MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
Departamento de Atenção Especializada e Temática
Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE ESTABELECIMENTO

PARA REALIZAR TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS SÓLIDOS

☐ **Autorização** ☐ **Renovação da autorização**

Nº do SNT:

A ser preenchido pelo **SNT** no ato da **autorização**

A ser preenchida pela **CET** no ato da **renovação**

Identificação do estabelecimento (conforme consta no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES):

Nome fantasia: _____

Nome empresarial: _____

CNES: _____ CNPJ: _____ Conveniado ao SUS: ( ) Sim ( ) Não

Natureza Jurídica: _____ Gestão: _____

Endereço: _____ Nº_____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: ___ CEP: _____

Telefone: ( ) _____ e-mail: _____

Diretor Técnico: _____ CRM _____

Modalidade de Transplante: _____

Marcar a(s) faixa(s) etária(s) dos pacientes que serão atendidos pelo estabelecimento de transplante:

( ) Pediátrico Tipo I (0 a 12 anos) ( ) Pediátrico Tipo II (13 a 18 anos) ( ) Adulto

I – Equipe:

Equipe médica – foi apresentada a lista de verificação de equipe: ( ) Sim ( ) Não

Equipe multidisciplinar mínima:

A. Nutricionista

Nome _____

Nº do registro profissional: _____

B. Fisioterapeuta:

Nome _____

Nº do registro profissional: _____

C. Psicólogo:

Nome _____

Nº do registro profissional: _____

D. Assistente social:

Nome _____

Nº do registro profissional: _____

E. Enfermeiro coordenador:

Nome _____

Nº do registro profissional: _____

F. Infectologista especializado (apenas para as modalidades de transplante de pulmão e de coração):

Nome _____

Nº do registro profissional: _____

II – Obrigatórios – preencher somente sobre a modalidade de transplante solicitada:

A. Para a modalidade de transplante de coração:

- Ambulatório para acompanhar os pacientes no pré e pós-transplante: ( ) Sim ( ) Não
- Emergência funcionando durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia: ( ) Sim ( ) Não
- Hospital dia: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de avaliação da função pulmonar, com prova de função pulmonar completa (próprio ou terceirizado) : ( ) Sim ( ) Não
  Se terceirizado, anexar à proposta SAIPS a cópia do contrato e indicar:
  Nome da empresa contratada: _____

CNPJ: _____

- Serviço de broncoscopia: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de diálise aguda (próprio ou terceirizado): ( ) Sim ( ) Não
  Se terceirizado, anexar à proposta SAIPS a cópia do contrato e indicar:
  Nome da empresa contratada: _____
  CNPJ: _____
- Serviço de endoscopia: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de fisioterapia: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de hemodinâmica: ( ) Sim( ) Não
- Serviço de hemoterapia com capacidade de atender a necessidade de grandes quantidades de sangue e hemoderivados e aférese (próprio ou terceirizado): ( ) Sim ( ) Não
  Se terceirizado, anexar à proposta SAIPS a cópia do contrato e indicar:
  Nome da empresa contratada: _____
- CNPJ: _____
- Serviço de laboratório de análises clínicas (próprio ou terceirizado) com licença sanitária vigente: ( ) Sim ( ) Não
  Se terceirizado, anexar à proposta SAIPS a cópia do contrato e indicar:
  Nome da empresa contratada: _____
  CNPJ: _____
- Serviço de neurologia com eletroencefalografia (próprio ou terceirizado): ( ) Sim ( ) Não
  Se terceirizado, anexar à proposta SAIPS a cópia do contrato e indicar:
  Nome da empresa contratada: _____
  CNPJ: _____

- Serviço de nutrição: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de odontologia: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de radiologia convencional e vascular: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de radiologia intervencionista com recursos diagnósticos e terapêuticos: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de tomografia computadorizada: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de ultrassonografia (doppler colorido): ( ) Sim ( ) Não
- Serviço especializado de enfermagem: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço social: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de avaliação da função cardíaca: ( ) Sim ( ) Não
- Sistema de circulação extracorpórea com bombas centrífugas: ( ) Sim ( ) Não
- Sistema de monitorização da coagulação sanguínea: ( ) Sim ( ) Não
- Ecocardiografia bidimensional: ( ) Sim ( ) Não
- Eletrocardiografia convencional e dinâmica: ( ) Sim ( ) Não
- Unidade coronariana ou UTI cardiológica: ( ) Sim ( ) Não

