

1. ÍNDICE

1. ÍNDICE	1
2. O CEDACE NO SEU CONTEXTO	2
3. SUMÁRIO EXECUTIVO	4
4. EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE DADORES REGISTRADOS.....	7
5. NÍVEL DE TIPAGEM DOS DADORES INSCRITOS.....	10
6. FREQUÊNCIAS GENÉTICAS DO CEDACE	13
7. CONSULTAS AO REGISTO E ACTIVAÇÕES DE DADORES	24
8. NÚMERO E EVOLUÇÃO DAS COLHEITAS REALIZADAS EM PORTUGAL COM DADORES NACIONAIS	28
9. DADORES RETIRADOS DO REGISTO	32
10. REDE HOSPITALAR DE APOIO E PROTOCOLOS CELEBRADOS	33

2. O CEDACE NO SEU CONTEXTO

O CEDACE (Centro Nacional de Dadores de Células de Medula Óssea, Estaminais ou de Sangue do Cordão), foi criado por despacho do Ministro da Saúde em 1995, está inscrito no BMDW (Bone Marrow Donor Worldwide) (<http://www.bmdw.org/>) e é membro do WMDA (World Marrow Donor Association).

Tal como definido legalmente tem as seguintes atribuições:

- Organizar os pedidos de dadores de células de medula óssea, estaminais ou de sangue do cordão, nacionais ou internacionais;
- Coordenar as actividades de doação, conservação e transplante de células de medula óssea, estaminais ou de sangue de cordão;
- Coordenar e organizar em colaboração com os Centros de Histocompatibilidade o recrutamento e aconselhamento de dadores;
- Coordenar os dados de tipagem de dadores eventuais e manter actualizado o respectivo registo
- Manter uma relação e informação permanentes sobre os dadores eventuais com os centros hospitalares de colheita e transplantação e com as unidades de Imunohemoterapia.

O CEDACE está integrado no Centro de Histocompatibilidade do Sul

A actividade do CEDACE pode ser dividida em três áreas fundamentais, cada uma delas dependente de várias instituições:

1. A actividade de Registo, sediada no Centro de Histocompatibilidade do Sul
2. A actividade de Centro de Dador da responsabilidade dos três Centros de Histocompatibilidade do Sul, Centro e Norte.
3. Actividade de colheita de células para transplantação garantida pelas Unidades de Colheita dos Institutos Portugueses de Oncologia de Lisboa e Porto e do Hospital de Santa Maria.

A actividade como Registo de Dadores (CEDACE) passa pela acção de comunicação com Unidades de Transplantação, com as Unidades de Colheita nacionais e estrangeiras, contactos com Registos Estrangeiros, coordenação das colheitas de células para doentes nacionais ou estrangeiros, suporte financeiro das despesas resultantes da actividade de colheita, comunicação com dadores, a fim de manter o Registo actualizado e garantir a fidelização dos dadores ao longo do período em que estão inscritos e não são chamados, controlo da facturação entre as Unidades de Transplantação e Registos Internacionais, contacto com os Centros de Dadores e, ainda, a manutenção da base informática nacional e o cruzamento com as bases de Registos Estrangeiros.

A actividade como Centro de Dador corresponde à actividade laboratorial de apoio ao Registo e que está sedeadada nos 3 Centros de Histocompatibilidade. Os Centros de Dadores são responsáveis pelas colheitas de amostras e tipagem de dadores nas suas zonas de influência, cujos resultados são seguidamente enviados para o CEDACE. São, ainda, responsáveis pelos estudos dos dadores quando são activados para doentes da sua região, e na preparação da transplantação, nomeadamente no acompanhamento no processo de consulta médica pré colheita e na colheita.

A actividade de colheita de células para transplantação nacional e internacional é garantida pelos Centros de Colheita que estão, neste momento, a exercer a sua actividade no Instituto Português de Oncologia de Lisboa e do Porto e no Centro Hospitalar de Lisboa Norte - Hospital de Santa Maria.

3. SUMÁRIO EXECUTIVO

O ano de 2009 manteve um forte crescimento do número de dadores inscritos no CEDACE, com a inscrição de mais 39794 dadores tipados em HLA AB e DR, correspondendo a um aumento de 27,8%, comparativamente a 31 de Dezembro do ano anterior.

Estes números continuam a ser representativos da generosidade dos portugueses, mas reflectem, por outro lado, a capacidade dos Centros Dadores em continuar a recrutar novos dadores. Deve, ainda, ser referido que apenas são possíveis devido ao apoio financeiro do Ministério da Saúde através das ARS (Administrações Regionais de Saúde) de cada região, bem como a cooperação estreita com a APCL (Associação Portuguesa Contra a Leucemia) que tem apoiado quer o Registo quer os Centros de Dadores com o financiamento de pessoal, equipamento e reagentes. Deve salientar-se o papel de outras associações e grupos de dadores de sangue, bem como dos meios de comunicação social que mantêm um papel relevante na divulgação desta causa.

Em 2009, para além do crescimento dos dadores em geral deve ser referido o aumento verificado na Região Autónoma da Madeira que, dos 296 dadores inscritos, passou para mais de 4000. Mais uma vez a existência de doentes locais e a mediatização destas situações, foram factores determinantes para o crescimento do número de inscrições.

O facto de, pela primeira vez, as redes sociais terem sido utilizadas como meios de comunicação privilegiados veio trazer também uma nova realidade para o CEDACE, não apenas em número de dadores, mas na forma mais ágil como estes acorreram a disponibilizar-se para a inscrição. Estas novas realidades aumentaram o grau de exigência sobre os Centros de Histocompatibilidade que, ao verem aumentar o número de dadores inscritos e de amostras para tipar, tiveram de otimizar os seus métodos para responder a esse aumento.

Na verdade, para além da colheita de amostras, a ajuda aos doentes depende da capacidade de tipar dadores para que fiquem rapidamente disponíveis na base de dados para consulta. Tal como se mostra no Figura 4.2 do presente Relatório, os Centros de Histocompatibilidade deram resposta às necessidades geradas em 2009.

O Registo continua a ter maior predominância de dadores do sexo feminino, e no que respeita aos escalões etários não há alterações significativas.

Deste aumento do número de dadores, pode-se verificar que correspondeu a um aumento do número de activações pedidas por registos internacionais, e a um aumento do número de doentes nacionais transplantados em 2009 com dadores do CEDACE relativamente a 2008 (aumento de 38.2% de 13 para 18), e o aumento dos dadores do CEDACE em 2009 relativamente a 2008 é de 27.8 %. O aumento dos doentes internacionais transplantados com dadores do CEDACE foi apenas de 2% (de 36 para 37).

Apesar disso, estes dados continuam a apontar para a realidade que era esperada de que a nossa actividade será maior para os Registos Internacionais, e, também, os nossos doentes serão mais transplantados com dadores internacionais. Este é um fenómeno comum a todos os Registos e é esta, aliás, a justificação para o esforço que é feito, através do BMDW, para ajudar doentes em qualquer parte e assim ultrapassar o polimorfismo genético característico da espécie.

Este ano foi realizada a análise estatística do Registo, quer a nível nacional quer regional, por se considerar que é uma importante fonte de informação para todos os profissionais, a qual foi possível dada a inscrição de dadores pelos três Centros de Histocompatibilidade, pelo que, desde já, deve ser referido o seu relevante contributo na tipagem estes dadores. Este trabalho agora iniciado irá continuar a ser desenvolvido, no futuro para disponibilização de novas análises.

Em termos de colheitas efectivas, podemos ver que houve um aumento devido a um maior número de colheitas para doentes internacionais, havendo, aparentemente, uma estabilização entre 2008 e 2009 da percentagem de colheitas destinadas a doentes nacionais. Os países que mais têm transplantado com dadores do CEDACE são a a Áustria com 4, o Reino Unido com 6, e os Estados Unidos com 7 colheitas realizadas em dadores nacionais.

Finalmente, deve ser referido, que até esta altura, o número de dadores perdidos anualmente não é significativo, devendo, contudo, ser feito um esforço para que a colheita garanta a sustentabilidade do CEDACE.

Resumo:

A actividade do CEDACE tem crescido de forma acentuada nos últimos 6 anos, sustentada pelo crescimento do número de dadores inscritos pelos três Centros de Histocompatibilidade. Este fenómeno sustentado é seguramente um sinal da generosidade de todos os dadores, mas também do investimento do Ministério da Saúde e dos apoios de instituições não governamentais. O crescimento da actividade é principalmente baseado no crescimento internacional das activações e da transplantação com colheitas nacionais, facto que no entanto deve ser encarado conjuntamente com a realidade de que os nossos doentes são também ajudados principalmente pelos dadores de outros países.

4. EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE DADORES REGISTRADOS

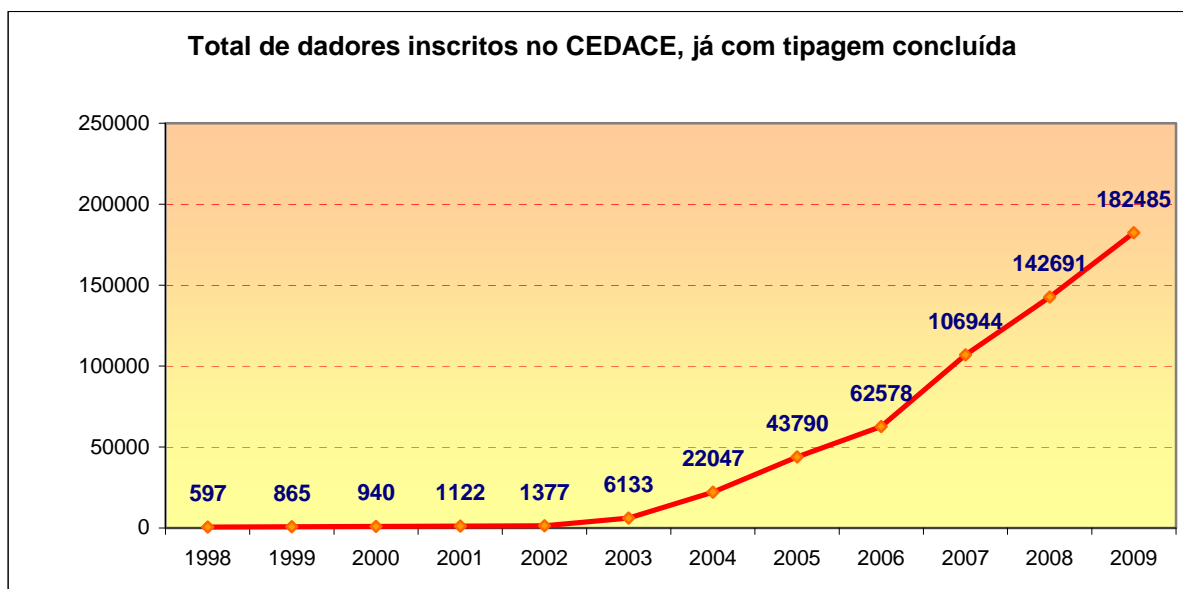


Figura 4.1 - Evolução do número de dadores inscritos no CEDACE desde 1998, com tipagem HLA, desde 1998 até 31 de Dezembro de 2009

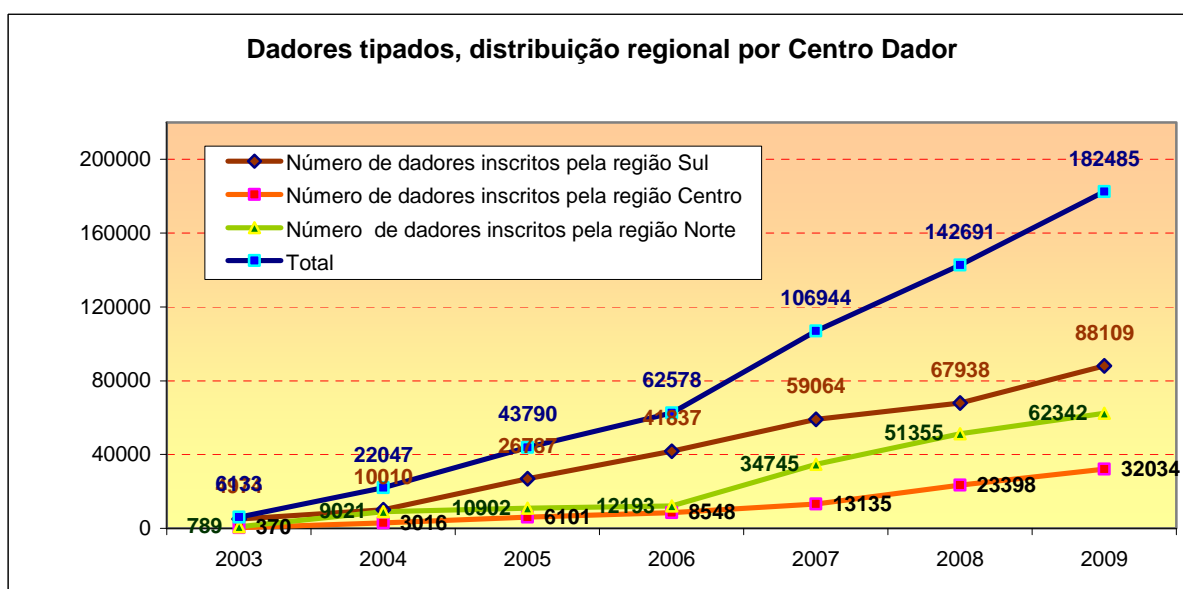


Figura 4.2 - Evolução dos dadores inscritos em Registo e a respectiva distribuição regional, desde o ano de 2003 até Dezembro de 2009. No ano de 2009 a Região Sul tipou 20171 dadores (média mensal de 1689) a Região Centro tipou 8636 (média mensal de 719) e a Região Norte tipou 10987 (média mensal 915)

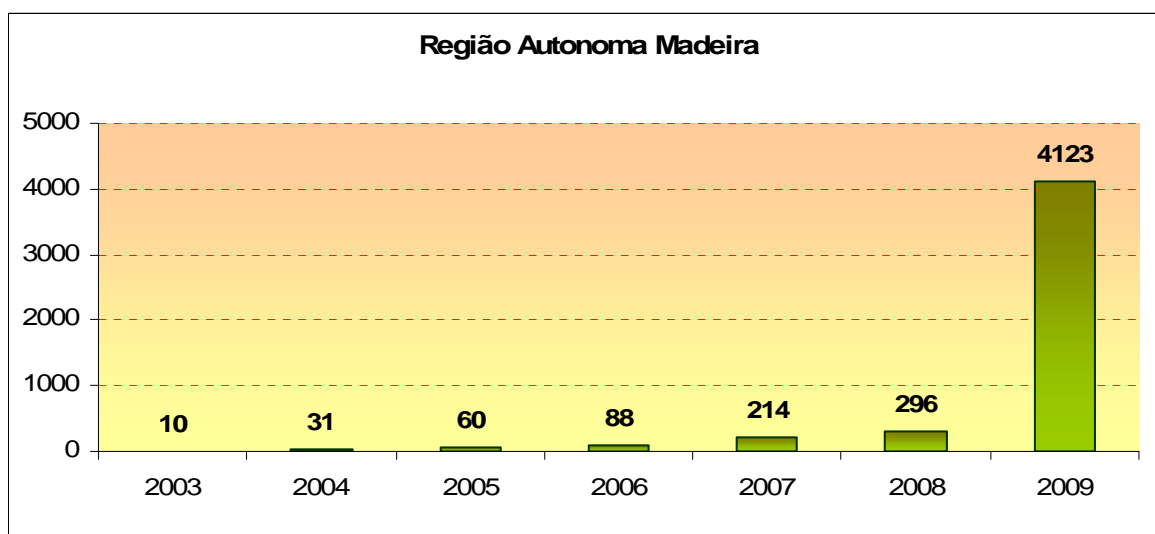


Figura 4.3 – Evolução do número de dadores inscritos pela Região Autónoma da Madeira desde 2003 até Dezembro de 2009, verificando-se que no último ano houve um crescimento acentuado devido a um caso de um doente que foi mediatizado na Região

