



COMUNICADO 002/2017

Regulação dos Centros de Formação em Perfusão pela Sociedade Brasileira de Circulação Extracorpórea – SBCEC

Baseado nas Normas Brasileiras para o Exercício da Especialidade de Perfusionista em Circulação Extracorpórea, e nos Pareceres Técnicos 01 e 02/2017, a SBCEC emite o comunicado às instituições que desejam oferecer o curso de Perfusão.

1. A SBCEC reconhecerá como Centros Formadores todas as instituições que obedecerem aos seguintes critérios:
 - 1.1. Oferecer carga horária total mínima de 1200h/aula.
 - 1.1.1. Oferecer carga horária prática mínima de 800h/aula.
 - 1.1.2. Oferecer carga horária teórica mínima de 400 h/aula.
 - 1.2. O aluno deve realizar pelo menos 100 perfusões sob sua responsabilidade, sendo supervisionadas por um Perfusionista Titulado pela SBCEC.
 - 1.3. O curso de formação deve ser coordenado por um Perfusionista Titulado pela SBCEC e em situação regular ou por um Cirurgião Cardiovascular com Título de Especialista emitido pelo MEC ou pela SBCCV, em convênio com a AMB e CFM.
 - 1.4. Os professores do curso de formação devem ter, obrigatoriamente, a seguinte formação mínima:
 - 1.4.1. Quando Perfusionistas: Título de Especialista emitido pela SBCEC.
 - 1.4.2. Quando Cirurgiões Cardiovasculares: Título de Especialista emitido pelo MEC ou pela SBCCV, em convênio com a AMB e CFM.
 - 1.5. Possuir a grade curricular mínima em consonância com a apresentada no Artigo 12, §3º das Normas Brasileiras para o Exercício da Especialidade de Perfusionista em Circulação Extracorpórea.



2. Documentos necessários para apresentar à SBCEC/SBCCV pela instituição que pretende ser um Centro Formador de Perfusionistas:
 - 2.1. Carta de um cirurgião cardiovascular que atue no serviço em que será realizada a parte prática do curso, titulado pela SBCCV, aprovando e reconhecendo o curso de formação (anexo I).
 - 2.2. Carta do coordenador do curso, reconhecendo sua responsabilidade sobre o curso e sobre todas as informações repassadas à SBCEC/SBCCV (anexo II).
 - 2.3. Carta de um Perfusionista, titulado pela SBCEC e em situação regular com a Sociedade, reconhecendo o curso e se responsabilizando como preceptor das aulas práticas (anexo III).
 - 2.4. Ementa do curso com a carga horária mínima exigida.
 - 2.5. Após a conclusão de cada turma, a instituição deve enviar à SBCEC a lista com os dados e a relação das 100 perfusões (anexo IV) de cada formando.

Cada instituição que hoje é reconhecida pela Sociedade Brasileira de Circulação Extracorpórea, será notificada das alterações das normas e terá um prazo para sua adequação. O valor da carga-horária deficitária, e se esta é teórica ou prática influenciará no prazo permitido de adequação.

Campinas, 2 de outubro de 2017.

Élio B. de Carvalho Filho
Presidente da SBCEC

Fábio Murillo Costa
Vice-Presidente da SBCEC

Sintya T. Chalegre
Presidente do Conselho Científico da SBCEC



ANEXO I: Carta de um cirurgião cardiovascular que atue no serviço em que será realizada a parte prática do curso, titulado pela SBCCV, aprovando e reconhecendo o curso de formação

CARTA DE RECONHECIMENTO E APROVAÇÃO

Eu, _____, Cirurgião Cardiovascular, Registro Profissional número _____ (CRM/UF), sócio da Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular (SBCCV) número _____, título de especialista em Cirurgia Cardiovascular – SBCCV número _____, declaro para devidos fins que atuo no Serviço de Cirurgia Cardiovascular _____ (nome do serviço, hospital ou empresa medica), reconhecendo e aprovando a realização do Curso de Formação de perfusionistas neste local.

Estou à disposição para eventuais esclarecimentos.

Local e Data.

