalar de Doação está formalmente definida?

Sim /  Não

(Se sim, anexe cópia do documento; se não, indique quantas horas dedica o CHD à coordenação)

Nome do substituto do Coordenador Hospitalar de Doação (anexar um breve *curriculum vitae*)

Qual o número mínimo de horas semanais dedicadas à Coordenação Hospitalar que considera adequado para esta atividade?

Número total de profissionais que colabora na atividade de doação (p.e. médicos, enfermeiros, técnicos, etc.)

<sup>1</sup> Dador elegível é aquele em quem foi efetuada uma incisão cirúrgica com intenção de colheita de órgãos para transplantação ou aquele a quem foi colhido pelo menos um órgão com o propósito da transplantação (*Guide to the Quality of Organs for Transplantation, European Committee (Partial Agreement) on Organ Transplantation (CD-P-TO), 5th Edition, Council of Europe, 2013*).

<sup>2</sup> Dador utilizado é aquele de quem pelo menos um órgão foi transplantado (*Guide to the Quality of Organs for Transplantation, European Committee (Partial Agreement) on Organ Transplantation (CD-P-TO), 5th Edition, Council of Europe, 2013*).#

### Seção D – Instalações

Identifique e descreva as características de todos os serviços existentes (p.e. radiologia, anatomia patológica, patologia clínica – existência de microbiologia e virologia p.e., etc.), disponíveis em tempo útil e que colaboram na atividade de doação, nomeadamente, as instalações, dos materiais, dos equipamentos e dos apoios interdisciplinares envolvidos na atividade.

Caso o espaço abaixo não seja suficiente, pode optar por anexar documento com a informação solicitada.

### Seção E – Contratos/Acordo com outras organizações

Existe alguma etapa da atividade que dependa de terceiros?

Sim /  Não (Se sim, indique as etapas realizadas por terceiros e nome do Serviço/Organização/Instituição; Anexe a(s) cópia(s) do(s) protocolo(s) celebrado(s) com essas instituições)

### Seção F – Assinatura e Data

Assinatura do responsável  
da instituição e data