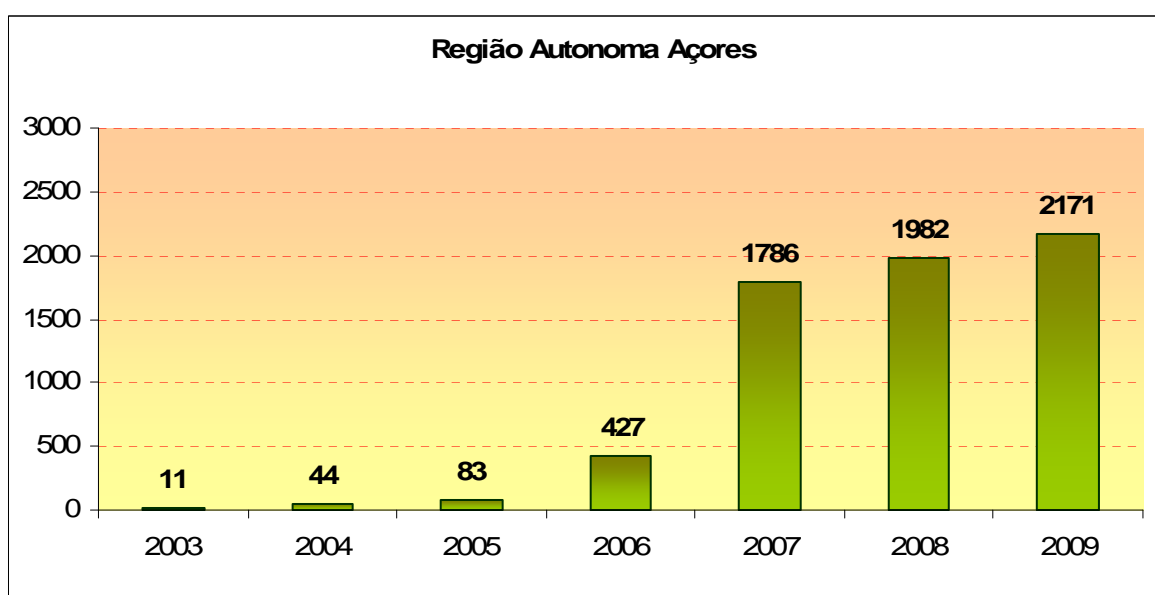


Figura 4.4 - Evolução do número de dadores inscritos pela Região Autónoma dos Açores desde 2003 até Dezembro de 2009

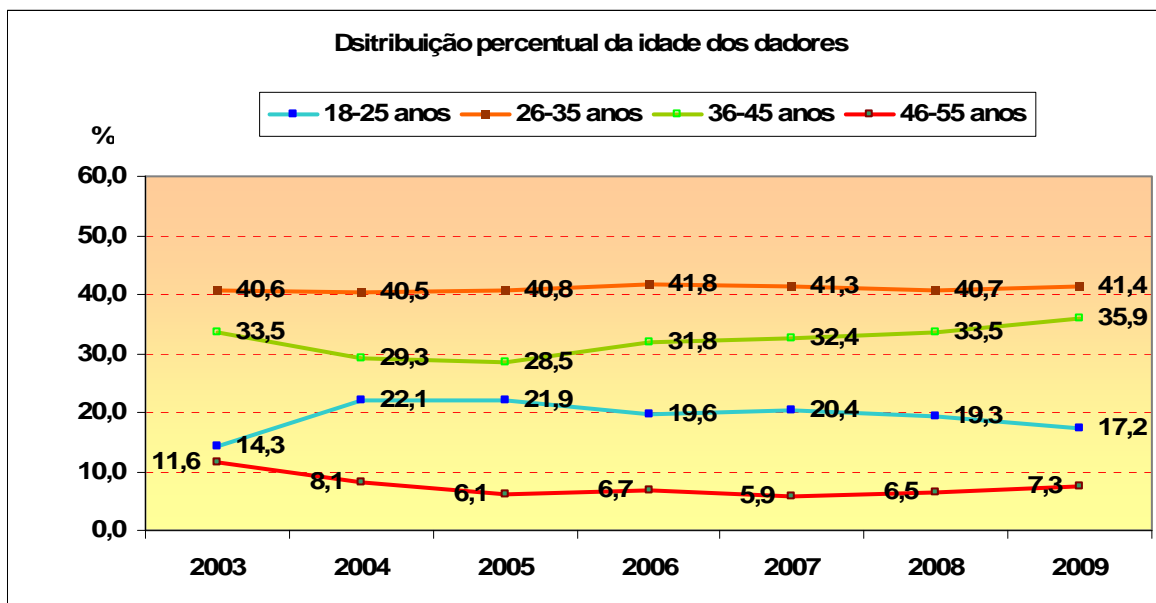


Figura 4.5 - Evolução ao longo dos últimos 6 anos da percentagem de dadores distribuídos por escalões etários dos 18-25, 26-35, 36-45 e 46-55 anos

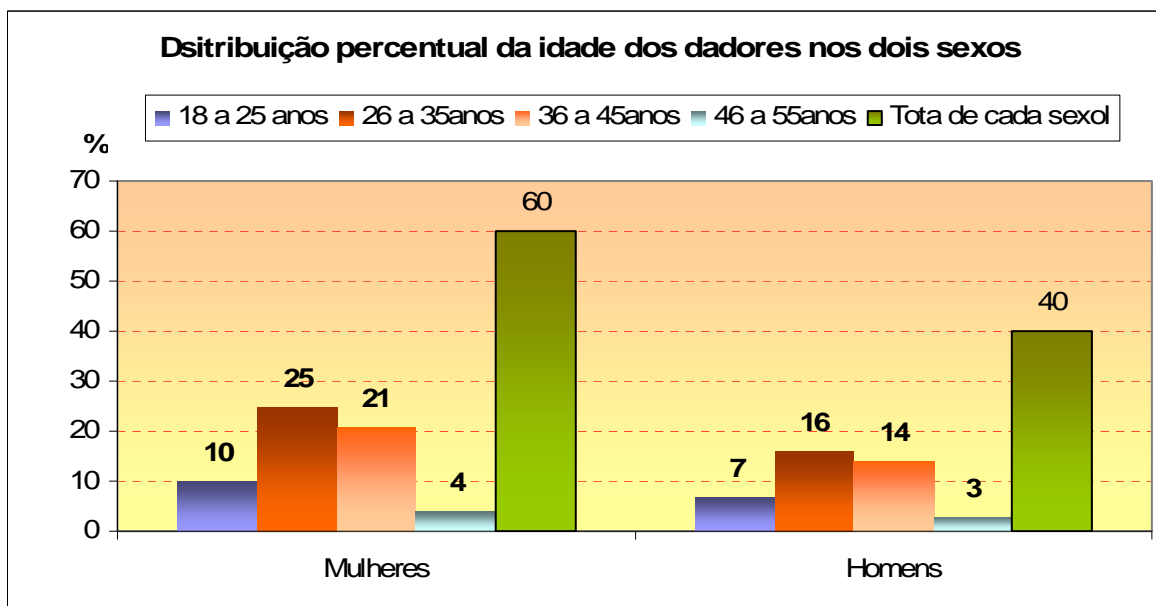


Figura 4.6 - Distribuição percentual dos dadores por sexo, e dentro de cada sexo por escalões etários, no final de 2009

5. NÍVEL DE TIPAGEM DOS DADORES INSCRITOS

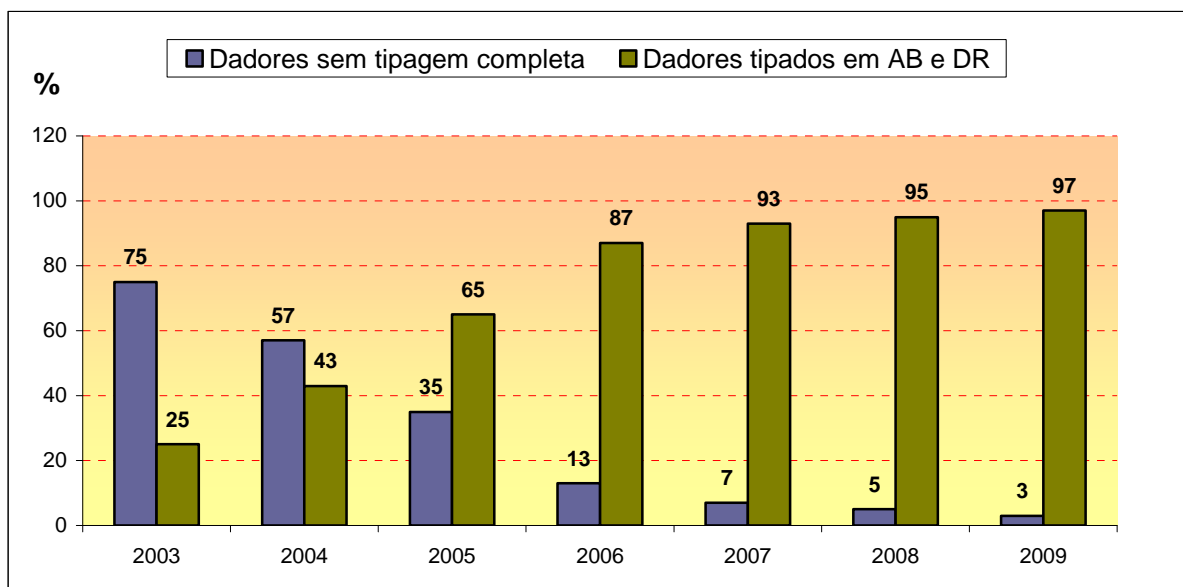


Figura 5.1 - Evolução da percentagem de dadores com tipagem HLA AB e DR inscritos no registo ao longo dos seis últimos anos

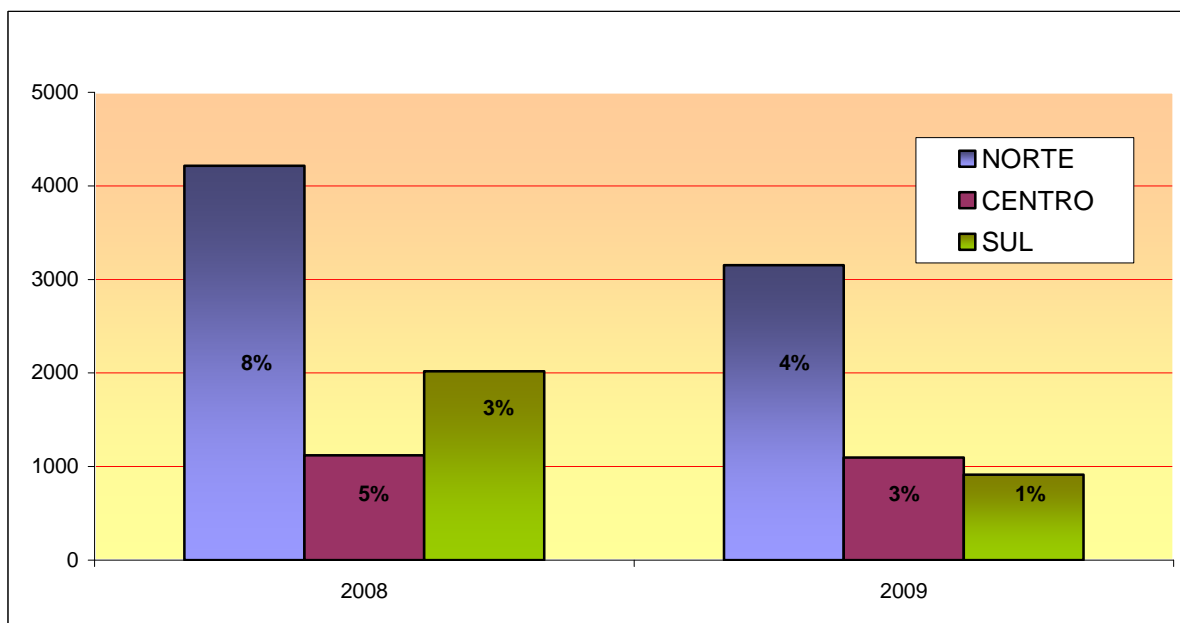


Figura 5.2 - Total de dadores com tipagem incompleta no final de 2008 e 2009 em cada região. Considerando as diferenças do número de dadores em cada região pode ver-se também a percentagem a que corresponde o número de dadores sem tipagem completa para cada região

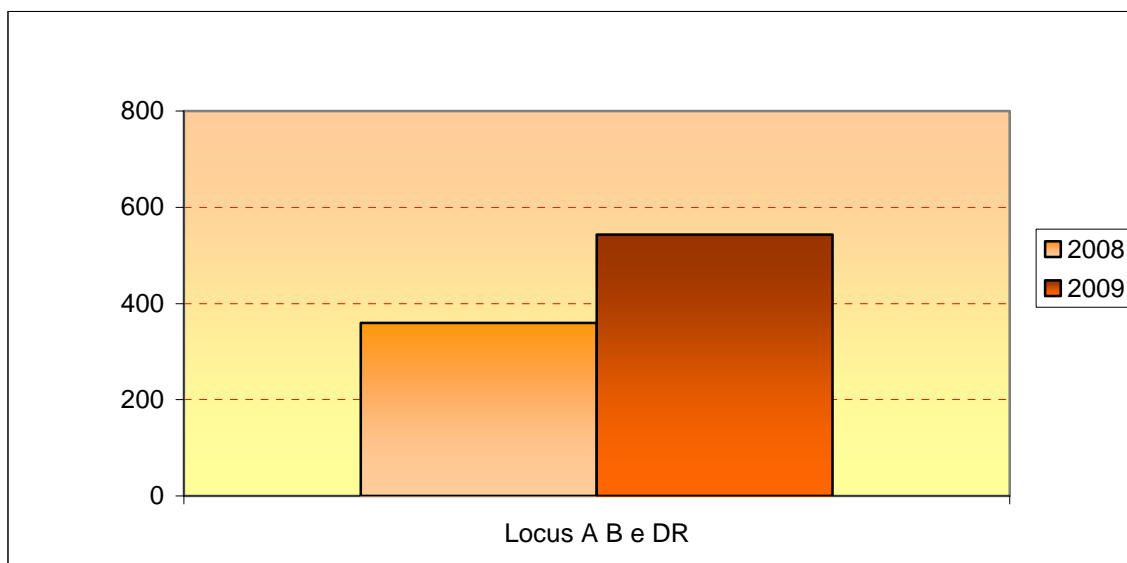


Figura 5.3 – Dadores tipados em alta definição AB e DR no final de 2009

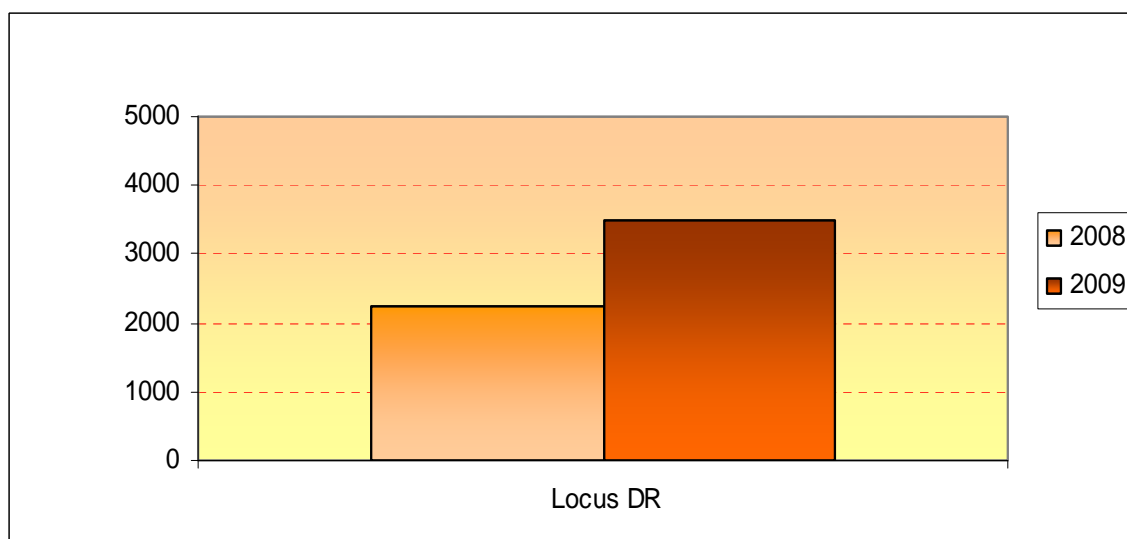


Figura 5.4 – Dadores tipados em alta definição só para o locus DR no final de 2009

