

Secção A Informação GeralIdentificação completa da Instituição
(incluindo identificação do(s) polo(s))Identificação do(s) serviço(s)
requisitante(s)

Identificação do Dirigente Máximo

Identificação do Diretor Médico

Endereço

Telefone

E-mail

É o primeiro parecer que a
instituição solicita ao Instituto
Português do Sangue e da
Transplantação, IP (IPST)? Sim / Não, é um pedido de reemissão de parecer
(Se sim, poderá ser solicitado o agendamento de uma visita técnica)Pessoa de contacto para eventuais
esclarecimentos (nome e contactos)

A Instituição acima identificada solicita parecer do IPST para as seguintes atividades:

1. Actividades a desenvolverDoação/ Colheita Transplantação **2. Actividade de Doação/ Colheita por tipo de Dador**Morte cerebral Vivo Paragem Cardiocirculatória Sequencial

3. Actividade por substância de origem humana

Orgão	Doação/ Colheita	Transplante ¹
Rim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pâncreas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fígado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coração	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pulmão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A instituição já desenvolve a(s) atividade(s) para a(s) qual(is) solicita parecer?

Sim / Não

Se não, faça uma breve apresentação e contextualização institucional (focando questões como por exemplo a constituição da equipa, a capacidade instalada, risco-benefício da nova abordagem terapêutica, doentes referenciados para outras unidades ou para tratamento no estrangeiro, etc.)

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

Secção B Equipa

A instituição tem Coordenador(es) Hospitalar(es) de Doação (CHD) formalmente nomeado(s), de acordo com o disposto na Portaria n.º 357/2008, de 9 de maio?

Sim / Não

(Se sim, anexe cópia da nomeação e Currículo Vitae (CV))

O número de horas que o(s) CHD dedica(m) à actividade de doação está formalmente definido?

Sim, nº horas _____ / Não

(Indique o n.º de horas dedicado à actividade de doação)

A instituição tem substituto do CHD formalmente nomeado, de acordo com o disposto na Portaria n.º 357/2008, de 9 de maio?

Sim / Não

(Se sim, anexe cópia da nomeação e CV)

A instituição tem identificado(s) o(s) responsável(is) do(s) programa(s) de transplantação e respectivo CV

Sim / Não

(Se sim, anexe cópia da nomeação e CV)

A instituição tem a nomeação dos membros da Entidade Verificadora da Admissibilidade da Colheita para Transplante (EVA), de acordo com o disposto no Art.º 6-A, da Lei 12/2007, de 29 de junho?

Sim / Não

(Se sim, anexe cópia da nomeação e CV)

A instituição tem profissionais afectos às actividades para que solicita parecer com qualificação adequada ao desempenho das suas funções?

Sim / Não

(Identifique o n.º de profissionais por categoria e respetivas qualificações)

¹No caso de transplante múltiplo de órgãos, identificar as combinações de órgãos e como é feita a articulação entre as UT

Se os campos anteriores não forem suficientes, utilize o espaço em baixo ou anexe a informação ao pedido de parecer:

Secção C Detalhes da atividade

A instituição tem um protocolo estabelecido com o hospital onde se encontra sediado o Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação (GCCT) da sua rede de referênciação?

Sim / Não / Não Aplicável
(Se sim, anexe cópia do protocolo)

A instituição dispõe de serviços hospitalares adequados à actividade de doação, para a qual solicita parecer, incluindo meios complementares de diagnóstico e terapêutica necessários à avaliação clínica do dador?

Sim / Não / Não Aplicável

Existe alguma etapa da actividade que dependa de terceiros? (não se inclui o protocolo com o GCCT)

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)

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

Indique o n.º de camas existentes na instituição:

N.º de camas	N.º camas adulto	N.º camas pediátricas
Camas UCI		
Camas alocadas ao programa de transplantação renal		
Camas alocadas ao programa de transplantação hepática		
Camas alocadas ao programa de transplantação pancreática		
Camas alocadas ao programa de transplantação cardíaca		
Camas alocadas ao programa de transplantação pulmonar		

Identifique e descreva as características relevantes para a actividade de todos os serviços existentes (p.e. radiologia, anatomia patológica, patologia clínica – como existência de microbiologia e virologia, internamento, consultas, condições de bloco, etc.), disponíveis em tempo útil e que colaboram na actividade para a qual solicita parecer.

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

Secção D Procedimentos / Documentos

A instituição dispõe de procedimentos operativos normalizados para as diferentes etapas do processo de doação/ colheita, banco de tecidos, transplantação / aplicação para as quais solicita parecer? Anexe uma cópia dos procedimentos existentes.

