

## Circular Normativa Conjunta n.º 2/DGS/IPST, I.P.

**Assunto:** Plano de Contingência para sustentabilidade, qualidade e segurança na Transplantação de Órgãos, Tecidos e Células durante a pandemia de COVID-19

**Para:** Presidentes dos Conselhos de Administração dos Centros Hospitalares e Hospitais com atividade de doação e/ou transplantação de órgãos, tecidos e células; Gabinetes Coordenadores de Colheita e Transplantação; Coordenadores Hospitalares de Doação; Unidades de transplantação de órgãos, tecidos e células; Bancos de Tecidos

**C/c:** Secretarias Regionais das Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores; Administrações Regionais de Saúde; INEM

### 1. Introdução

COVID-19 é o nome oficial, atribuído pela Organização Mundial da Saúde, à doença provocada por um novo coronavírus (SARS-CoV-2), que pode causar infeção respiratória grave nomeadamente pneumonia. Este vírus foi identificado pela primeira vez em humanos, no final de 2019, na cidade chinesa de Wuhan, província de Hubei.

De acordo com o European Centre for Diseases Prevention and Control (ECDC), o impacto dos surtos por COVID-19 tornou-se progressiva e rapidamente elevado, tendo-se verificado a propagação praticamente global do vírus. O Comité de Emergência do Regulamento Sanitário Internacional reuniu a 30 de janeiro de 2020, tendo decidido declarar esta situação Emergência de Saúde Pública de Âmbito Internacional. A 11 de março de 2020, o diretor geral da OMS reconheceu a pandemia de COVID 19 e a 18 de março foi declarado, pelo Presidente da República, Estado de Emergência em Portugal, tendo sido renovado a 2 de abril e a 17 de abril, e permanecendo em vigor até 2 de maio.

Num curto espaço de tempo passámos da fase de **Contenção** à fase de **Contenção Alargada** e à fase de **Mitigação**. A transmissão sustentada da COVID 19, com uma distribuição heterogénea nas várias regiões do país, refletiu-se na pressão sobre os serviços de saúde em diferentes graus, tanto em meios materiais como em recursos humanos. Este facto, conjuntamente com as medidas de mitigação do risco associado à COVID 19, tiveram um impacto importante na atividade dos hospitais em geral e na atividade de doação e transplantação em particular, levando à sua diminuição e ao aumento do número de doentes a aguardar transplante, tanto a nível nacional como a nível mundial.

O conteúdo deste documento foi baseado nas recomendações do ECDC e da Organização Mundial da Saúde e foi elaborado pelo Instituto Português do Sangue e da Transplantação, I.P (IPST,IP), em conjunto, com a Direção-Geral da Saúde (DGS).

As medidas incluídas nesta circular foram definidas com base no conhecimento e evidência científica existente sobre a COVID-19 no momento da sua redação e serão atualizadas periodicamente de acordo com a evolução da pandemia em Portugal. Estas medidas respeitam as recomendações e as medidas de prevenção e controlo de infeção definidas a nível nacional pela DGS relativamente à pandemia por COVID-19 e estão enquadradas no Plano da Saúde para o Outono-Inverno 2020-21. O objetivo desta Circular é fornecer orientações sobre as medidas a adotar para garantir a qualidade, a segurança e a sustentabilidade da transplantação/aplicação de tecidos, células e órgãos não reprodutivos no atual contexto da pandemia de COVID-19. Destinam-se aos profissionais das unidades de colheita (UC), das unidades de transplantação (UT) e dos gabinetes coordenadores de colheita e transplantação (GCCT) e poderão ser atualizadas à medida que novas informações sobre o vírus estejam disponíveis e sempre que se verifique necessário adequar as recomendações existentes.

## 2. Considerações Gerais

A pandemia de COVID-19 é uma nova e significativa ameaça à saúde pública. Embora o agente causador (SARS-CoV-2) seja um vírus respiratório, os dados disponíveis sobre a epidemia indicam que a COVID-19 pode representar uma ameaça para a segurança e sustentabilidade do fornecimento de substâncias de origem humana (SoHO).