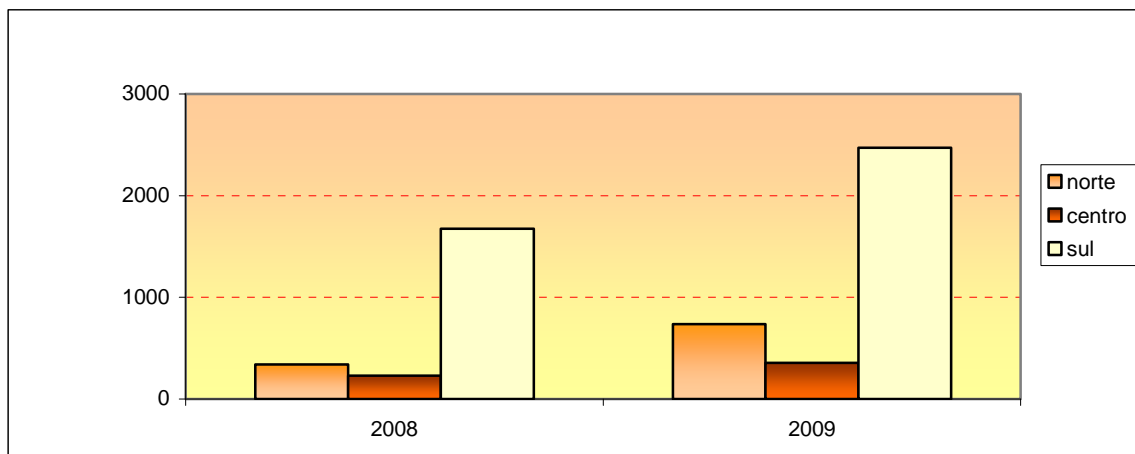


Figura 5.5 – Dadores tipados em alta definição AB e DR nos anos 2008 e 2009 em cada região

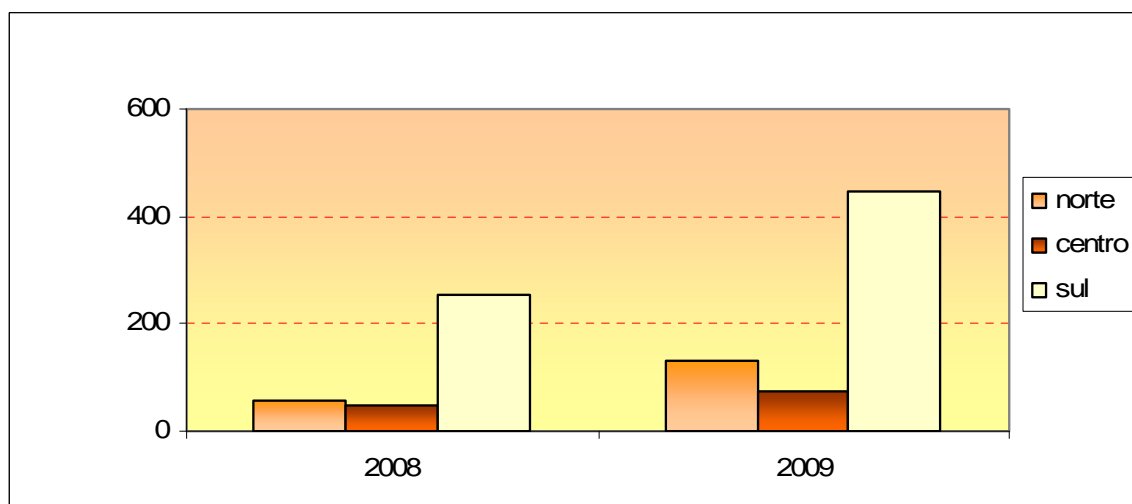


Figura 5.6 – Dadores tipados em alta definição DR nos anos 2008 e 2009 em cada região

6. FREQUÊNCIAS GENÉTICAS DO CEDACE

A diversidade genética do Sistema de Histocompatibilidade Humano HLA (*Human Leucocyte Antigen*) coloca o principal desafio à identificação de dadores de Células Progenitoras Hematopoiéticas (CPH) compatíveis com um determinado doente. São actualmente conhecidos mais de 4.400 alelos nos loci genéticos do HLA da classe I e classe II, o que torna este sistema o mais polimórfico do genoma humano. No entanto, apesar de toda esta variabilidade e diversidade apenas uma fracção destes alelos e combinações destes alelos são encontrados na população com uma frequência razoável.

A diversidade genética do sistema HLA verifica-se a dois níveis: ao nível da frequência alélica de cada locus e nas combinações de alelos dos diferentes locus por cromossoma (haplotipo), sujeitas a um forte desequilíbrio de ligação genético. Ambas as frequências alélicas e haplotípicas estão sobre uma forte componente antropológica, quer étnica, quer regional.

De forma a avaliar a utilidade clínica do CEDACE é importante conhecer, com pormenor, a sua diversidade genética e caracterizar os nichos populacionais que os constituem. Desta análise resulta o conhecimento necessário para elaborar estratégias que permitam aumentar a diversidade do registo com a selecção de populações com haplotipos menos representados, mas também, a optimização dos algoritmos de matching com a previsão da probabilidade de encontrar um dador com match total e ou diferentes graus de match parcial.

O estudo apresentado neste relatório incide sobre a população do CEDACE (n=174660) e sobre a divisão desta população pelo distrito onde cada indivíduo declarou a residência. As populações seleccionadas de cada distrito declaram ter origem ocidental. Sobre a população da região urbana de Lisboa não foi colocado qualquer critério de selecção em relação à origem.

As análises populacionais e interpopulacionais foram feitas com o software de análise *Arlequin - An Integrated Software for Population Genetics Data Analysis V3.1* e a relação filogenética '*neighbor joining*' entre as diferentes populações de cada distrito estabelecida com o programa *MEGA4: Molecular Evolutionary Genetics Analysis (MEGA) software version 4.0*.

Figura 6.1. Distribuição das Frequências Alélicas HLA-A nas Várias Regiões de Portugal e no CEDACE

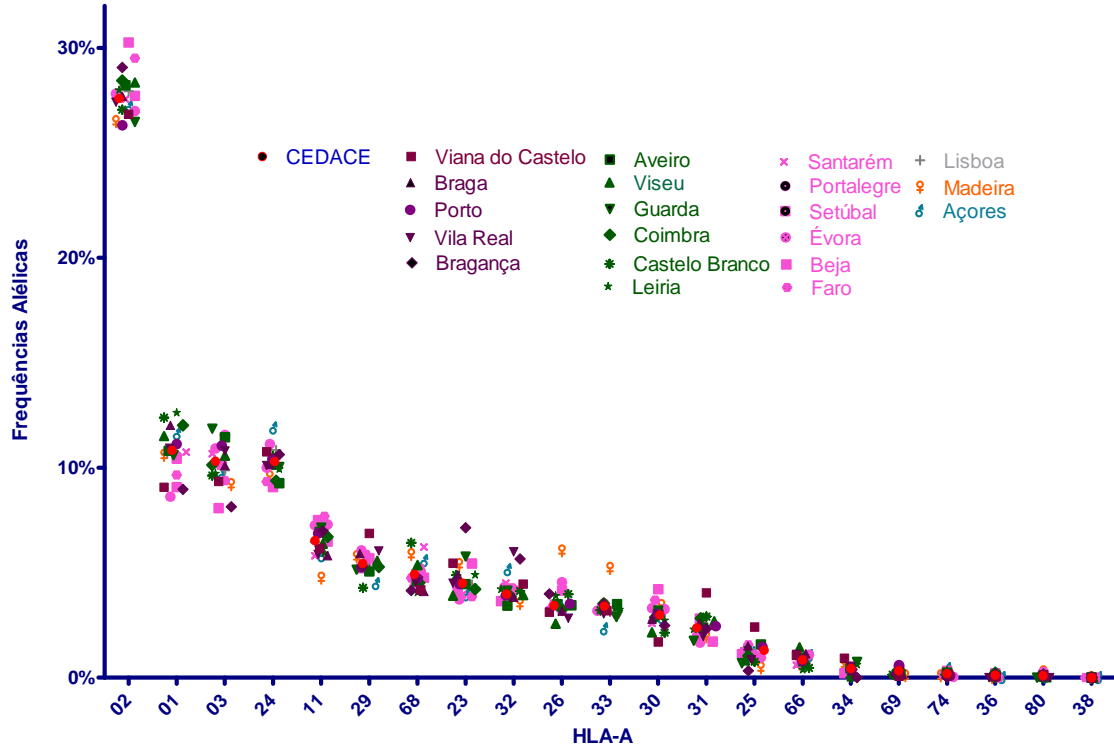


Figura 6.2. Distribuição das Frequências Alélicas HLA-B nas Várias Regiões de Portugal e no CEDACE

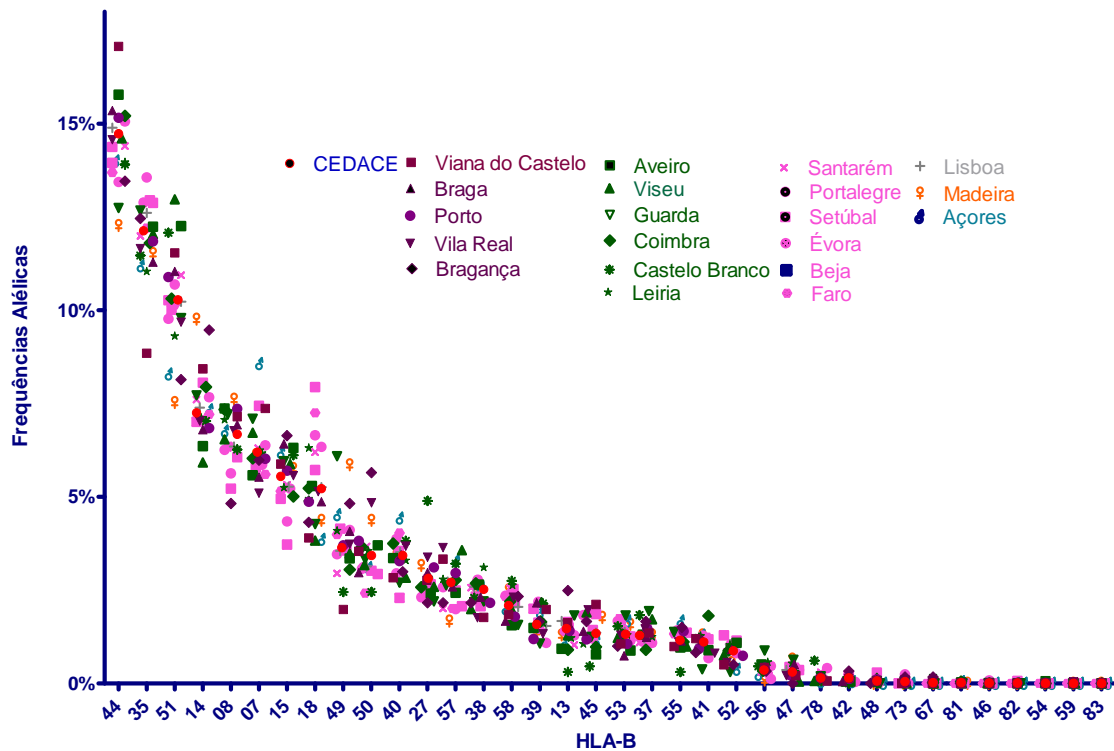


Figura 6.3. Distribuição das Frequências Alélicas HLA-DRB1 nas Várias Regiões de Portugal e no CEDACE

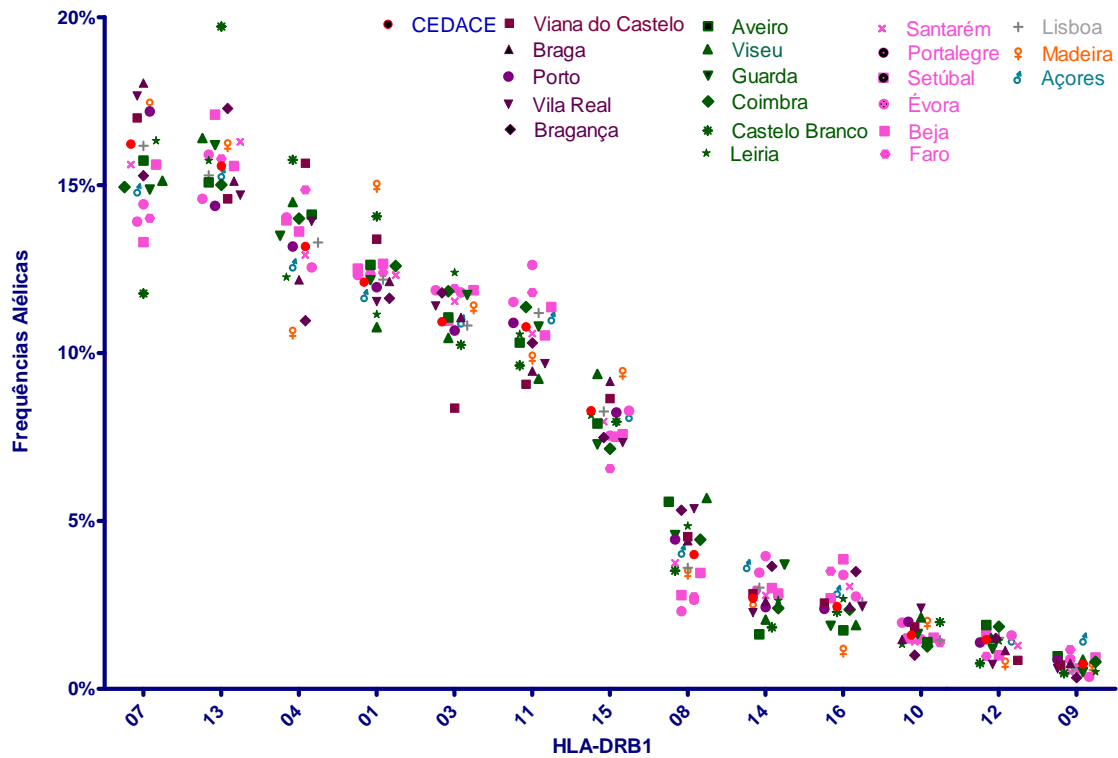


Figura 6.4. Haplotipos HLA-ABDRB1 da Região Norte com Frequência > 0.5% (Distribuição desses Haplotipos nos Distritos de V. Castelo, Braga, Vila Real, Bragança, Porto)
Frequência Cumulativa >1% = 12,349%

