



MINISTÉRIO DA SAÚDE

# REQUISIÇÃO DE TECIDO MUSCULOESQUELÉTICO PARA TRANSPLANTE

INSTITUTO NACIONAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPIEDIA

Paciente: \_\_\_\_\_ Prontuário: \_\_\_\_\_ Data Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo:  M  F  
 Diagnóstico: \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_  
 Cirurgia Proposta: \_\_\_\_\_ Lado: \_\_\_\_\_ Cód. do Procedimento: \_\_\_\_\_  
 Cirurgião Transplantador: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
 Local da Cirurgia:  INTO  Outros \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Tel. Instituição: \_\_\_\_\_  
 Data provável da Cirurgia: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora provável da cirurgia: \_\_\_\_:\_\_\_\_  A agendar quando estiver disponível  
 Nº SNT do Cirurgião: \_\_\_\_\_ Nº SNT da Instituição: \_\_\_\_\_  
 Grupo Solicitante:  Quadril  Joelho  Ombro  Infantil  Tumor  Coluna  Crânio-Maxilo  Pé  Dentista  Outros: \_\_\_\_\_

## TECIDOS ÓSSEOS

### TECIDO CÓRTICO-ESPONJOSO - Produto não específico.

\_\_\_\_ (und.) Fragmento 4x2x \_\_\_\_ cm  Moído \_\_\_\_ g \_\_\_\_ (und.) Moeda \_\_\_\_ g \_\_\_\_ (und.) Bloco \_\_\_\_ g

### TECIDO CÓRTICO-ESPONJOSO - Produto específico.

Fêmur: ____ (und.) Cabeça ____ g ____ (und.) Trocanter ____ g ____ (und.) 1/3 distal ____ g	Tíbia: ____ (und.) 1/3 proximal ____ g ____ (und.) 1/3 distal ____ g	Fíbula: ____ (und.) 1/3 proximal ____ g ____ (und.) 1/3 distal ____ g
Úmero: ____ (und.) Cabeça ____ g	____ (und.) Crista ilíaca ____ g	____ (und.) Tálus ____ g

**Solicitação especial** (Somente se o produto solicitado estiver fora dos padrões descritos acima) - Tipo \_\_\_\_\_ Tamanho \_\_\_\_ x \_\_\_\_ cm - Peso \_\_\_\_ g

## TECIDO CORTICAL

\_\_\_\_ (und.) Fragmento 4x2x \_\_\_\_ cm \_\_\_\_ (und.) Régua \_\_\_\_ cm \_\_\_\_ (und.) Diáfise \_\_\_\_ cm

## TECIDOS NÃO-ÓSSEO

### TECIDO TENDINOSO / FASCIA / MENISCO

____ (und.) Tendão semitendíneo ____ cm	____ (und.) Tendão tibial anterior ____ cm	____ (und.) Mecanismo extensor ____ cm
____ (und.) Tendão grácil ____ cm	____ (und.) Tendão tibial posterior ____ cm	____ (und.) Tendão patelar ____ cm
____ (und.) Tendão de Aquiles com plug ósseo ____ cm	____ (und.) Tendão flexor longo do hálux ____ cm	<input type="checkbox"/> Menisco medial de joelho ____ (lado) ____ cm* <input type="checkbox"/> Menisco lateral de joelho ____ (lado) ____ cm*
____ (und.) Fáscia lata ____ cm	____ (und.) Tendão fibular longo ____ cm	*DIÂMETRO DO CÔNDILO TIBIAL CORRESPONDENTE NA RADIOGRAFIA EM AP

**Solicitação especial** (Somente se o produto solicitado estiver fora dos padrões descritos acima) - Tipo \_\_\_\_\_ Tamanho \_\_\_\_ x \_\_\_\_ cm - Peso \_\_\_\_ g

## TECIDO OSTEOCONDAL

Côndilo femoral medial \_\_\_\_ (lado) \_\_\_\_ cm\*  Côndilo femoral lateral \_\_\_\_ (lado) \_\_\_\_ cm\*