O risco de transmissão deste vírus através de SoHO permanece desconhecido, não havendo evidência da sua transmissão. Até agora, não foi reportado nenhum caso de transmissão de vírus respiratórios (incluindo coronavírus) por transfusão ou transplantação e as medidas adotadas para a elegibilidade dos doadores impedem a dádiva de pessoas com manifestações clínicas de infeção respiratória ou febre. No entanto, e ainda que este risco de transmissão seja teórico, de acordo com a informação atual, a incerteza sobre existência de viremia durante o período de incubação, durante a fase assintomática da infeção ou após a resolução dos sintomas, continuam a ser uma preocupação no que se refere à segurança dos órgãos, tecidos e células. Por outro lado, as características da transmissão do SARS-CoV-2 e a dimensão dos surtos tiveram efetivamente um impacto significativo na atividade da transplantação.

Sendo a COVID-19 uma nova doença e podendo agir de maneira diferente de outros vírus respiratórios, deve adotar-se o princípio da precaução, devendo os coordenadores hospitalares de doação (CHD), as UC, as UT e os GCCT implementar medidas para avaliar, planejar e responder de forma adequada e proporcional a esta ameaça. Assim, até que haja mais informação sobre a epidemiologia e patogenicidade desta infeção, são implementadas ações preventivas para mitigar os possíveis riscos para a segurança e sustentabilidade da transplantação. Estas medidas preventivas pretendem ser o mais proporcionais possível à evolução do surto em tempo real e consistentes com as orientações da DGS.

### **3. Medidas para a sustentabilidade da doação e transplantação**

Tendo em consideração a importância da doação e transplantação de órgãos, tecidos e células em Portugal, como a melhor terapêutica de substituição de órgão em falência terminal que resgata e melhora a qualidade de vida dos doentes, e as recomendações do ECDC, que reforçam a necessidade de manter a suficiência e segurança de SoHO durante o período de pandemia, assim como permitir o seu transporte quer em território nacional quer em território internacional, a atividade de doação e transplantação deve ser retomada e deve manter-se. **Os programas de doação e transplantação só deverão ser suspensos como último recurso.**

O cenário epidemiológico atual do país é heterogéneo e dinâmico, apresentando regiões com cenários de maior complexidade epidemiológica do que outras. Por esse motivo, as medidas para a sustentabilidade da doação e transplantação presentes neste documento, são comuns a todos os profissionais e são flexíveis na medida em que, podem ser adaptadas à situação epidemiológica da região de cada UT ou UC em articulação com a Coordenação Nacional da Transplantação (CNT), e com as Autoridades de Saúde. Neste sentido, **poderá ser definida a transferência de doentes em lista de espera ativa para transplantação entre UT, assegurando o acesso ao melhor tratamento disponível. De igual modo, poderá haver transferência de potenciais dadores entre hospitais do mesmo concelho, desde que o hospital de origem não tenha capacidade para garantir a adequada manutenção do dador, ou entre hospitais de concelhos diferentes desde que acautelada a autorização da família. Para tal, deve ser reforçada a boa comunicação e articulação entre todas as unidades e gabinetes da Rede Nacional de Colheita e Transplantação entre si e com a CNT.**

No caso das instituições hospitalares que se encontrem em situação de pressão sobre os serviços, deve ser feita uma gestão correta dos recursos e das possibilidades de doação, priorizando os critérios de qualidade na atividade de colheita em dadores em morte cerebral, em detrimento de dadores em paragem cardiocirculatória ou em morte cerebral com critérios expandidos; a decisão de implementação deste tipo de medidas deve ser feita em articulação com o CHD no âmbito das suas competências, atendendo à situação da instituição no que diz respeito à pandemia de COVID-19.

Devem ser instituídas ações de sensibilização para a referenciação precoce de possíveis dadores, reforçando os sistemas de sinalização de dadores, bem como para a importância da correta caracterização do dador no Registo Português de Transplantação, garantindo a correta avaliação dos dadores e dos órgãos por parte das UT.

**Os hospitais da rede e as UT devem definir um plano de contingência, adaptados às orientações da CNT, aos recursos disponíveis e ao(s) cenário(s) epidemiológico(s) em que se encontre a região. Desse plano deverão constar entre outros, o protocolo de atuação, os circuitos para o doente COVID19 e não COVID19 e tempos de resultado do teste para o SARS-CoV-2.**

#### 4. Mitigação do potencial risco de transmissão através de SoHO

A potencial transmissão de SARS-CoV-2 através da transplantação/aplicação de órgãos, tecidos e células permanece desconhecida, como acima referido.