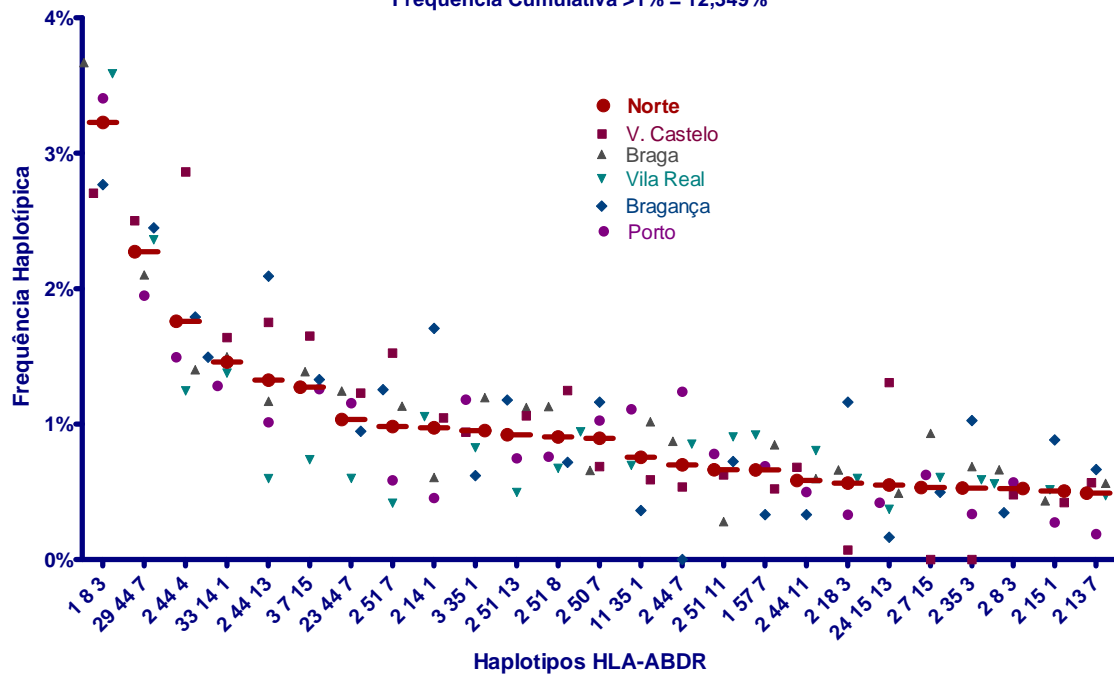


Figura 6.5. Haplotipos HLA-ABDRB1 da Região Centro com Frequência > 0.5%
(Distribuição desses Haplotipos pelos Distritos de Aveiro, Viseu, Guarda, Coimbra, C. Branco e Leiria)
Frequência Cumulativa >1% = 14,408%

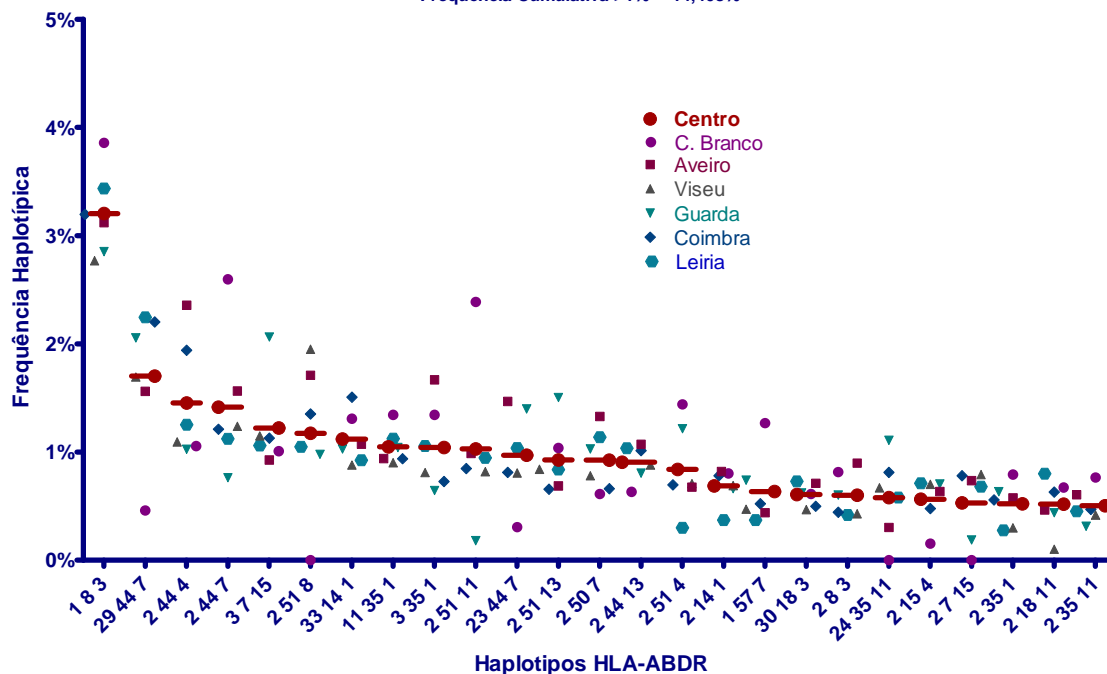


Figura 6.6. Haplotipos HLA-ABDRB1 da Região Sul com Frequência > 0.5%
(Distribuição desses Haplotipos pelos Distritos de Santarém, Portalegre, Setúbal, Évora, Beja, Faro)
Frequência Cumulativa >1% = 12,428%

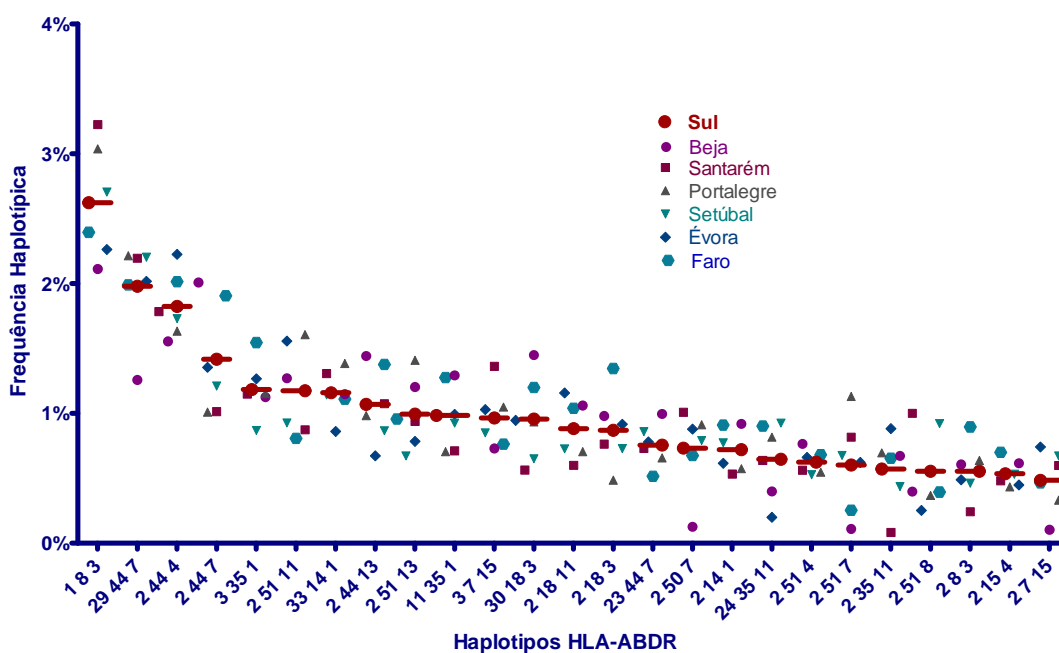
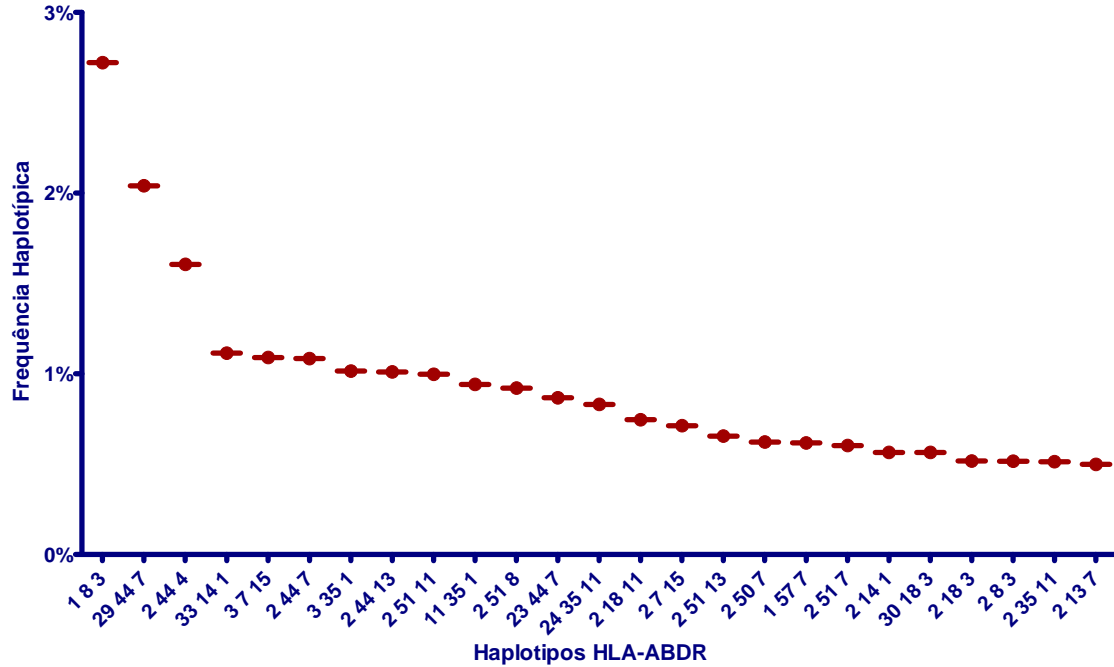


Figura 6.7. Haplotipos HLA-ABDRB1 da Região Urbana de Lisboa com uma População não Definida em Relação à Origem (Frequência > 0.5%)
Frequência Cumulativa >1% = 11,68%



*

Figura 6.8. Haplotipos HLA-ABDRB1 da Região dos Açores com Frequência > 0.5%
Frequência Cumulativa >1% = 11,72%

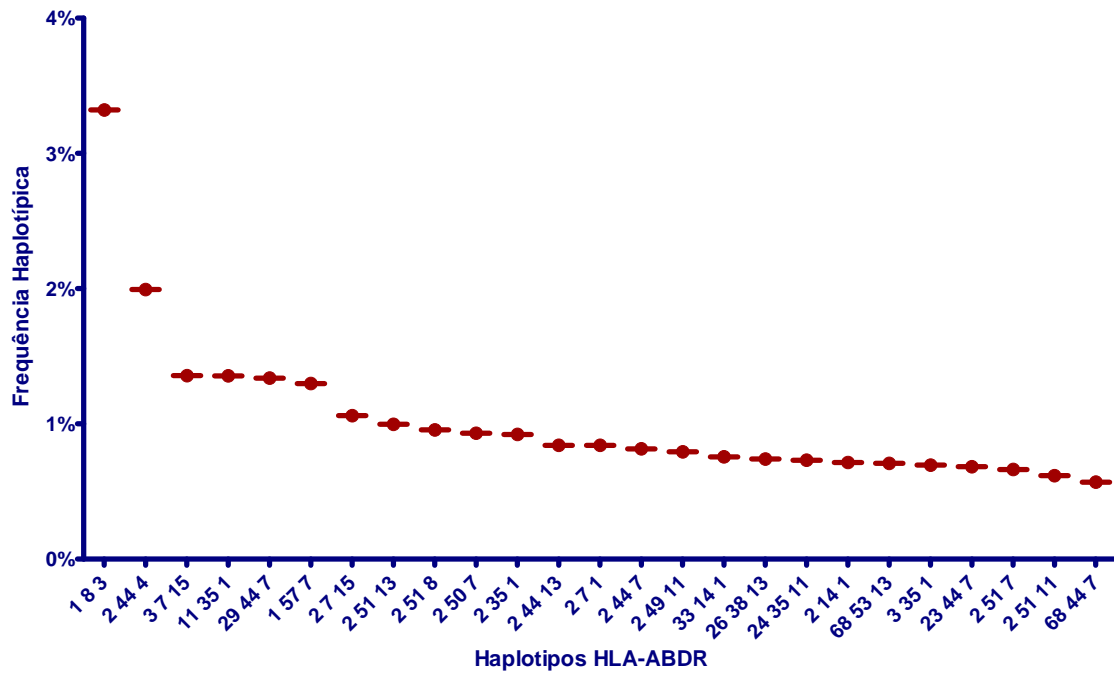


Figura 6.9. Haplotipos HLA-ABDRB1 da Região da Madeira com Frequência > 0.5%
Frequência Cumulativa >1% = 17,344%

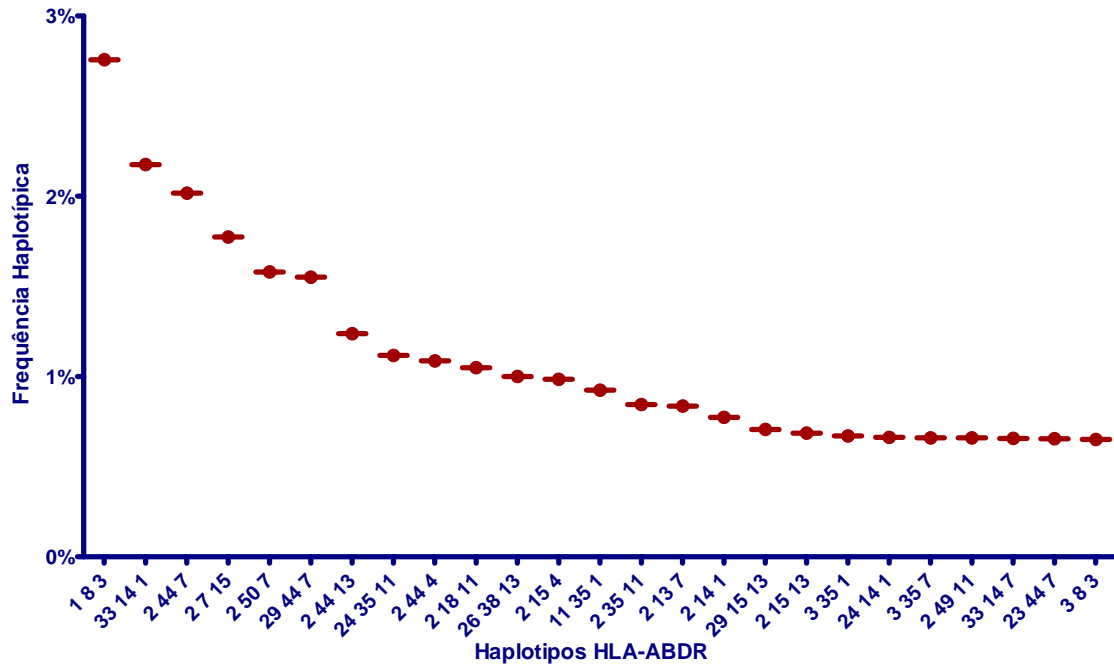


Figura 6.10. Haplotipos HLA-ABDRB1 do CEDACE com Frequência > 0.5%
Frequência Cumulativa >1% = 9,904%