B. Para a modalidade de transplante de fígado:

- Ambulatório para acompanhar os pacientes no pré e pós-transplante: ( ) Sim ( ) Não
- Emergência funcionando durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia: ( ) Sim ( ) Não
- Hospital dia: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de diálise aguda (próprio ou terceirizado): ( ) Sim ( ) Não
  Se terceirizado, anexar à proposta SAIPS a cópia do contrato e indicar:
  Nome da empresa contratada: _____
  CNPJ: _____
- Serviço de endoscopia: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de fisioterapia: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de hemodinâmica: ( ) Sim( ) Não
- Serviço de hemoterapia com capacidade de atender a necessidade de grandes quantidades de sangue e hemoderivados e aférese (próprio ou terceirizado): ( ) Sim ( ) Não
  Se terceirizado, anexar à proposta SAIPS a cópia do contrato e indicar:
  Nome da empresa contratada: _____
  CNPJ: _____
- Serviço de laboratório de análises clínicas (próprio ou terceirizado) com licença sanitária vigente: ( ) Sim ( ) Não
  Se terceirizado, anexar à proposta SAIPS a cópia do contrato e indicar:
  Nome da empresa contratada: _____
  CNPJ: _____
- Serviço de neurologia com eletroencefalografia (próprio ou terceirizado): ( ) Sim ( ) Não
  Se terceirizado, anexar à proposta SAIPS a cópia do contrato e indicar:
  Nome da empresa contratada: _____
  CNPJ: _____
- Serviço de nutrição: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de odontologia: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de radiologia convencional e vascular: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de radiologia intervencionista com recursos diagnósticos e terapêuticos: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de tomografia computadorizada: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de ultrassonografia (doppler colorido): ( ) Sim ( ) Não
- Serviço especializado de enfermagem: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço social: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de avaliação da função cardíaca: ( ) Sim ( ) Não
- Sistema de monitorização da coagulação sanguínea: ( ) Sim ( ) Não
- Ecocardiografia bidimensional: ( ) Sim ( ) Não
- Eletrocardiografia convencional e dinâmica: ( ) Sim ( ) Não
- Referência de laboratório de histocompatibilidade: ( ) Sim ( ) Não

Nome: _____ CNPJ: _____

- Unidade de terapia intensiva: ( ) Sim ( ) Não

C. Para a modalidade de transplante de pâncreas:

- Ambulatório para acompanhar os pacientes no pré e pós-transplante: ( ) Sim ( ) Não
- Emergência funcionando durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia: ( ) Sim ( ) Não
- Hospital dia: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de broncoscopia: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de diálise aguda (próprio ou terceirizado): ( ) Sim ( ) Não
  Se terceirizado, anexar à proposta SAIPS a cópia do contrato e indicar:
  Nome da empresa contratada: _____
  CNPJ: _____
- Serviço de endoscopia: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de fisioterapia: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de hemodinâmica: ( ) Sim( ) Não
- Serviço de hemoterapia com capacidade de atender a necessidade de grandes quantidades de sangue e hemoderivados e aférese (próprio ou terceirizado): ( ) Sim ( ) Não
  Se terceirizado, anexar à proposta SAIPS a cópia do contrato e indicar:
  Nome da empresa contratada: _____
  CNPJ: _____
- Serviço de laboratório de análises clínicas (próprio ou terceirizado) com licença sanitária vigente: ( ) Sim ( ) Não
  Se terceirizado, anexar à proposta SAIPS a cópia do contrato e indicar:
  Nome da empresa contratada: _____
  CNPJ: _____
- Serviço de neurologia com eletroencefalografia (próprio ou terceirizado): ( ) Sim ( ) Não
  Se terceirizado, anexar à proposta SAIPS a cópia do contrato e indicar:
  Nome da empresa contratada: _____
  CNPJ: _____
- Serviço de nutrição: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de odontologia: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de radiologia convencional e vascular: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de radiologia intervencionista com recursos diagnósticos e terapêuticos: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de tomografia computadorizada: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de ultrassonografia (doppler colorido): ( ) Sim ( ) Não
- Serviço especializado de enfermagem: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço social: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de avaliação da função cardíaca: ( ) Sim ( ) Não
- Sistema de infusão controlada e aquecida de fluídos: ( ) Sim ( ) Não