A implementação de medidas preventivas e estratégicas para reduzir o risco de SARS-CoV-2, deve ter em consideração a sua potencial transmissão por transplantação de SoHO, o nível de circulação na comunidade (ou seja, contenção vs. transmissão sustentada ou disseminada), a **sustentabilidade**, a **qualidade**, e a **segurança** da atividade da transplantação e o impacto na atividade dos serviços.

Assim recomendam-se as seguintes medidas:

##### A. Medidas Gerais:

- a. De acordo com a Orientação n.º 006/2020 da DGS devem estar definidos os circuitos apropriados e áreas de isolamento para profissionais, potenciais doadores e recetores; procedimentos a adotar num caso suspeito de infeção por SARS-CoV-2, vigilância dos contactos próximos<sup>1</sup>;
- b. Informação aos doadores vivos acerca das características e sintomas clínicos da COVID-19, risco de transmissão do vírus e medidas adotadas para a segurança de SoHO;
- c. Deverá ser feita história clínica detalhada ao dador e ao recetor, incluindo os contatos com casos suspeitos<sup>2</sup> ou confirmados de infeção por SARS-CoV-2 nos 28 dias anteriores, viagens a áreas/regiões com surto ou transmissão comunitária ativa. Completar os dados com a informação adicional existente nas plataformas informáticas de dados clínicos a que o CHD tem acesso e com exames complementares de diagnóstico.
- d. Realização de testes moleculares por RT-PCR para pesquisa do RNA do SARS-Cov-2<sup>1,3</sup> a todos os doadores e recetores selecionados, após a avaliação descrita na alínea anterior. Serão excluídos todos os doadores cujo teste seja positivo ou inconclusivo.

---

<sup>1</sup> Conforme estabelecido pela Norma 015/2020 da DGS

<sup>2</sup> Conforme estabelecido pela Norma 004/2020 da DGS

<sup>3</sup> Conforme definido na Circular Informativa Conjunta N.º3 DGS-Infarmed-INSA

Na impossibilidade da realização dos testes moleculares para pesquisa do RNA viral no hospital dador, devem ser contactados pelo GCCT o(s) laboratório(s) do hospital público mais próximo(s). Os potenciais dadores com confirmação laboratorial de SARS-CoV-2 devem ser notificados eletronicamente, de imediato, no SINAVE pelo médico responsável pelo dador, para fins de implementação de medidas de Saúde Pública. Adicionalmente cada laboratório deverá notificar eletronicamente estes casos no SINAVE Lab.

- e. O consentimento informado para os dadores e recetores deve conter informação sobre o risco de transmissão do vírus e medidas adotadas para a segurança de SoHO;
- f. Reforço da comunicação ao Sistema Nacional de Biovigilância (SNB) de eventos ou reações adversas pós dádiva e da informação pós dádiva;
- g. A autorização da distribuição de órgãos, tecidos e células colhidos fora de Portugal, está condicionada ao cumprimento das orientações constantes no presente documento;
- h. Deve ser implementado o reforço da comunicação pós-dádiva;
- i. Deve ser garantido o procedimento de retirada.

## **B. Triagem de dadores falecidos de órgãos e tecidos**

- a. Todos os programas de doação *post-mortem* decorrem, desde que sejam cumpridas as normas de qualidade e segurança e as medidas de prevenção e controlo de infeção presentes neste documento;
- b. O Programa de Colheita de Órgãos em Dador em Paragem Cardiocirculatória, deverá ser retomado em cada centro, privilegiando a utilização dos testes moleculares rápidos, nos casos em que existam condições de qualidade e segurança de acordo com a presente Circular Normativa. Esta retoma deve ser programada em função das condições epidemiológicas locais, devendo ser envolvidos o CHD, a Autoridade de Saúde Local e o GCCT respetivo.
- c. Todos os dadores infetados ou com elevada suspeita de infeção por SARS-CoV-2, de acordo com a definição constante na Norma 004/2020 da DGS e recomendações do ECDC, incluindo dadores com temperatura superior a 37,5°C, são rejeitados independentemente do resultado do teste para pesquisa de SARS-CoV-2;