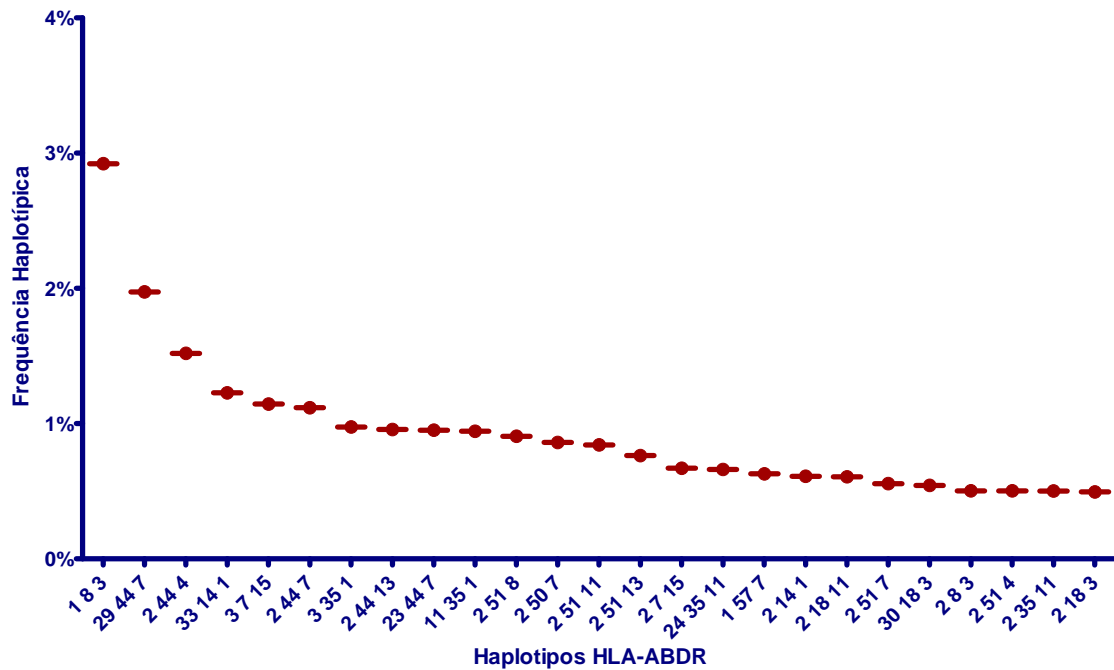


Figura 6.11. Frequências Haplótípicas do CEDACE > 0.5% Comparadas com as Frequências dos mesmos Haplótipos nas 6 Regiões de Portugal

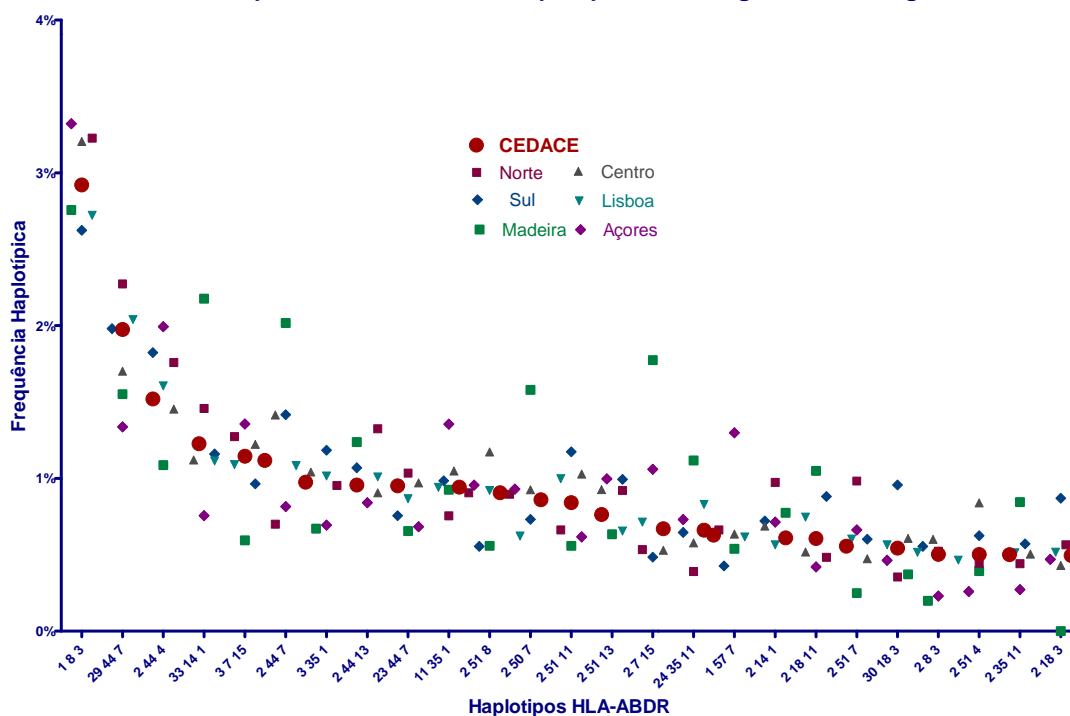


Figura 6.12. Haplótipos Característicos da Região Norte e a sua Frequência no CEDACE e nas Outras Regiões de Portugal

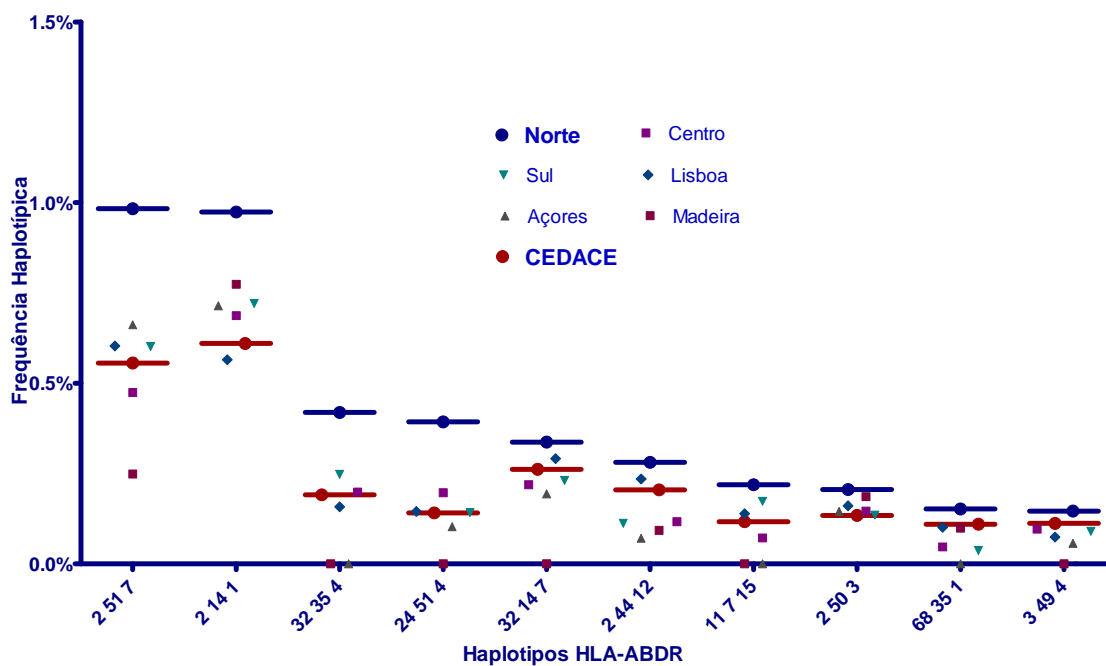


Figura 6.13. Haplotipos Característicos da Região Centro e a sua Frequência no CEDACE e nas Outras Regiões de Portugal

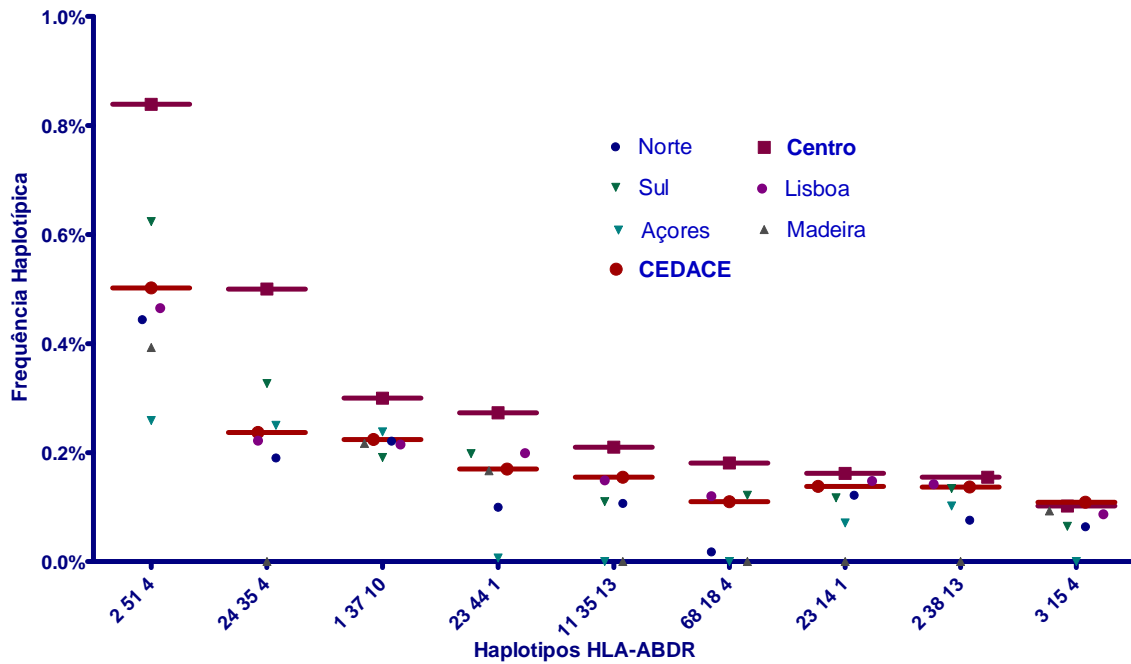


Figura 6.14. Haplotipos Característicos da Região Sul e a sua Frequência no CEDACE e nas Outras Regiões de Portugal

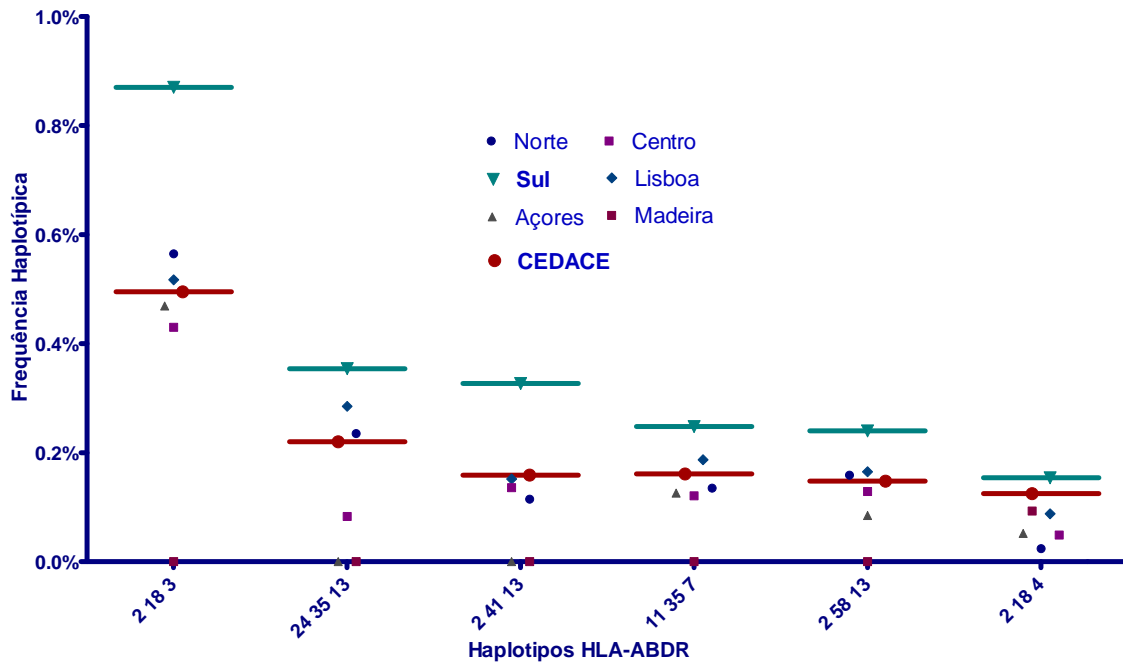


Figura 6.15. Haplotipos Característicos dos Açores e a sua Frequência no CEDACE e nas Outras Regiões de Portugal

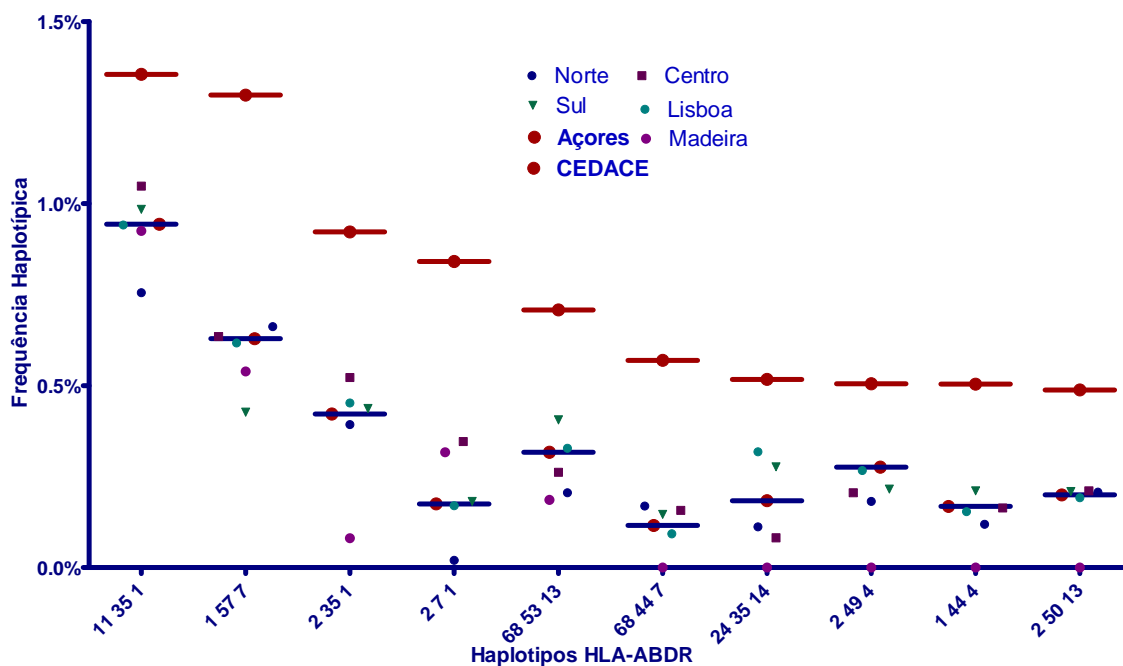


Figura 6.16. Haplotipos Característicos da Madeira e a sua Frequência no CEDACE e nas Outras Regiões de Portugal