- Ecocardiografia bidimensional: ( ) Sim ( ) Não
- Eletrocardiografia convencional e dinâmica: ( ) Sim ( ) Não
- Referência de laboratório de histocompatibilidade: ( ) Sim ( ) Não
  Nome: _____ CNPJ: _____
- Equipe treinada para manejo de infecção em imunossuprimidos: ( ) Sim ( ) Não
- Unidade de terapia intensiva: ( ) Sim ( ) Não
- Unidade coronariana: ( ) Sim ( ) Não

D. Para a modalidade de transplante de pulmão:

- Ambulatório para acompanhar os pacientes no pré e pós-transplante: ( ) Sim ( ) Não
- Emergência funcionando durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia: ( ) Sim ( ) Não
- Hospital dia: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de avaliação da função pulmonar, com prova de função pulmonar completa (próprio ou terceirizado): ( ) Sim ( ) Não
  Se terceirizado, anexar à proposta SAIPS a cópia do contrato e indicar:
  Nome da empresa contratada: _____
  CNPJ: _____
- Serviço de broncoscopia: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de diálise aguda (próprio ou terceirizado): ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de endoscopia: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de fisioterapia: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de hemodinâmica: ( ) Sim( ) Não
- Serviço de hemoterapia com capacidade de atender a necessidade de grandes quantidades de sangue e hemoderivados e aférese (próprio ou terceirizado): ( ) Sim ( )Não
  Se terceirizado, anexar à proposta SAIPS a cópia do contrato e indicar:
  Nome da empresa contratada: _____
  CNPJ: _____
- Serviço de laboratório de análises clínicas (próprio ou terceirizado) com licença sanitária vigente: ( ) Sim ( ) Não
  Se terceirizado, anexar à proposta SAIPS a cópia do contrato e indicar:
  Nome da empresa contratada: _____
  CNPJ: _____
- Serviço de neurologia com eletroencefalografia (próprio ou terceirizado): ( ) Sim ( ) Não
  Se terceirizado, anexar à proposta SAIPS a cópia do contrato e indicar:
  Nome da empresa contratada: _____
  CNPJ: _____
- Serviço de nutrição: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de odontologia: ( ) Sim ( ) Não

- Serviço de radiologia intervencionista com recursos diagnósticos e terapêuticos: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de tomografia computadorizada: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de ultrassonografia (doppler colorido): ( ) Sim ( ) Não
- Serviço especializado de enfermagem: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço social: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de avaliação da função cardíaca: ( ) Sim ( ) Não
- Ecocardiografia bidimensional com medidor direcional de vazão: ( ) Sim ( ) Não
- Cineangiocardiografia: ( ) Sim ( ) Não
- Sistema de infusão controlada e aquecida de fluídos e bombas de infusão rápida: ( ) Sim ( ) Não
- Sistema de circulação extracorpórea com bombas centrífugas: ( ) Sim ( ) Não
- Sistema de monitorização da coagulação sanguínea: ( ) Sim ( ) Não
- Eletrocardiografia convencional e dinâmica: ( ) Sim ( ) Não
- Referência de laboratório de histocompatibilidade: ( ) Sim ( ) Não
  Nome: _____ CNPJ: _____
- Unidade coronariana: ( ) Sim ( ) Não

E. Para a modalidade de transplante de rim:

- Ambulatório para acompanhar os pacientes no pré e pós-transplante: ( ) Sim ( ) Não
- Emergência funcionando durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia: ( ) Sim ( ) Não
- Hospital dia: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de diálise intra-hospitalar (próprio ou terceirizado): ( ) Sim ( ) Não
  Se terceirizado, anexar à proposta SAIPS a cópia do contrato e indicar:
  Nome da empresa contratada: _____
  CNPJ: _____
- Serviço de laboratório de análises clínicas (próprio ou terceirizado) com licença sanitária vigente: ( ) Sim ( ) Não
  Se terceirizado, anexar à proposta SAIPS a cópia do contrato e indicar:
  Nome da empresa contratada: _____
  CNPJ: _____
- Serviço de nutrição: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de odontologia: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de radiologia convencional e vascular: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de tomografia computadorizada: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço especializado de enfermagem: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço social: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de avaliação da função cardíaca: ( ) Sim ( ) Não
- Sistema de monitorização da coagulação sanguínea: ( ) Sim ( ) Não