- d. Em dadores previamente infetados poderá, excecionalmente ser considerada a colheita de órgãos, avaliando individualmente o risco/benefício, desde que cumpra critérios de cura de acordo com as normas mais recentes da DGS e se cumpram os seguintes critérios adicionais:
- Período mínimo de 28 dias após a cura;
  - Resultado negativo por RT-PCR.
- e. Os testes para a COVID19 a realizar aos dadores são os testes moleculares de pesquisa de RNA por RT-PCR preferencialmente em amostras do lavado bronco-alveolar colhidas nas 24-72 h prévias à colheita de órgãos (em dadores com tubo orotraqueal) e/ou do exsudado nasofaríngeo, colhidas nas 24h prévias à colheita de órgãos, de acordo com a Orientação 015/2020 da DGS e recomendações do ECDC.
- f. Todos os dadores cuja triagem for inconclusiva são excluídos. As colheitas só serão efetuadas após avaliação completa dos dadores.

### C. Triagem de dadores vivos de órgãos e tecidos

- a. No caso dos tecidos, a pesquisa de RNA de SAR-CoV-2 através de teste RT-PCR em amostra de exsudado nasofaríngeo é obtida antes ou no momento da doação.
- b. No caso dos dadores vivos de órgãos, aplicam-se os critérios definidos para o dador falecido. Realizam teste de pesquisa de RNA de SARS-CoV-2 por RT-PCR em amostra de exsudado nasofaríngeo nos 10 dias prévios à doação e nas 24/72h antes da colheita, devendo o dador evitar contactos sociais e cumprir estritamente todas as medidas de prevenção e controlo de infeção durante esse período.
- c. Recomenda-se adiar a colheita se o potencial dador for um caso confirmado de COVID-19, se tiver suspeita clínica ou se o resultado da triagem para SARS-CoV-2 for positivo ou inconclusivo. A colheita deverá ser suspensa até que se cumpram os critérios de cura de acordo com as normas mais recentes da DGS e se cumpram adicionalmente os seguintes critérios:
- Período mínimo de 28 dias após a cura;
  - Resultado negativo por RT-PCR.

## **D. Atualização de recomendações pelo CEDACE relativas às condições de dádiva, colheita e transplante alogénico não relacionado de células estaminais e progenitores hematopoiéticas, em situação de pandemia COVID-19**

Atualização de recomendações pelo CEDACE relativas às condições de dádiva, colheita e transplante alogénico não relacionado de células estaminais e progenitores hematopoiéticas, em situação de pandemia COVID-19.

No contexto epidemiológico nacional e global e tendo em consideração as avaliações e recomendações emitidas pelas sociedades e organizações clínicas da área da Transplantação celular, a European Society for Blood and Marrow Transplantation (EBMT), a American Society for Transplantation and Cellular Therapy (ASTCT), o World Marrow Donor Association (WMDA) e alguns registos associados, o CEDACE propõe as seguintes medidas no âmbito da actualização dos procedimentos relativos à ativação de dador, segurança da dádiva e colheita e do transplante.

### **a) Articulação**

Articulação Internacional: na ativação de dador internacional, o CEDACE avalia e identifica o meio de comunicação mais efetivo com o Registo Internacional, com o Centro de Transplantação nacional (CT) e com o Centro de Dador (CD) que procederá à tipagem confirmatória (TC).

Articulação Nacional: na ativação de dador nacional, o CEDACE identifica o dador, estabelece com o CT que faz o pedido de ativação do dador, articula com o Centro de Colheita (CC), e com o Centro de Dador, que procederá à tipagem confirmatória (TC).

### **b) Cumprimento dos requisitos de Segurança**

Os Centros de Colheita e Centros de Transplantação devem observar o cumprimento rigoroso de todos os requisitos de segurança estabelecidos pela Autoridade Competente, assim como os procedimentos institucionais estabelecidos no âmbito do Plano de Contingência para a sustentabilidade e segurança da transplantação de órgãos, tecidos e células durante o surto de COVID-19, e de acordo com as suas atualizações.

### **c) Avaliação dos dadores CEDACE (*workup* e tipagem confirmatória):**

Na ativação de um dador o CEDACE deve confirmar a disponibilidade do dador e se não há restrições, impostas pela Autoridade de Saúde Pública, à região geográfica de residência de dador.