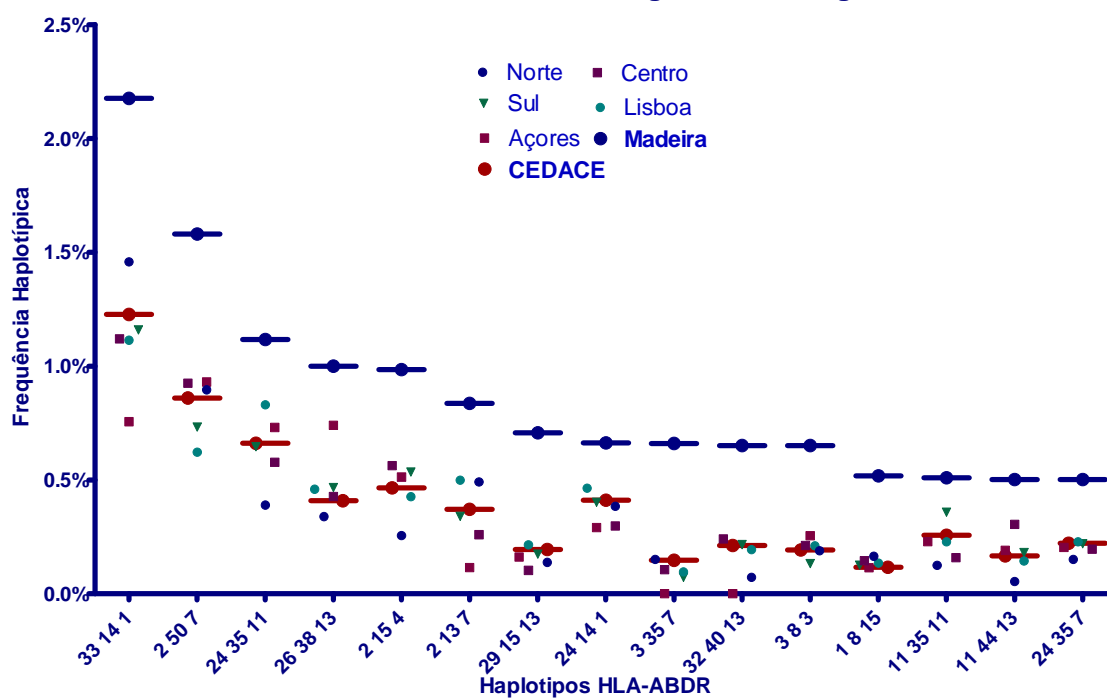
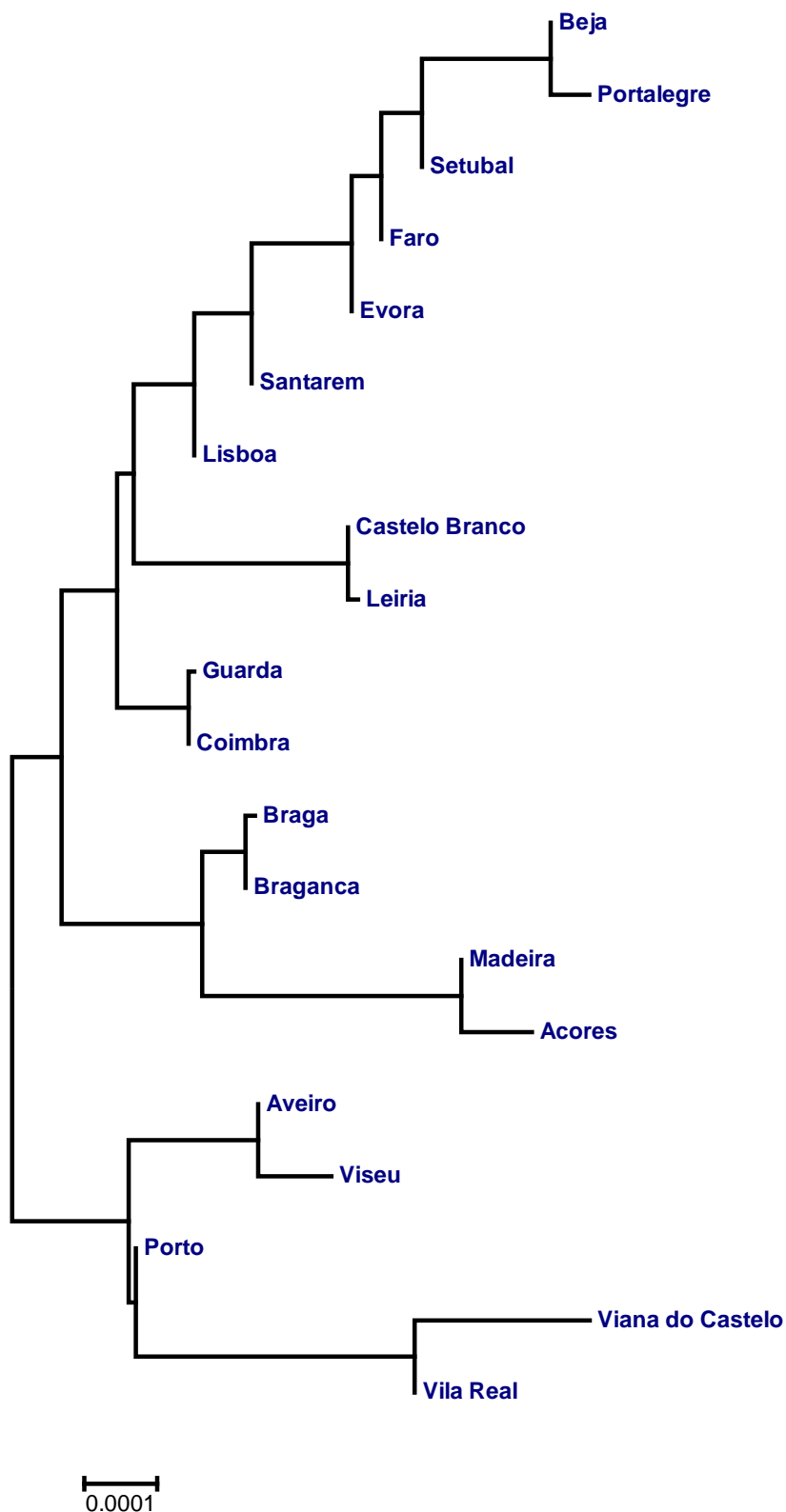
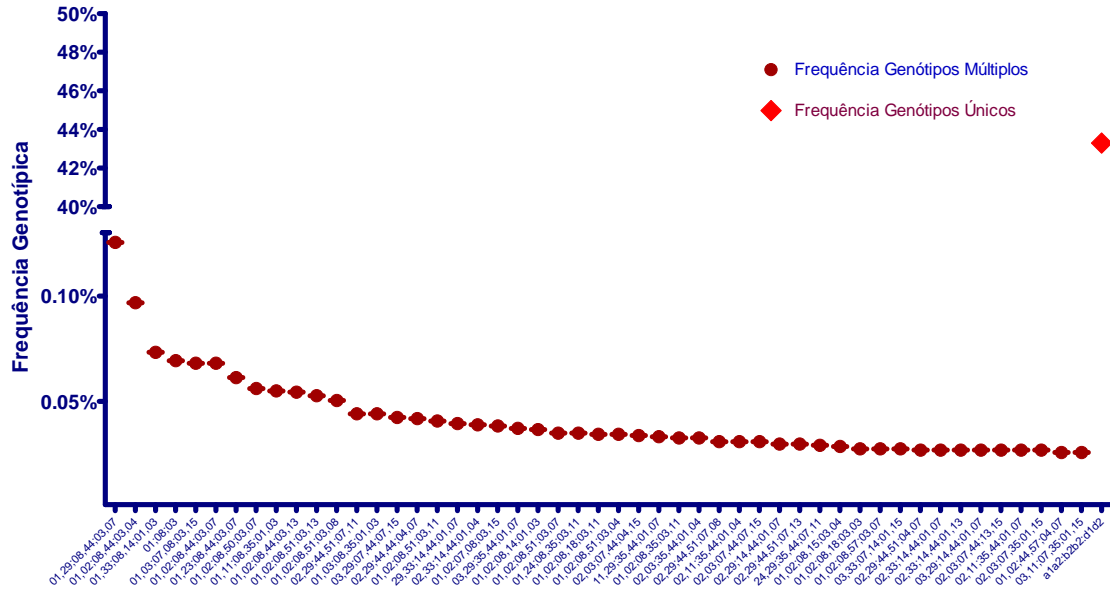


Figura 6.17. Relação Filogenética do Polimorfismo dos Genes HLA das Várias Populações Residentes em cada Distrito de Portugal Inferida pelo Método Neighbor-Joining.



**Figura 6.18. Distribuição dos 50 Genótipos HLA-ABDR mais Frequentes e
Frequência de Genótipos Únicos no CEDACE (n=174660)**
Frequência Cumulativa Top 50 = 2,037% ; Frequência de Genótipos únicos = 43,3%



7. CONSULTAS AO REGISTO E ACTIVAÇÕES DE DADORES

Do funcionamento do Registo faz parte a consulta à sua base de dados a fim de se tentar encontrar um dador idêntico ao doente (pesquisa preliminar). Essa consulta é pedida pelos médicos das unidades de transplantação nacionais ou serviços de hematologia e por registos estrangeiros. A selecção de um potencial dador para um doente requer testes complementares de compatibilidade a qual é designada como “activação do dador¹”.

São estas duas funções que nos dão a informação e podem servir de indicadores sobre a actividade do Registo a qual terá como corolário o número de transplantações que foram feitas com dadores do CEDACE quer a nível nacional quer internacional.

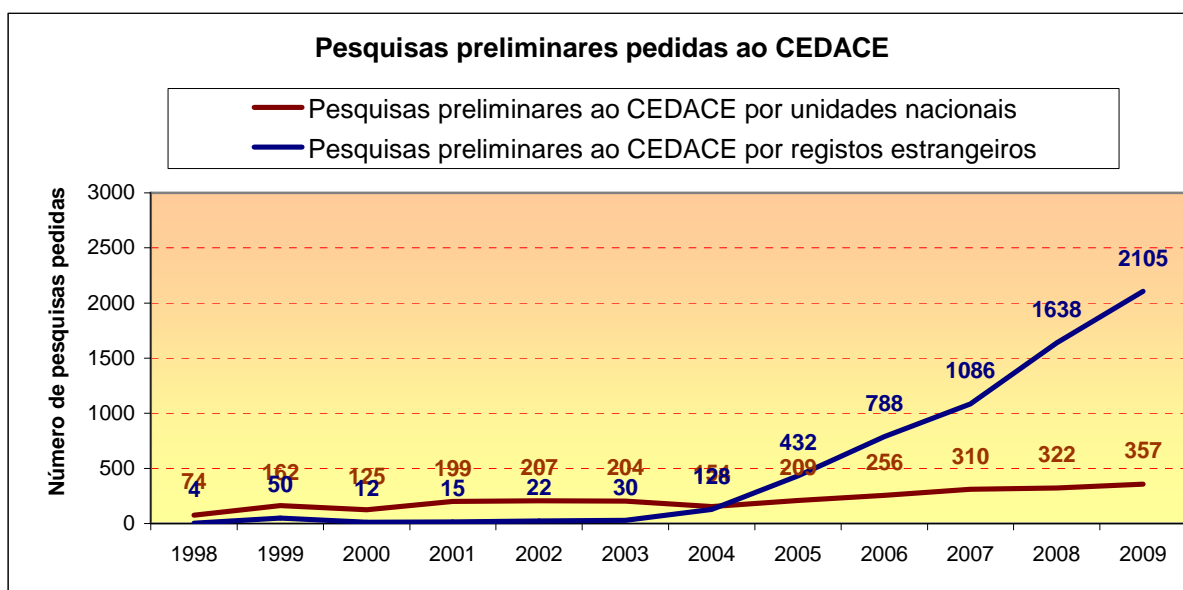


Figura 7.1 - Evolução do número de pesquisas preliminares pedidas ao CEDACE pelas Unidades de Transplantação Nacionais e Internacionais

¹ Por activação dum dador entende-se o conjunto de procedimentos que são levados a cabo quando é encontrada identidade HLA entre doente e dador e que consistem na convocação do dador, comprovação da sua disponibilidade para a dádiva e colheita de novas amostras de sangue para completar os estudos iniciais. Da activação poderá ou não resultar transplantação, dado que nestas análises poderemos demonstrar que não há identidade completa entre dador e receptor.

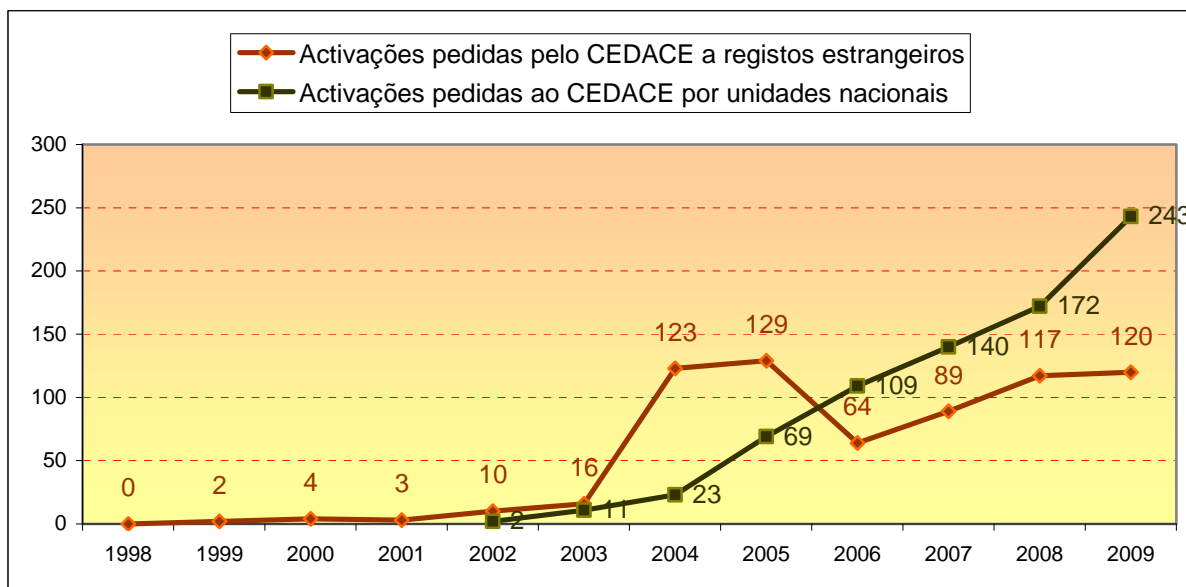


Figura 7.2 - Evolução do número de activações pedidas pelo CEDACE a registos internacionais, comparativamente com as activações pedidas ao registo Nacional pelas Unidades de transplantação Nacionais

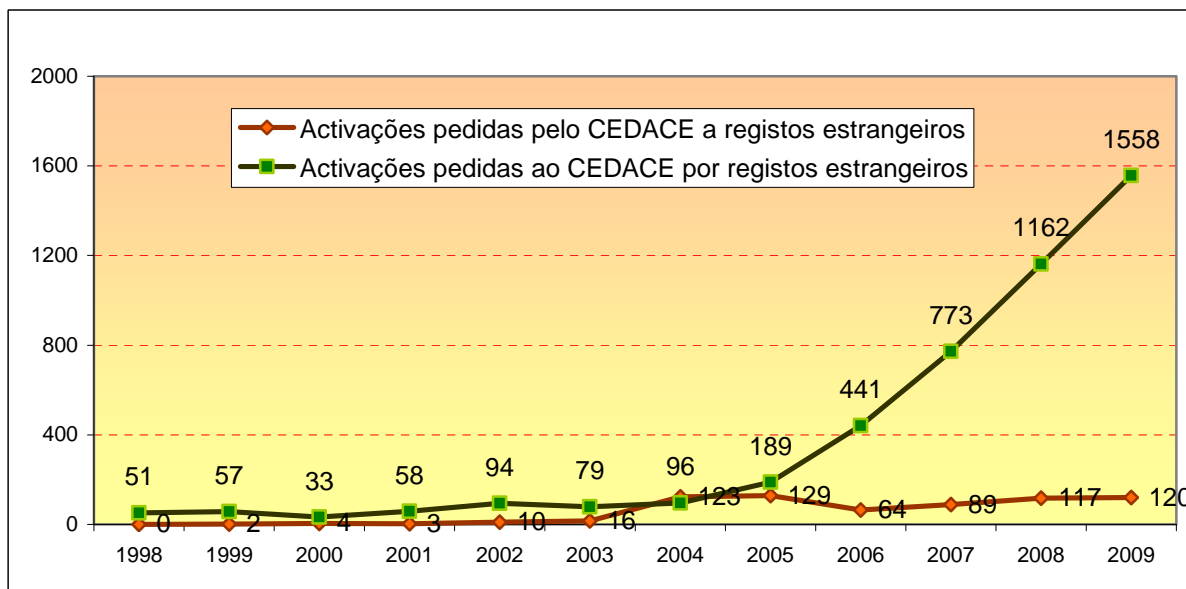


Figura 7.3 - Comparação entre o número de activações pedidas pelo CEDACE a registos internacionais com as que foram pedidas ao Registo Nacional pelos registos estrangeiros numa perspectiva da evolução nos últimos anos