- Referência de laboratório de histocompatibilidade: ( ) Sim ( ) Não
  Nome: _____ CNPJ: _____
- Equipe treinada para manejo de infecção em imunossuprimidos: ( ) Sim ( ) Não

F. Para a modalidade de transplante de intestino delgado (TID) / transplante multivisceral (TMV) / transplante multivisceral modificado (TMVM):

- Ambulatório para acompanhar os pacientes no pré e pós-transplante: ( ) Sim ( ) Não
- Emergência funcionando durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia: ( ) Sim ( ) Não
- Hospital dia: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de diálise aguda (próprio ou terceirizado): ( ) Sim ( ) Não
  Se terceirizado, anexar à proposta SAIPS a cópia do contrato e indicar:
  Nome da empresa contratada: _____
  CNPJ: _____
- Serviço de endoscopia durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de fisioterapia: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de hemodinâmica: ( ) Sim( ) Não
- Serviço de hemoterapia com capacidade de atender a necessidade de grandes quantidades de sangue e hemoderivados e aférese (próprio ou terceirizado): ( ) Sim ( ) Não
  Se terceirizado, anexar à proposta SAIPS a cópia do contrato e indicar:
  Nome da empresa contratada: _____
  CNPJ: _____
- Serviço de laboratório de análises clínicas (próprio ou terceirizado) com licença sanitária vigente: ( ) Sim ( ) Não
  Se terceirizado, anexar à proposta SAIPS a cópia do contrato e indicar:
  Nome da empresa contratada: _____
  CNPJ: _____
- Serviço de neurologia com eletroencefalografia (próprio ou terceirizado): ( ) Sim ( ) Não
  Se terceirizado, anexar à proposta SAIPS a cópia do contrato e indicar:
  Nome da empresa contratada: _____
  CNPJ: _____
- Serviço de nutrição: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de odontologia: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de radiologia convencional e vascular: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de radiologia intervencionista com recursos diagnósticos e terapêuticos: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de tomografia computadorizada: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de ultrassonografia (doppler colorido): ( ) Sim ( ) Não
- Serviço especializado de enfermagem: ( ) Sim ( ) Não

- Serviço social: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de avaliação da função cardíaca: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço com capacidade de realizar tipagem ABO durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de anatomia patológica (próprio ou terceirizado): ( ) Sim ( ) Não
  Se terceirizado, anexar à proposta SAIPS a cópia do contrato e indicar:
  Nome da empresa contratada: _____
  CNPJ: _____
- Disponibilidade de enteroscopia (próprio ou terceirizado): ( ) Sim ( ) Não
  Se terceirizado, anexar à proposta SAIPS a cópia do contrato e indicar:
  Nome da empresa contratada: _____
  CNPJ: _____
- Ecocardiografia bidimensional com medidor direcional de vazão: ( ) Sim ( ) Não
- Sistema de circulação extracorpórea com bombas centrífugas: ( ) Sim ( ) Não
- Sistema de monitorização da coagulação sanguínea: ( ) Sim ( ) Não
- Eletrocardiografia convencional e dinâmica: ( ) Sim ( ) Não
- Referência de laboratório de histocompatibilidade: ( ) Sim ( ) Não
  Nome: _____ CNPJ: _____
- Equipe treinada para manejo de infecção em imunossuprimidos: ( ) Sim ( ) Não

Declaro ciência de que devem ser, obrigatoriamente, anexados à proposta no Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde – SAIPS, os seguintes documentos (formato não editável):

- Cópia do alvará de funcionamento sanitário vigente, não se aceitando a simples apresentação de protocolo de solicitação de inspeção sanitária.
- Nominata, endereço eletrônico e telefone atualizados do diretor geral e técnico do estabelecimento/centro transplantador.
- Cópia dos contratos vigentes celebrados com terceiros na prestação de serviços.

_____
Diretor do Estabelecimento

/ /

_____ _____
local Data