A primeira avaliação do dador é estabelecida com base num inquérito epidemiológico com avaliação de fatores de risco para a COVID-19, nomeadamente história prévia de infeção ou exposição ao agente SARS-CoV-2.

Os dadores sem história de infeção e sem critérios epidemiológicos de risco para COVID-19, nos últimos 28 dias, são aprovados.

Os dadores com história de infeção pelo SARS-CoV-2 (COVID-19) não são elegíveis para a dádiva durante um período de 28 dias. Poderão ser aptos após a resolução completa de sintomatologia e da confirmação laboratorial de resultado negativo para o PCR SARS-CoV-2. O período de tempo poderá ser reduzido se o dador se encontrar clinicamente recuperado, não esteja identificado um dador alternativo e após uma cuidadosa avaliação do risco (itens a considerar: data da completa recuperação, severidade e duração da infeção e resultados analíticos relativos à pesquisa de SARS-CoV-2).

Os dadores com exposição a contacto suspeito ou confirmado COVID-19 não são elegíveis para a dádiva durante um período de 28 dias. O dador deve ser monitorizado relativamente à sintomatologia COVID-19. O período de tempo poderá ser reduzido se o dador se encontrar clinicamente recuperado, não esteja identificado um dador alternativo e após uma cuidadosa avaliação do risco (itens a considerar: data do ultimo contacto, natureza do contacto e resultados analíticos relativos à pesquisa de SARS-CoV-2 após contacto).

Os dadores com história de deslocação a áreas de surto ou viagens internacionais ou com contacto próximo de pessoa que realizou viagem internacional não são elegíveis para a dádiva durante um período de 28 dias. O dador deve ser monitorizado relativamente à sintomatologia COVID-19. O período de tempo poderá ser reduzido se o dador se encontrar clinicamente recuperado, não esteja identificado um dador alternativo e após uma cuidadosa avaliação do risco (itens a considerar: data de regresso de viagem, países visitados, contactos de risco e resultados analíticos relativos à pesquisa de SARS-CoV-2 após a viagem).

Os dadores disponíveis, após o *workup*, são convocados pelo CEDACE para a colheita TC (tipagem confirmatória). O CEDACE deve articular com o centro de dador os estudos confirmatórios urgentes.

O dador que não esteja disponível para realizar a tipagem confirmatória associada ao *workup* fica reservado durante 3 meses.

Na avaliação clínica o centro de colheita deve proceder à pesquisa de agente infeccioso no exsudado nasofaríngeo por PCR.

O CEDACE deve articular com o dador, com o centro de colheita, o centro de transplantação ou o Registo Internacional, um calendário adequado para os procedimentos de colheita e de transplante, acautelando e verificando os períodos de tempo necessários a todas as confirmações necessárias e previstas em procedimento.

O centro de colheita deve garantir ao dador CEDACE um circuito hospitalar seguro durante todas as suas deslocações.

**d) Avaliação dos dadores internacionais (*workup* e tipagem confirmatória) ativados pelo CEDACE**

O CEDACE deve avaliar o país de origem do dador em relação ao risco de transmissão comunitária de acordo com o estabelecido pelas autoridades locais de saúde e/ou através de fontes transnacionais disponíveis como sejam a WHO e ECDC.

O CEDACE recomenda aos centros de transplantação nacionais que na situação de ativação de um dador internacional se proceda à avaliação de risco (itens a considerar: caracterização da área geográfica em termos de risco epidemiológico, viagem no próprio país a região geográfica de elevado risco, exposição a casos confirmados ou suspeitos). Aplicam-se os mesmos períodos de segurança estabelecidos para os dadores CEDACE.

Em caso de elevado risco epidemiológico, deverá proceder-se à avaliação e reserva de um dador alternativo (*backup Donor*).

O CEDACE deve articular com o registo do dador um calendário para colheita de amostra CT e com o centro de dador a realização de testes de compatibilidade imunogenéticos confirmatórios.

**e) Segurança do dador CEDACE e da dádiva de CEPH**

Os dadores CEDACE devem ser testados para PCR SARS-CoV-2 no exsudado nasofaríngeo por PCR, na consulta pré-dádiva, nas 24 - 72 horas antes do início da terapêutica para a mobilização de CPH do sangue periférico e nas 24 horas prévias à colheita.