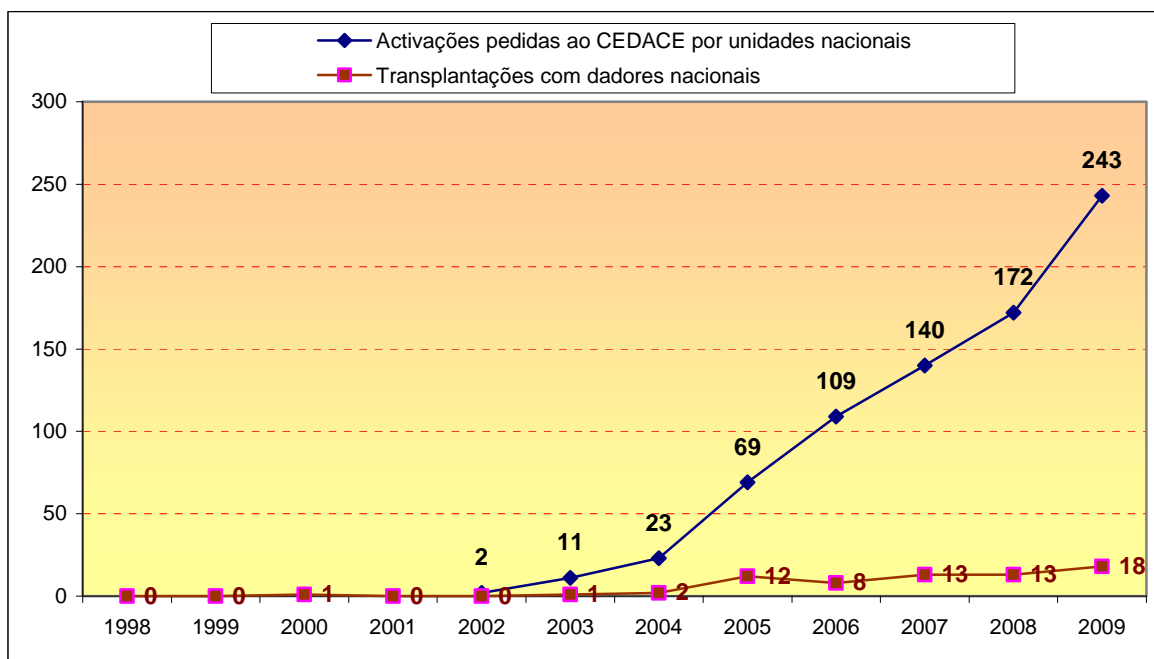


Figura 7.4 - Evolução do número de activações pedidas pelas Unidades de transplantação nacionais ao CEDACE e o numero de colheitas para transplante de doentes nacionais realizadas com dadores do Registo Nacional

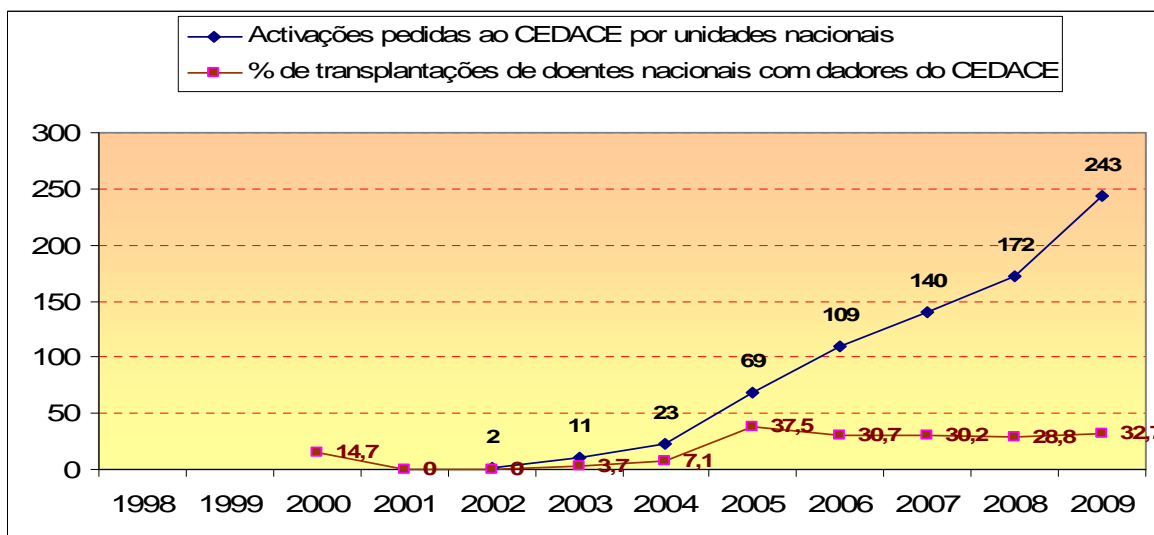


Figura 7.5 - Evolução do número de activações pedidas pelas Unidades de transplantação nacionais ao CEDACE e a percentagem de transplantes de doentes nacionais realizados com dadores do Registo Nacional

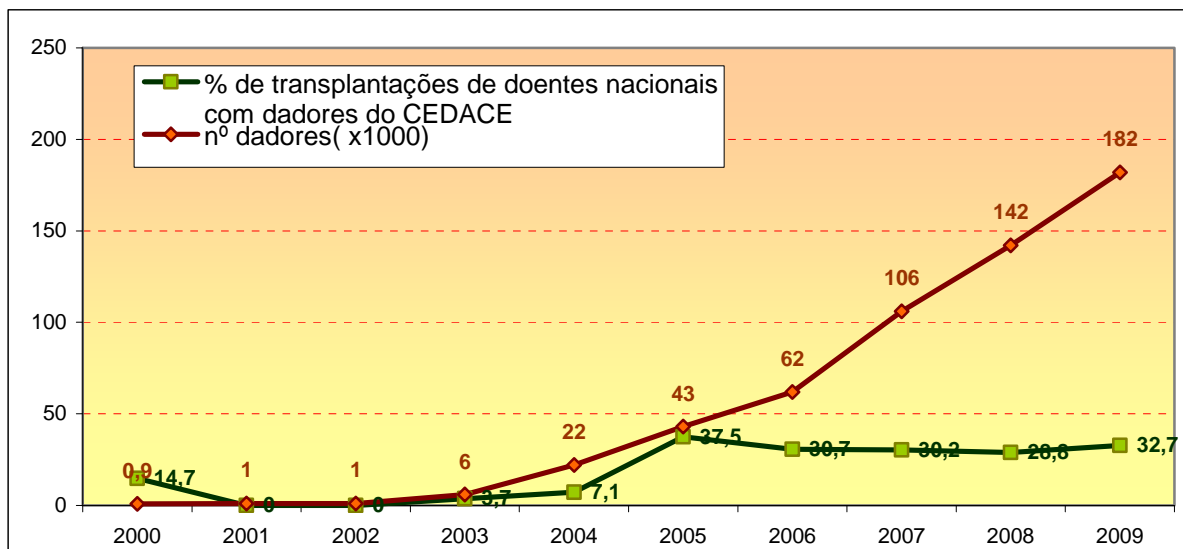


Figura 7.6 – Evolução do número de dadores inscritos no CEDACE comparativamente com o número de transplantações realizadas com dadores do CEDACE

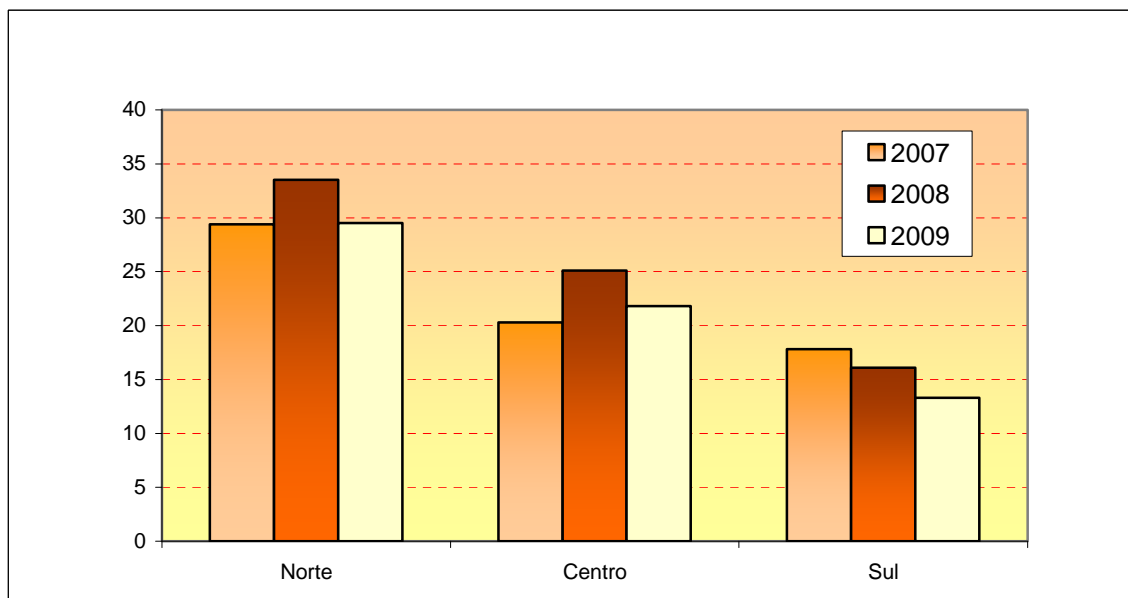


Figura 7.7 – Tempo de resposta a um pedido de activação de cada um dos Centros Dadores (média em dias entre a entrada do pedido e a saída dos resultados)

8. NÚMERO E EVOLUÇÃO DAS COLHEITAS REALIZADAS EM PORTUGAL COM DADORES NACIONAIS

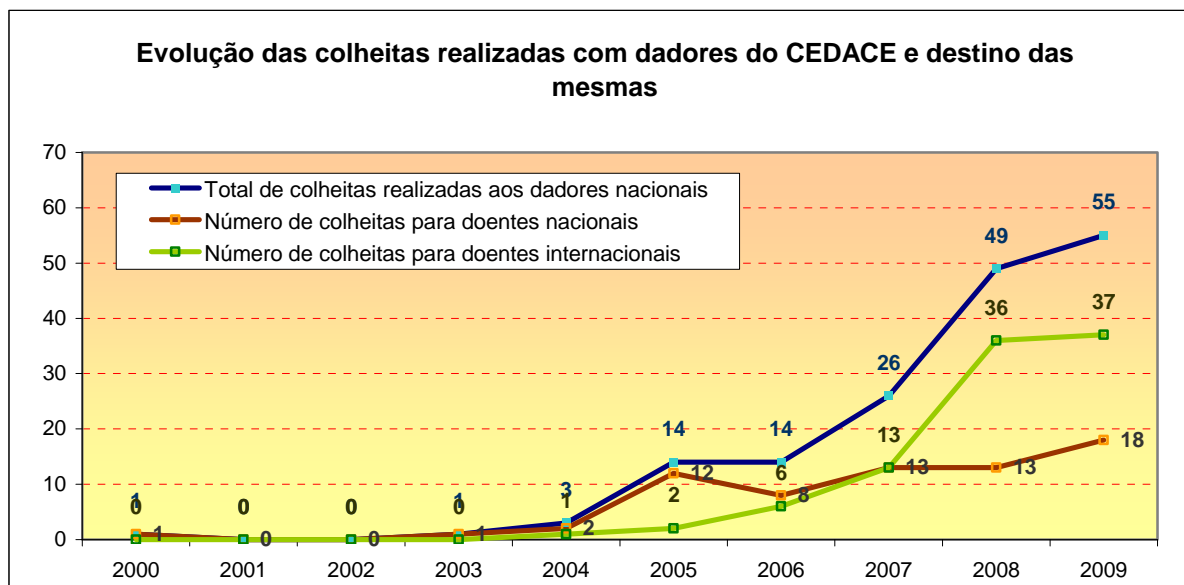


Figura 8.1 - Total de colheitas realizadas em dadores do CEDACE e o destino das mesmas no que se refere a doentes nacionais e internacionais

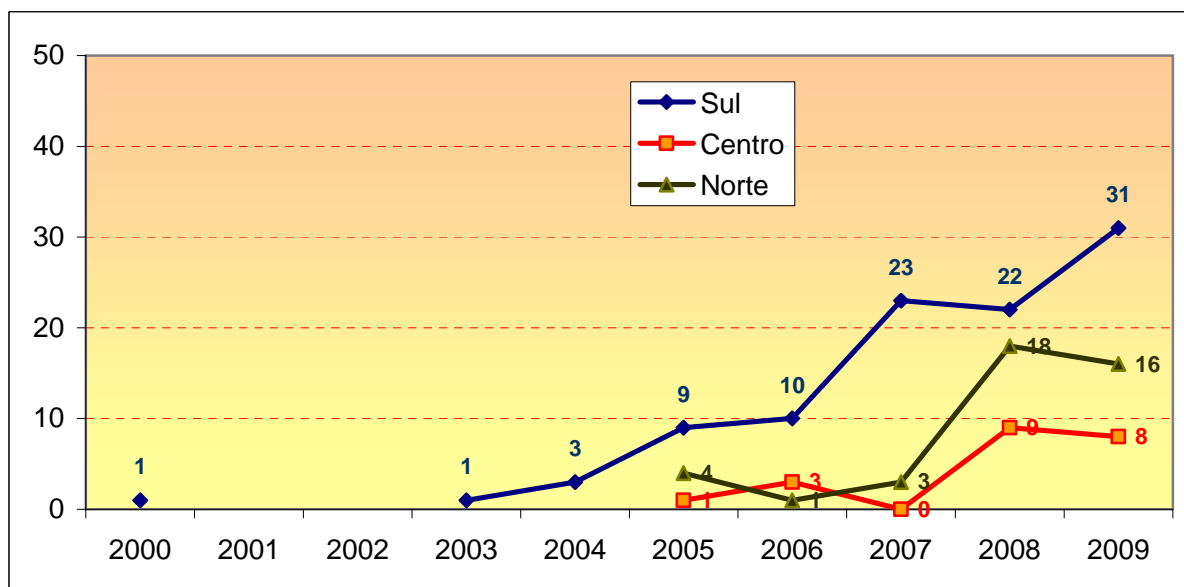


Figura 8.2 - Evolução da colheita de dadores do CEDACE por cada uma das três regiões. No final de 2009 estavam realizadas 100 colheitas com dadores da Região Sul, 42 da Região Norte e 21 com dadores da Região Centro, num total de 163 colheitas

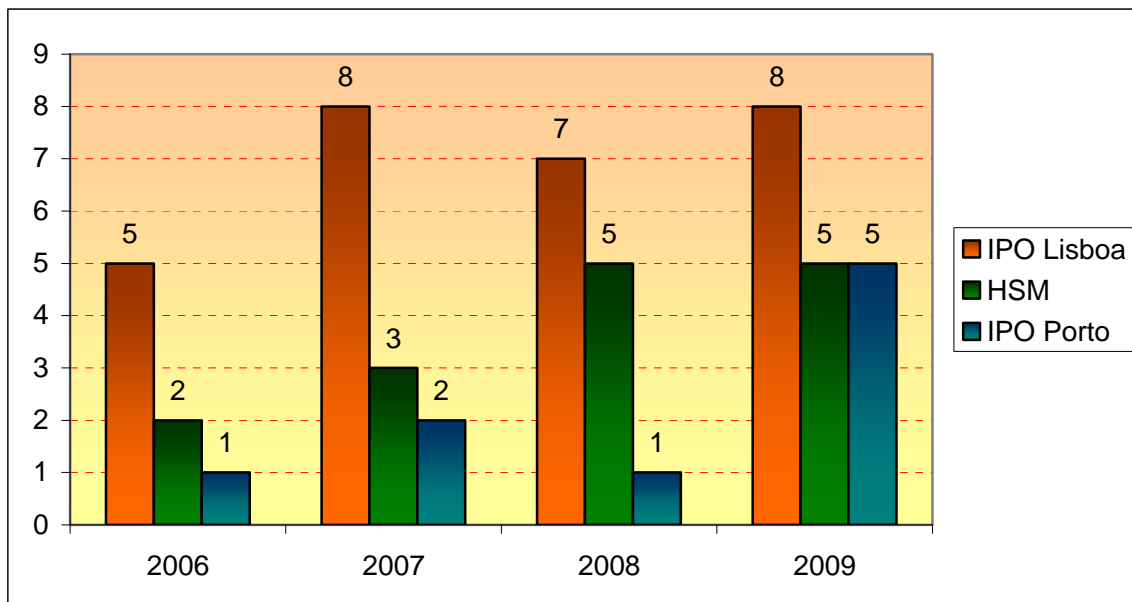


Figura 8.4 - Número de dadores nacionais utilizados pelas várias Unidades de Transplantação Nacionais