(Assinatura e Carimbo)



ANEXO II: Carta do coordenador do curso, reconhecendo sua responsabilidade sobre o curso e sobre todas as informações repassadas à SBCEC/SBCCV

CARTA DE RECONHECIMENTO E RESPONSABILIDADE

Eu, _____, coordenador do Curso de Formação de Perfusionistas _____ (nome do curso) no Centro Formador _____ (nome da Instituição), Registro Profissional número _____, sócio da Sociedade Brasileira de Circulação Extracorpórea (SBCEC) / Sociedade de Cirurgia Cardiovascular (SBCCV) número _____, título de especialista – SBCEC (SBCCV) número _____, declaro para devidos fins que reconheço o curso acima especificado e me responsabilizo sobre todas as informações repassadas à SBCEC/SBCCV.

Estou à disposição para eventuais esclarecimentos.

Local e Data.

(Assinatura e Carimbo)



ANEXO III: Carta de um Perfusionista, titulado pela SBCEC e em situação regular com a Sociedade, reconhecendo o curso e se responsabilizando como preceptor das aulas práticas

CARTA DE RECONHECIMENTO E PRECEPTORIA DE AULAS PRÁTICAS

Eu, _____, Perfusionista, Registro Profissional número _____, sócio da Sociedade Brasileira de Circulação Extracorpórea (SBCEC) número _____, título de especialista – SBCEC número _____, declaro para devidos fins que reconheço o Curso de Formação de Perfusionistas _____ (nome do curso) no Centro Formador _____ (nome da Instituição). Responsabilizo-me como preceptor das aulas práticas realizadas e das 100 perfusões que os alunos deverão conduzir sob sua responsabilidade, sob supervisão de um Perfusionista Titulado pela SBCEC.

Estou à disposição para eventuais esclarecimentos.

Local e Data.

(Assinatura e Carimbo)



SBCEC

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRCULAÇÃO EXTRACORPÓREA

6

ANEXO IV: Modelo para envio da comprovação das 100 perfusões sob responsabilidade do aluno e seu supervisor (Perfusionista Titulado pela SBCEC).

Número da CEC:			
Data:	Código Hospitalar:	Idade:	Sexo:
Nome do Paciente:		Hospital:	
Diagnóstico:			
Cirurgia:			
Tempo de CEC:	Tempo de Pinçamento:	Tempo Isquemia:	
Cirurgião:			

Número da CEC:			
Data:	Código Hospitalar:	Idade:	Sexo:
Nome do Paciente:		Hospital:	
Diagnóstico:			
Cirurgia:			
Tempo de CEC:	Tempo de Pinçamento:	Tempo Isquemia:	
Cirurgião:			

Número da CEC:			
Data:	Código Hospitalar:	Idade:	Sexo:
Nome do Paciente:		Hospital:	
Diagnóstico:			
Cirurgia:			
Tempo de CEC:	Tempo de Pinçamento:	Tempo Isquemia:	
Cirurgião:			

Número da CEC:			
Data:	Código Hospitalar:	Idade:	Sexo:
Nome do Paciente:		Hospital:	
Diagnóstico:			
Cirurgia:			
Tempo de CEC:	Tempo de Pinçamento:	Tempo Isquemia:	
Cirurgião:			

Rua Jardel Frederico de Bôscoll, 110 - Vila Teixeira
13.034-440 – Campinas – São Paulo
Telefone: (19) 3242-5748

www.sbcec.com.br

E-mail: secretaria@sbcec.com.br



SBCEC

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRCULAÇÃO EXTRACORPÓREA

7

Número da CEC:			
Data:	Código Hospitalar:	Idade:	Sexo:
Nome do Paciente:		Hospital:	
Diagnóstico:			
Cirurgia:			
Tempo de CEC:	Tempo de Pinçamento:	Tempo Isquemia:	
Cirurgião:			

Número da CEC:			
Data:	Código Hospitalar:	Idade:	Sexo:
Nome do Paciente:		Hospital:	
Diagnóstico:			
Cirurgia:			
Tempo de CEC:	Tempo de Pinçamento:	Tempo Isquemia:	
Cirurgião:			

Número da CEC:			
Data:	Código Hospitalar:	Idade:	Sexo:
Nome do Paciente:		Hospital:	
Diagnóstico:			
Cirurgia:			
Tempo de CEC:	Tempo de Pinçamento:	Tempo Isquemia:	
Cirurgião:			

Número da CEC:			
Data:	Código Hospitalar:	Idade:	Sexo:
Nome do Paciente:		Hospital:	
Diagnóstico:			
Cirurgia:			
Tempo de CEC:	Tempo de Pinçamento:	Tempo Isquemia:	
Cirurgião:			