\*DIÂMETRO DO CÔNDILO TIBIAL CORRESPONDENTE NA RADIOGRAFIA EM AP

**Solicitação especial** (Somente se o produto solicitado estiver fora dos padrões descritos acima) - Tipo \_\_\_\_\_ Tamanho \_\_\_\_ x \_\_\_\_ cm - Peso \_\_\_\_ g

Solicitação de Urgência?  Não  Sim / Justificativa (no caso de sim): \_\_\_\_\_

Data da solicitação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Carimbo e assinatura do Cirurgião Transplantador

## LIBERAÇÃO DO TECIDO PARA TRANSPLANTE - A SER PREENCHIDO PELO BANCO DE TECIDOS

Lote	Produto	Peso (g)	Tamanho (cm)	Descrição
Data e hora da liberação: ____/____/____ ____:____ h				Carimbo e assinatura do Responsável Técnico da ATMIT

### DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE ÔNUS PELO TECIDO (para requisições externas)

Eu, \_\_\_\_\_, cirurgião, inscrito(a) no CRM sob o nº \_\_\_\_\_ e lotado(a) no \_\_\_\_\_ (Nome da Instituição), declaro, sob as penas da lei, que **receberei, sem qualquer ônus**, do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia, o(s) produto(s) a serem liberados nesta requisição, a ser(em) implantado(s) no paciente \_\_\_\_\_.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_

Carimbo e assinatura do cirurgião transplantador

Observações	
<b>REQUISIÇÃO INTERNA</b> 1. A solicitação de enxerto deverá ser realizada com antecedência mínima de 24h, salvo em casos de urgência. 2. Documentação necessária: Requisição de Tecido Musculoesquelético; Visita pré-transplante e Termo de Consentimento.	<b>REQUISIÇÃO EXTERNA</b> 1. A solicitação de enxerto deverá ser realizada com antecedência mínima de 7 dias úteis. 2. Documentação necessária: Requisição de Tecido Musculoesquelético; Termo de Consentimento e Xerox do documento do receptor (RG e CPF) - Menor de idade deverá apresentar documentação do responsável. 3. Devolução da Requisição de Tecido Musculoesquelético etiquetada no verso.



## **Etiquetas para Rastreabilidade:**

- Das três etiquetas enviadas junto ao(s) produto(s):
- uma etiqueta deve ser colada no prontuário do paciente;
  - uma etiqueta deve ser colada na folha de consumo;
  - uma etiqueta deve ser colada neste campo.


**OBSERVAÇÕES**

**I. ENTREGA DO(S) PRODUTO(S) PELA EQUIPE DA ATMIT NO CENTRO CIRÚRGICO**

- 1- Responsável pela entrega do enxerto no Centro – Cirúrgico : \_\_\_\_\_
2. Responsável pelo recebimento do enxerto : \_\_\_\_\_
3. Data/horário da entrega: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \_\_\_\_:\_\_\_\_
- 4 . Temperatura do container: \_\_\_\_\_

**II- UTILIZAÇÃO DO ENXERTO NO CENTRO CIRÚRGICO :**

1. O enxerto solicitado foi utilizado? ( ) Sim ( ) Não  
Caso não utilizado, justificar: \_\_\_\_\_
2. Responsável pela abertura da embalagem e registros: \_\_\_\_\_
3. Data/horário da abertura da embalagem: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \_\_\_\_:\_\_\_\_
4. Temperatura do container: \_\_\_\_\_

**III. ENTREGA DO(S) PRODUTO(S) NO AEROPORTO**

1. Companhia aérea/nome do representante: \_\_\_\_\_
2. Profissional do Banco de Multitecidos que realizou a entrega: \_\_\_\_\_
3. Data/horário da entrega: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \_\_\_\_:\_\_\_\_
4. Temperatura do container: \_\_\_\_\_

**IV- ENTREGA DO(S) PRODUTO(S) DIRETO AO PROFISSIONAL (NO BANCO DE TECIDOS)**

1. Hospital / Clínica transplantadora: \_\_\_\_\_
2. Nome do profissional responsável pela retirada: \_\_\_\_\_
3. Nome do profissional responsável pela entrega: \_\_\_\_\_
4. Data/horário da entrega: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \_\_\_\_:\_\_\_\_
5. Temperatura do container: \_\_\_\_\_

**OBSERVAÇÕES**