Identificação do dador	<input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não
Certificação da morte	<input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não
Avaliação do dador	<input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não
Manutenção / tratamento do dador	<input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não
Consentimento para a dádiva	<input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não
Alocação de órgãos	<input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não
Colheita de órgãos	<input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não
Transporte de órgãos	<input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não
Transplante	<input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não
As normas hospitalares de doação da instituição foram revistas ou actualizadas nos últimos 3 anos?	<input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não (Se sim, anexe cópia)
Os procedimentos foram revistos ou actualizados nos últimos 3 anos?	<input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não (Se sim, anexe a versão mais recente)
Protocolo estabelecido com o Instituto Nacional de Emergência Médica, IP (INEM), de acordo com a alínea e) do nº1, do Artigo 2º-A, da Portaria nº76/2014, de 21 de março? ²	<input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não (Se sim, anexe a cópia)
Protocolo intra-hospitalar e extra-hospitalar, de acordo com a alínea f) do nº1, do Artigo 2º-A, da Portaria nº76/2014, de 21 de março? ²	<input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não (Se sim, anexe a cópia)
Memória descritiva dos encargos estimados, de acordo com o nº2, do Artigo 2º-A, da Portaria nº76/2014, de 21 de março? ²	<input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não (Se sim, anexe a cópia)

Se necessário especificar informação sobre os procedimentos existentes, utilize o espaço em baixo ou opte por anexar documento com a informação necessária:

² Aplicável aos Centros Hospitalares que disponham de Programa de Dador em PCC

"Controlo deste registo: Este documento deverá ter um prazo de retenção de 1 ano no processo onde ocorre, findo o prazo de retenção, deve ser solicitado ao responsável do arquivo do IPST, IP/CD, informação de qual o destino a dar."

Secção E Biovigilância³Identificação do responsável pela
notificação na CHDNome:
Email:
Telemóvel: (Anexar CV)Identificação do responsável pela
notificação na UT RenalNome:
Email:
Telemóvel: (Anexar CV)Identificação do responsável pela
notificação na UT HepáticaNome:
Email:
Telemóvel: (Anexar CV)Identificação do responsável pela
notificação na UT CardíacaNome:
Email:
Telemóvel: (Anexar CV)Identificação do responsável pela
notificação na UT PulmonarNome:
Email:
Telemóvel: (Anexar CV)Identificação do responsável pela
notificação na UT PancreáticaNome:
Email:
Telemóvel: (Anexar CV)Identificação do responsável pela
notificação no GCCTNome:
Email:
Telemóvel: (Anexar CV)**Secção F Formação**A instituição organiza formação interna
específica sobre as actividades para as quais
solicita parecer? Com que regularidade? Sim, nº programas/ano ____ / Não
(Se sim, anexe cópia do(s) programa(s))Os profissionais envolvidos nas actividades para
que solicita parecer, participam regularmente em
acções de formação externa? Sim / Não
(Se sim, anexe listagem de participantes)Sempre que necessário, os profissionais fazem
atualização de conhecimentos? Sim / Não
(Se sim, indique periodicidade e anexe evidência)³ Preencher de acordo com os pedidos de parecer solicitados

Secção G Plano e Relatório de Atividades⁴

A Unidade de Transplantação (UT) elaborou e submeteu o Plano Anual de Actividades ao IPST, de forma a poder a Instituição beneficiar do subsídio extraordinário previsto no Artigo 3º, do Despacho nº 7215/2015, de 1 de julho?

 Sim / Não

(Se o fez por outro documento de igual valor anexe cópia)

A UT elaborou e submeteu no Plano Anual de Actividades os objectivos de transplantes que se propõe realizar?

 Sim / Não

(Se não submeteu, anexe cópia do plano)

O CHD elaborou e submeteu o Plano Anual de Actividades ao IPST, de acordo com o Artigo 7º, do Capítulo II, da Portaria nº 357/2008, de 9 de maio, de forma a poder a Instituição beneficiar do subsídio extraordinário previsto no Artigo 3º, do Despacho nº 7215/2015, de 1 de julho?

 Sim / Não

(Se não submeteu, anexe cópia do plano)

O CHD elaborou e submeteu o Relatório Anual de Actividades ao IPST, de acordo com a alínea j) do Artigo 10º, do Capítulo II, da Portaria nº 357/2008, de 9 de maio?

 Sim / Não / Não Aplicável

(Se não submeteu, anexe cópia do relatório)

O GCCT elaborou e submeteu o Relatório Anual de Actividades ao IPST, de acordo com a alínea n) do Artigo 8º, do Capítulo III, da Portaria nº 357/2008, de 9 de maio?

 Sim / Não / Não Aplicável

(Se não submeteu, anexe cópia do relatório)

Secção H Outros documentos

Anexe ao pedido de parecer, cópias de outros documentos existentes, que considere relevantes para a actividade para a qual solicita parecer, nomeadamente, consentimento para a dádiva em vida, consentimento para o transplante, informação fornecida aos dadores vivos / doentes sobre os riscos e benefícios inerentes, etc.

Secção I Assinatura e Data

Assinatura do responsável da instituição e data

__ / __ / ____

⁴Os Centros Hospitalares que estejam a apresentar um pedido de parecer para mais que uma actividade deverão apresentar documentos individualizados