O Dador deve ser notificado da necessidade de adesão a uma conduta social de proteção durante o período que decorre entre a avaliação clínica, a indução da mobilização celular e sua recuperação. Promover o reforço da comunicação pós-dádiva, nos 28 dias após a dádiva, nas situações de doença em dador com COVID-19 ou exposição/contacto com caso confirmado. Em caso confirmado de doença SARS-CoV-2 em dador (após a colheita), notificar o CT para os devidos efeitos.

O CEDACE recomenda a colheita de enxertos de células CD34+, mobilizadas no sangue periférico, sendo que a seleção de outra fonte de enxerto pelo centro de transplantação pode ser fundamentada numa avaliação do risco, considerando a situação clínica do recetor e a necessidade específica por este tipo de enxerto.

#### f) Segurança do enxerto hematopoiético e do transplante

O CEDACE identifica os potenciais riscos que podem comprometer a efetividade do transplante no agendamento previsto:

1. Restrições ao transporte internacional;
2. Dador sintomático ou com contacto com casos suspeito/confirmado à data da colheita;
3. Dador assintomático, com infeção detetada na colheita;
4. Alterações logísticas do Centro de Colheita, devido a surto entre o pessoal

Pelo que o CEDACE recomenda que o condicionamento e a indução da aplasia medular no recetor seja estabelecida somente após a garantia inequívoca da disponibilidade do enxerto hematopoiético no centro de transplantação;

11

A decisão relativa à criopreservação do enxerto hematopoiético é baseada numa avaliação do risco, tendo em linha de conta as seguintes situações, a avaliar pelo centro de transplantação: a circunstância epidemiológica do dador face ao risco de doença COVID-19, a tipologia do enxerto hematopoiético e a sua avaliação celular (qualitativa e quantitativa) bem como a situação do doente (contexto clínico). A criopreservação é reconhecida como a opção segura.

O CEDACE alerta para os riscos potencialmente associados a este procedimento:

1. Perda de viabilidade celular/redução celular, com atraso na recuperação hematológica
2. Incidência de reações adversas devido à presença de DMSO (crioprotector)
3. Recidiva de doença
4. Contaminação bacteriana
5. Enxerto não infundido

Pelo que o CEDACE recomenda que os centros de transplantação procedam à avaliação dos enxertos hematopoiéticos após o descongelamento, com ensaios validados.

O CEDACE recomenda a seleção de dador alternativo (dador backup) face à decisão do Centro de Transplantação de não proceder à criopreservação do enxerto hematopoiético.

Caso o dador primário esteja impossibilitado de efetivar a colheita, o dador alternativo deve ser ativado imediatamente, num período inferior a uma semana.

## 5. Mitigação do risco de exposição dos profissionais e dadores ao SARS-CoV-2

- a) Dadores e potenciais dadores devem ser informados sobre as características da doença COVID-19 e do risco de transmissão. Para tal, devem ser elaborados cartazes / folhetos informativos de acordo com as orientações da DGS e com os critérios de suspensão de potenciais dadores para prevenção do risco de transmissão do SARS-CoV-2;
- b) É possível que um dador infetado e assintomático, pré-sintomático ou com sintomas muito leves, possa colocar em risco os profissionais de saúde e os recetores. As estratégias adotadas para mitigar esse risco devem ser proporcionadas e baseadas em evidências e devem seguir as normas e orientações da DGS, nomeadamente a Norma 007/2020 da DGS referente ao equipamento de proteção individual.

12

---

## 6. Comunicação

A confiança do público e dos profissionais de toda a Rede Nacional de Coordenação de Colheita e Transplantação é importante. Os serviços devem comunicar com clareza para garantir que os dadores, os recetores, a população como um todo, sejam devidamente informados da situação e entendam as ações desenvolvidas e as medidas implementadas.

As mensagens e as ações devem ser proporcionais, baseadas em evidências e consistentes com as mensagens nacionais de resposta;

A comunicação clara e abrangente com a equipa é o primeiro passo para garantir que mensagens objetivas sejam enviadas a dadores, doentes, outros profissionais de saúde e população como um todo.

