

**Departamento de Regulação Estadual**

**Divisão de Transplantes**

**REQUERIMENTO PARA REALIZAR AUTORIZAÇÃO**

**ESTABELECIMENTO E EQUIPE**

**TRANSPLANTE DE TECIDO**

**CÓRNEA – MEDULA ÓSSEA – MÚSCULO ESQUELÉTICO**

|  |  |
| --- | --- |
| Estabelecimento: |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CNPJ: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Conveniado ao SUS: |  | S |  | N |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Endereço: |  |  | Nº |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Bairro: |  | Cidade |  | UF |  | CEP |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Fone: |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Diretor Técnico: |  | CRM |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Número do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES** |  |

**ENCAMINHAR DOCUMENTOS EM PDF DISTINTOS, PARA O E-MAIL:**

[**credenciamentos-ctx@saude.rs.gov.br**](mailto:credenciamentos-ctx@saude.rs.gov.br)

|  |  |
| --- | --- |
|  | 1. O estabelecimento de saúde realizará transplante pelo SUS?  ( ) Sim  ( ) Não |
|  |  |
|  | 2. Natureza jurı́dica do estabelecimento de saúde;  ( ) Entidades Empresariais ( ) Administração Pública ( ) Entidades Sem Fins Lucrativos |
|  |  |
|  | 3. Declaracão da equipe especializada contratada ou funcional, declaracão de disponibilidade de pessoal dos servicos em tempo integral para apoio às equipes e do médico plantonista e declaracão de designacão do responsável técnico da equipe; |
|  |  |
|  | 4. Declaração de equipamentos e instrumentos disponíveis para a realização do transplante; |
|  |  |
|  | 5. Nominata e Procedimento Operacional Padrão da Comissão de Controle de Infeccão  Hospitalar – CCIH; |
|  |  |
|  | 6. Nominata da Comissão Intrahospitalar de Transplante – CIHDOTT; |
|  |  |
|  | 7. Informar as especialidades médicas disponíveis no estabelecimento de saúde; |
|  |  |
|  | 8. O estabelecimento possui ambulatório para acompanhamento pré e pós transplante? |
|  |  |
|  | 9. O estabelecimento possui centro cirúrgico para a realizacão concomitante dos procedimentos de  retirada e de implante? |
|  |  |
|  | 10. Informar o Laboratório de Histocompatibilidade vinculado autorizado pelo SNT/MS; |
|  |  |
|  | 11. O estabelecimento dispõe de servico de anatomia patológica? |
|  |  |
|  | 12. O estabelecimento possui Laboratório de Análises Clı́nicas que realize exames na unidade, disponı́veis nas 24 horas do dia: bioquı́mica, hematologia, microbiologia, gasometria, lı́quidos orgânicos e uroanálise. O servico é próprio ou terceirizado? |
|  |  |
|  | 13.O estabelecimento possui servico de imagem completo? Realiza quais exames (ultrassonografia,ressonância magnética, raio-x, tomografia computadorizada, etc?) Qual tempo de liberacão do laudo? |
|  |  |
|  | 14. Declaracão do estabelecimento de saúde informando que dispõe dos servicos de cineangiocardiografia, ecocardiografia bidimensional, eletrocardiografia convencional ou dinâmica,  eletrocardiograma, radiologia convencional ou intervencionista, endoscopia digestiva alta, hemodinâmica, broncoscopia. Caso não possua, informar na declaracão onde os exames serão  realizados, caso necessário; |
|  | 15.O estabelecimento possui servico de hemoterapia com capacidade de atender a necessidade de grandes quantidades de sangue e hemoderivados? Qual nome do banco de sangue vinculado; |
|  |  |
|  | 16. O estabeleicmento possui sistema de infusão de sangue e sistema de monitorização da cogulação sanguínea? Possui unidade coronariana? |
|  |  |
|  | 17. O estabelecimento de saúde possui serviço de diálise incluindo hemofiltração? Próprio ou terceirizado? |
|  |  |
|  | 18. Check list com nome, especialização e CRM do responsável técnico e de todos os membros  da equipe de transplante; |
|  |  |
|  | 19. Certidões Negativas de Infrações Éticas vigentes, emitidas pelo CRM do responsável técnico e de todos os membros da equipe; |
|  |  |
|  | 20. Títulos de residência ou especialização do responsável técnico e de todos os membros da equipe; |
|  |  |
|  | 21. Comprovantes de experiência do responsável técnico e de todos os membros da equipe; |
|  |  |
|  | 22. A equipe realizará transplante adulto ou pediátrico? |
|  |  |
|  | 23. O estabelecimento de saúde dispõe de:  ( ) Assistente Social ( ) Fisioterapeuta ( ) Nutricionista ( ) Odontólogo ( ) Psicólogo  ( ) Terapeuta Ocupacional ( ) Enfermeiro com Experiência em Transplante. |
|  |  |
|  | 24. Informar quais são os serviços terceirizados do estabelecimento de saúde, bem como o nome da empresa contratada; |
|  |  |
|  | 25. Contratos de serviços terceirizados do estabelecimento de saúde; |
|  |  |
|  | 26. O estabelecimento de saúde dispõe de farmácia com capacidade de prover medicamentos necessários aos procedimentos de transplantes? |
|  |  |
|  | 27. O estabelecimento dispõe de UTI e enfermaria? Dispõe de leito de isolamento? |
|  |  |
|  | 28. Ato constitutivo (Contrato Social ou Estatuto do estabelecimento de saúde); |
|  |  |
|  | 29. Ato de designacão e posse da diretoria do estabelecimento; |
|  |  |
|  | 30. Permissão de funcionamento do servico emitida pela vigilância sanitária local, com data de validade referente ao ano do pedido de autorizacão; |
|  |  |
|  | 31. Declaracão de compromisso de fiscalizacão e controle pelo SNT; |
|  |  |
|  | 32. Nos casos de autorização para transplante de medula óssea: o estabelecimento possui hospital dia? Possui filtro HEPA? Qual o nome do laboratório de criopreservação? |
|  |  |
|  | 33. Relatório de vistoria técnica qualificada e devidamente assinada, bem como as fotos do estabelecimento de saúde, realizado pela Secretaria da Saúde do Estado, que avaliará as condições de funcionamento da unidade, contemplando: área física, recursos humanos, responsabilidade técnica e demais exigências estabelecidas no Regulamento; |

**(Preenchimento obrigatório de acordo com a Portaria GM/MS Nº 4, de 27 setembro de 2017)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Observações: | |  |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Parecer conclusivo: | |  |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Nome Coordenação Estadual |  | Assinatura |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | / |  | / |  |
| local |  | Data | | | | |

Avenida Bento Gonçalves 3722 – Fone: (51) 2160-0134

CEP 9650-001 Porto Alegre/RS