

**RELATÓRIO DE
REQUISITOS -
AUTORIZAÇÃO
ESTABELECIMENTO E
EQUIPE - SISTEMA
NACIONAL DE
TRANSPLANTES**

Questionário

1. Anexar o Ofício do gestor solicitando a autorização do estabelecimento e da equipe (deverá mencionar o nome do hospital, nome do responsável técnico, CNES e modalidade de transplante).

2. O estabelecimento de saúde realizará transplante pelo SUS?

3. Nome, CNES e CNPJ do estabelecimento de saúde.

4. Natureza jurídica do estabelecimento de saúde.

5. Anexar o Ato constitutivo (Contrato Social ou Estatuto do estabelecimento de saúde).

6. Anexar o Ato de designação e posse da diretoria do estabelecimento.

7. Anexar a permissão de funcionamento do serviço emitida pela vigilância sanitária local, com data de validade referente ao ano do pedido de autorização.

8. Anexar a declaração de compromisso de fiscalização e controle pelo SNT.

9. Anexar declaração da equipe especializada contratada ou funcional, declaração de disponibilidade de pessoal dos serviços em tempo integral para apoio às equipes e do médico plantonista e declaração de designação do responsável técnico da equipe.

10. Anexar declaração de equipamentos e instrumentos disponíveis para a realização do transplante.

11. Anexar nominata e Procedimento Operacional Padrão da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH.

Questionário

12. Anexar nominata e indicadores da Comissão Intra-hospitalar de Transplante - CIHDOTT (exceto para tecidos e medula óssea).

13. Informar as especialidades médicas disponíveis no estabelecimento de saúde.

14. O estabelecimento possui ambulatório para acompanhamento pré e pós transplante?

15. O estabelecimento possui centro cirúrgico para a realização concomitante dos procedimentos de retirada e de implante?

16. Laboratório de Histocompatibilidade vinculado autorizado pelo SNT/MS.

17. O estabelecimento dispõe de serviço de anatomia patológica?

18. O estabelecimento possui Laboratório de Análises Clínicas que realize exames na unidade, disponíveis nas 24 horas do dia: bioquímica, hematologia, microbiologia, gasometria, líquidos orgânicos e uroanálise. O serviço é próprio ou terceirizado?

19. O estabelecimento possui serviço de imagem completo? Realiza quais exames (ultrassonografia, ressonância magnética, raio-x, tomografia computadorizada, etc...)? Qual tempo de liberação do laudo?

20. Anexar declaração do estabelecimento de saúde informando que dispõe dos serviços de cineangiocardiografia, ecocardiografia bidimensional, eletrocardiografia convencional ou dinâmica, eletrocardiograma, radiologia convencional ou intervencionista, endoscopia digestiva alta, hemodinâmica, broncoscopia. Caso não possua, informar na declaração onde os exames serão realizados, caso necessário.

Questionário	
21. O estabelecimento possui serviço de hemoterapia com capacidade de atender a necessidade de grandes quantidades de sangue e hemoderivados? Qual nome do banco de sangue vinculado?	
22. O estabelecimento possui sistema de infusão de sangue e sistema de monitorização da coagulação sanguínea? Possui unidade coronariana?	
23. O estabelecimento de saúde possui serviço de diálise incluindo hemofiltração? Próprio ou terceirizado?	
24. Nos casos de autorização para transplante de medula óssea: o estabelecimento possui hospital dia? Possui filtro HEPA? Qual o nome do laboratório de criopreservação e CNPJ?	
25. Anexar check list com nome, especialização e número do CRM do responsável técnico e de todos os membros da equipe.	
26. Anexar as certidões negativas de infrações éticas emitida pelo CRM do responsável técnico e de todos os membros da equipe.	
27. Anexar título de residência ou especialização do responsável técnico e de todos os membros da equipe.	
28. Anexar comprovante de experiência do responsável técnico e de todos os membros da equipe.	
29. A equipe realizará transplante adulto ou pediátrico?	
30. O estabelecimento de saúde dispõe de:	
31. Informar quais são os serviços terceirizados do estabelecimento de saúde, bem como o nome da empresa contratada.	
32. Anexar os contratos de serviços terceirizados do estabelecimento de saúde.	

Questionário	
33. O estabelecimento de saúde dispõe de farmácia com capacidade de prover medicamentos necessários aos procedimentos de transplantes?	

34. O estabelecimento dispõe de UTI e enfermaria? Dispõe de leito de isolamento?	
35. Anexar outros documentos, se houver.	
36. Anexar relatório de vistoria técnica qualificado e devidamente assinado, bem como as fotos do estabelecimento de saúde (obrigatório apenas para córnea/esclera, válvula cardíaca, pele e e tecido musculoesquelético).	
37. Anexar aprovação da Comissão Intergestores Bipartite - CIB (de acordo com a Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017, caso a SES ou a CET julgue necessário).	