## 7. Bibliografia

- DGS (2020) Norma 04/2020, 14 outubro 2020  
[https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/10/Norma\\_004\\_2020\\_act\\_14\\_10\\_2020.pdf](https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/10/Norma_004_2020_act_14_10_2020.pdf)
- Norma 015/2020, 24 setembro 2020  
<https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/08/i026538.pdf>
- Norma 019/2020, 26 outubro 2020  
<https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0192020-de-26102020-pdf.aspx>
- DGS (2020) Orientação 02A /2020, 25 janeiro 2020, atualização 4 março 2020  
<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-002a2020-de-25012020-atualizada-a-250220201.aspx>
- DGS (2020) Orientação 006/2020, 26 fevereiro 2020  
<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0062020-de-26022020-pdf.aspx>
- DGS (2020) Orientação 010/2020, 16 de março de 2020  
<https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/03/i026011.pdf>
- DGS (2020) Orientação 015/2020, 24 abril 2020  
<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0152020-de-23032020-pdf.aspx>
- DGS/INFARMED/INSA (2020) Circular Informativa Conjunta N.003/CD/100.20.200, 27 maio 2020  
<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/circular-informativa-conjunta-dgsinfarmedinsa-n-003cd10020200-de-27052020-pdf.aspx>
- ECDC (2020) Rapid Risk assessment, Outbreak of novel coronavirus disease 2019 (COVID-19): increased transmission globally - fifth update, 2 march 2020  
<https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/RRA-outbreak-novel-coronavirus-disease-2019-increase-transmission-globally-COVID-19.pdf>
- ECDC (2020) Rapid Risk assessment, Coronavirus disease - 2019 (COVID-19) and supply of substances of human origin in EU/EEA - first update, april 2020  
<https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/COVID%2019-supply-substances-human-origin-first-update.pdf>
- Ministério da Modernização do Estado e da Administração Pública (2020) Despacho 2836-A/2020, 2 março 2020  
<https://dre.tretas.org/dre/4025132/despacho-2836-A-2020-de-2-de-marco>

- WMDA Donor Medical Suitability recommendations, 4 March 2020
- World Health Organization (2020) Global Surveillance for COVID-19 disease by human infection with novel coronavirus, Interim guidance, 27 february 2020. [https://www.who.int/publications-detail/global-surveillance-for-human-infection-with-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/publications-detail/global-surveillance-for-human-infection-with-novel-coronavirus-(2019-ncov))
- Declaração de Pandemia pela OMS, 11 março 2020 <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
- Decreto de Estado de Emergência pelo Presidente da República, 18 março 2020 <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/130399862/details/normal?!=1>
- CEDACE Comunicação 10 março 2020 Alteração aos procedimentos do CEDACE, no âmbito do surto de COVID19. Changes to CEDACE procedure, due to COVID-19
- Ljungman, Jan Styczynski, Malgorzata Mikulska, Rafael de la Camara. Approved by: Nicolaus Kröger, John Snowden, Harry Dolstra, Andreu Gusi CORONAVIRUS DISEASE COVID-19: EBMT RECOMMENDATIONS VERSION 9 - June 15, 2020
- Ljungman, P., Mikulska, M., de la Camara, R. et al. The challenge of COVID-19 and hematopoietic cell transplantation; EBMT recommendations for management of hematopoietic cell transplant recipients, their donors, and patients undergoing CAR T-cell therapy. Bone Marrow Transplant (2020). <https://doi.org/10.1038/s41409-020-0919-0>
- Ghada Algwaiz, Mahmoud Aljurf, Mickey Koh, et al. Real-World Issues and Potential Solutions in Hematopoietic Cell Transplantation during the COVID-19 Pandemic: Perspectives from the Worldwide Network for Blood and Marrow Transplantation and Center for International Blood and Marrow Transplant Research Health Services and International Studies Committee, Biology of Blood and Marrow Transplantation, 2020, 1 <https://doi.org/10.1016/j.bbmt.2020.07.021>.

Lisboa, 05 de novembro de 2020

Instituto Português do Sangue e da  
Transplantação, I.P.

Direção-Geral da Saúde

---

Dr<sup>a</sup>. Maria Antónia Escoval  
Presidente do Conselho Diretivo

---

Dr<sup>a</sup>. Graça Freitas  
Diretora-Geral da Saúde