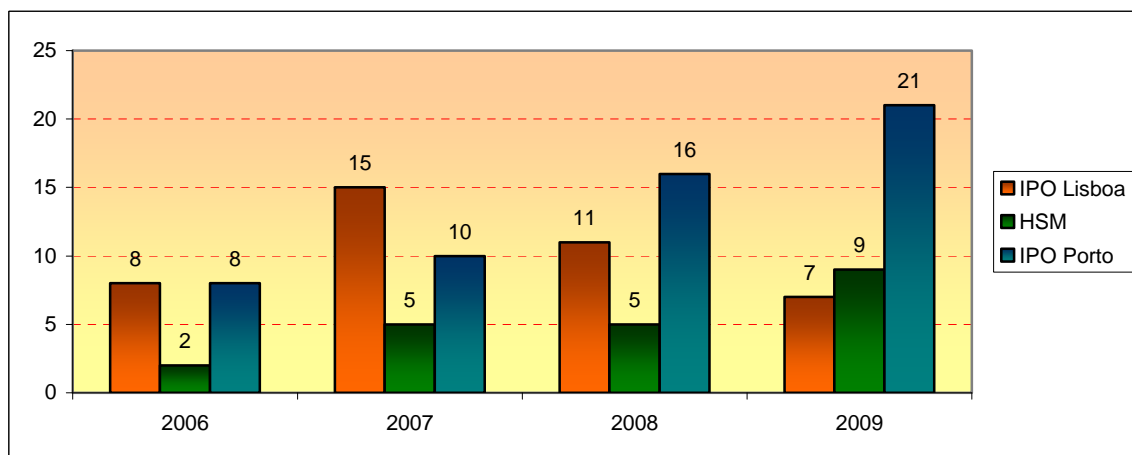


Figura 8.5 - Número de dadores internacionais utilizados pelas Unidades de transplantação nacionais

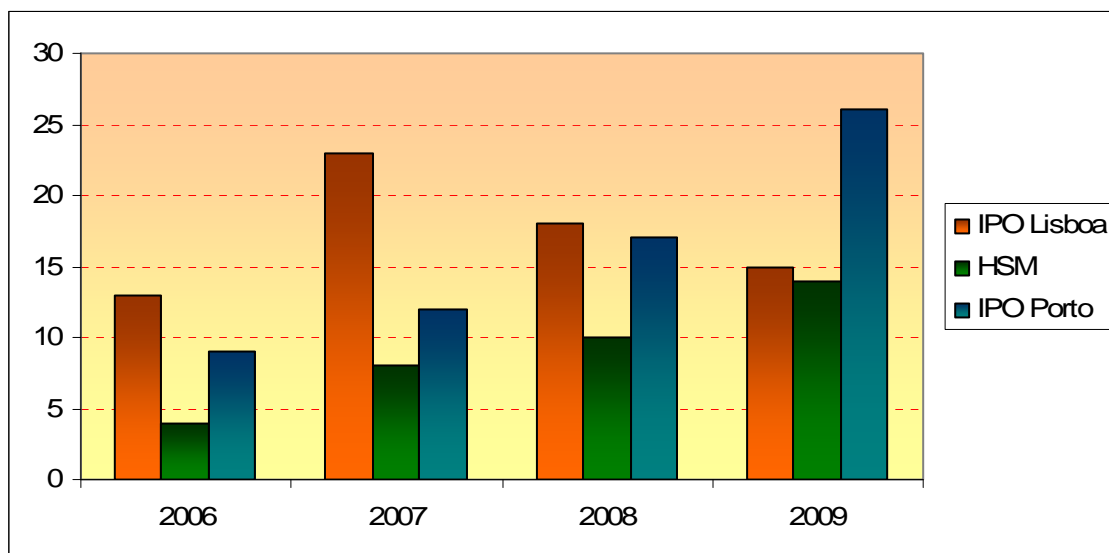


Figura 8.6 – Transplantações com dadores alogénicos não aparentados feitos pelas três unidades de transplantação

9. DADORES RETIRADOS DO REGISTO

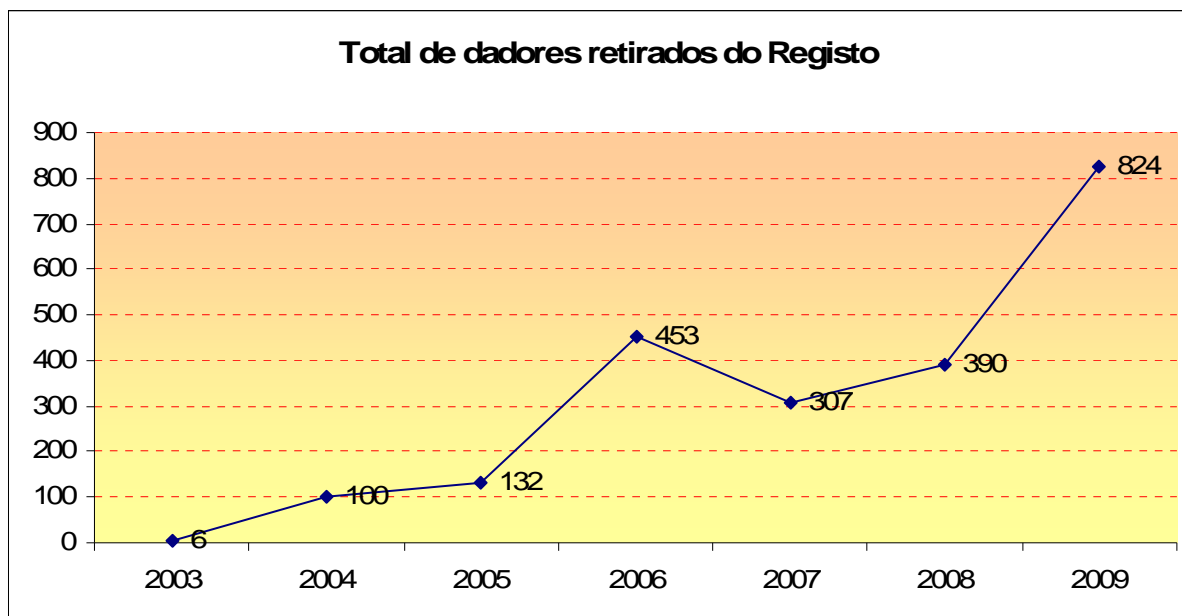


Figura 9.1 - Número total de dadores retirados do Registo

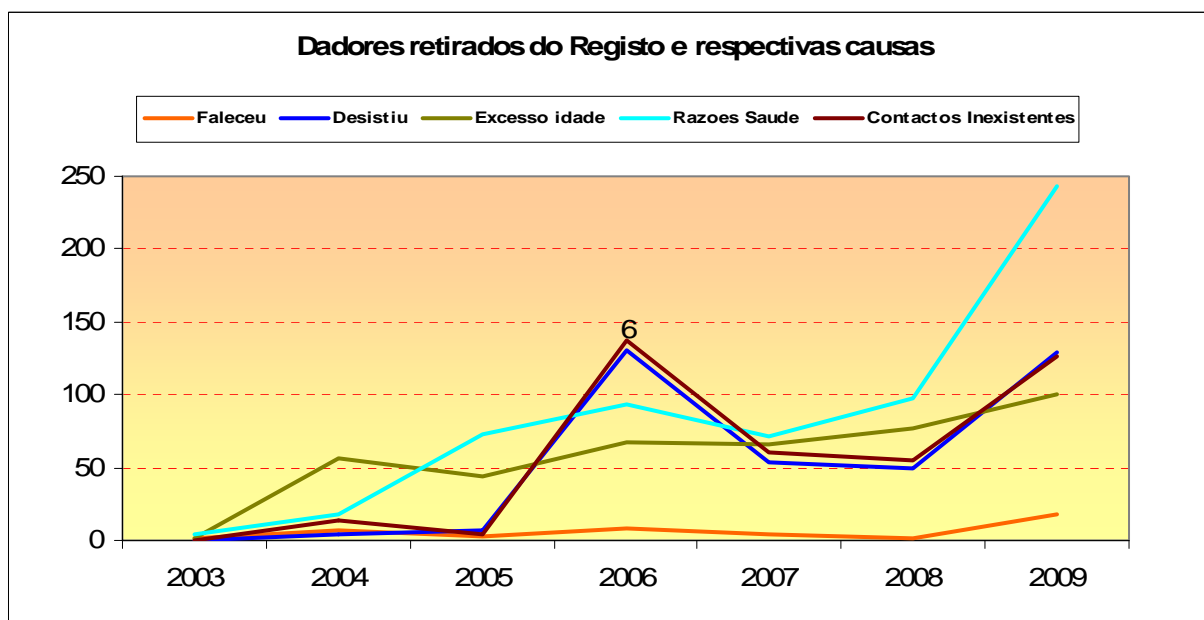


Figura 9.2 – Um dos dados mais importantes para o CEDACE é o número de dadores perdidos em cada ano por diferentes causas. Neste Figura vimos a evolução ao longo dos anos do número de dadores que se perderam e as principais causas

10. REDE HOSPITALAR DE APOIO E PROTOCOLOS CELEBRADOS

A colheita das amostras de potenciais dadores para tipagem é, sem dúvida, uma das actividades que maior importância tem tido nos últimos anos e que sendo feita por pessoas afectas quer aos Serviços Administrativos quer ao laboratório dos Centros de Histocompatibilidade, tem causado alterações de serviço importantes nestes Centros para que se possa dar resposta a todas as solicitações.

A fim de minimizar esse impacto na actividade dos Centros, estes, juntamente com o CEDACE, têm procurado parcerias com Serviços Hospitalares e Centros de Saúde que localmente recebem os dadores e fazem as colheitas que posteriormente enviam para os Centros de Dadores, o que para além de tudo, permite rentabilizar meios e diminuir significativamente os custos de colheita.

Hospitais	Responsáveis Locais
Instituto Português de Oncologia de Lisboa	Dr ^a . Dialina Brilhante
Hospital de Évora	Dr. Francisco Ferro
Hospital de Beja	Dr ^a . Cláudia Norte
Hospital de Torres Novas	Dr ^a . Leonor Gonçalves
Hospital de Abrantes	Dr ^a . Leonor Gonçalves
Hospital de Tomar	Dr ^a . Leonor Gonçalves
Hospital do Barlavento Algarvio	Dr. Roger Oliveira
Hospital de Portalegre	Dr. Jorge Costa
Hospital de Vila Franca de Xira	Dr ^a . Dina Pereira
Hospital Fernando da Fonseca	Dr ^a Teresa Guerreiro
Hospital de Faro	Dr ^a Maria João Melo
Hospital de Elvas	Dr. Diego Cruz
Hospital do Barreiro	Dr ^a . Joaquina Bilro
Hospital do Litoral Alentejano	Dr. Carlos Aldeia
Hospital Dona Estefânia	Dr ^a . Deonilde Espírito Santo
Hospital Curry Cabral	Dr ^a . Maria Manuel Campos
Hospital do Divino Espírito Santo	Dr ^a . Ana Luisa Araújo
Hospital da Horta	Dr ^a . Filomena Maduro
Hospital do Funchal	Dr ^a . Ana Mafalda Francisco
Hospital Garcia de Orta	Dr. Carlos Falcão
Hospital St ^o . Espírito de Angra do Heroísmo	Dr. Jácome Armas
Hospital St ^o . André – Leiria	Dr. Fernando Miguel
Hospital de Peniche	Dr ^a . Manuela Ricardo
Hospital Bernard. Lopes Oliveira - Alcobaça	Dr ^a . Rita Pinto
Centro Hospitalar de Caldas da Rainha	Dr ^a . Carmen Amorim
Centro Hospitalar de Setúbal	Dr ^a . Isabel Quintas

Centros de Saúde	Responsáveis Locais
Centro de Saúde de Velas	Dr. César Gonçalves
Centro de Saúde da Vila do Porto	Dr. Carlos Pinto
Centro de Saúde da Calheta	Dr. César Gonçalves
Centro de Saúde da Graciosa	Dr. Helder Baptista
Centro de Saúde de Coruche	Dr. José Miguel Coutinho
Centro de Saúde de Mafra (SAP)	Enf ^a . Isabel Morais
Centro de Saúde de Alcácer do Sal	Enf ^a . Ana Palmeirinha
Centro de Saúde de Grandola	Enf ^a . Manuela Banza
Centro de Saúde de Sousel	Enf ^a Maria José Lopes
Centro de Saúde de Ponte de Sôr	Enf ^a . Chefe Constância Matos
Centro de Saúde de Alcanena	Enf ^o Chefe Joaquim Pereira
Centro de Saúde de Almodovar	Enf ^a . Catarina Colaço
Centro de Saúde de Benavente	Enf ^a . Isilda Cordeiro
Centro de Saúde de Alpiarça	Enf ^a . Irene Milheiro
Centro de Saúde de Rio Maior	Enf ^a . Chefe Celeste Nogueira
Centro de Saúde de Castro Marim	Enf ^a . Natália Perestrelo
Centro de Saúde de Benedita	Enf ^a . Elsa Bispo
Centro de Saúde de Estremoz	Técnica Edite Amaral
Centro de Saúde de Odemira	Enf ^a . Leonor Beleza
Centro de Saúde de Fátima	Enf ^a . Maria do Céu Henriques
Centro de Saúde de Ourém	Enf ^a . Margarida Catarino
Centro de Saúde da Lourinhã	Enf ^a . Odília Baltazar
Centro de Saúde de Porto de Mós	Enf ^a . Filomena Sarmiento
Centro de Saúde de Fronteira	Dr ^a . Ester Guterres
Centro de Saúde de Chamusca	Enf ^a . Rosário Martins
Centro de Saúde de Porto Santo	Enf ^a . Glória Serrão e Silva
Centro de Saúde de Santa Cruz de Flores	Técnica Sónia Melo
Centro de Saúde de Povoação	Enf ^a . Raquel Vieira
Centro de Saúde de Madalena	Enf ^a . Manuela Matos
Centro de Saúde da Ribeira Grande	Dr. José Aires
Centro Hospitalar da Cova da Beira	Dr. Jorge Martinez
Hospital Amato Lusitano	Dr. Francisco Araújo
Hospital de São Teotónio	Dr ^a . Marina Costa
Hospital de Leiria	Dr. Fernando Miguel Jesus

No ano de 2009 foram assinados os seguintes protocolos:

Protocolos de Colaboração:

- Centro Hospitalar de Setúbal, EPE
- Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

Protocolos referentes a pedidos de Dadores de Registos estrangeiros :

- Centro Hospitalar de Coimbra
- Hospitais da Universidade de Coimbra
- Instituto Português de Oncologia – Porto
- Hospital de São João – Porto

Protocolos com Registos Estrangeiros

- The Anthony Nolan Trust – Reino Unido