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 TECIDOS HUMANOS

☐ **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 (para os casos de Transplante de Membrana Amniótica e de Pele):

Declaro que a equipe multidisciplinar conta com:

( ) Enfermeiro coordenador

( ) Enfermeiros e técnicos de enfermagem

( ) Fisioterapeutas

( ) Psicólogos

( ) Assistentes sociais

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

A. Para as modalidades de transplante de membrana amniótica e de pele:

- Laboratório de análises clínicas, com licença sanitária vigente: ( ) Sim ( ) Não
- Sala de cirurgia ou ambulatório adequado para a realização do transplante: ( ) 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: _____
- Unidade de terapia intensiva (quando indicado): ( ) Sim ( ) Não

B. Para a modalidade de transplante de tecidos cardiovasculares:

- Laboratório de análises clínicas, com licença sanitária vigente (próprio ou terceirizado): ( ) Sim ( ) Não
  Se terceirizado, anexar à proposta SAIPS a cópia do contrato e indicar:

  Nome da empresa contratada: _____

  CNPJ: _____
- Radiologia convencional: ( ) Sim ( ) Não
- Sala de cirurgia ou ambulatório adequado para a realização do transplante: ( ) 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: _____

- Serviço de hemoterapia: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de radiologia com tomografia computadorizada, disponível 24 (vinte e quatro) horas: ( ) Sim ( ) Não
- Unidade de terapia intensiva (quando indicado): ( ) Sim ( ) Não

C. Para a modalidade de transplante de tecidos oculares:

- Geladeira para armazenamento dos tecidos com controle de temperatura: ( ) Sim ( ) Não
- Microscópio cirúrgico e demais equipamentos e instrumentos oftalmológicos para cirurgia e controle de qualidade dos tecidos oculares humanos: ( ) Sim ( ) Não
- Protocolo de conferência do tecido a ser utilizado, verificando os dados do doador e do receptor, data de validade do tecido, resultado dos exames sorológicos, temperatura da caixa e condições de acondicionamento do tecido: ( ) Sim( ) Não
- Sala de cirurgia ou ambulatório adequado para a realização do transplante: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de documentação médica e de prontuários de pacientes: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de esterilização: ( ) Sim ( ) Não

D. Para a modalidade de transplante de tecidos músculo esqueléticos:

- Laboratório de análises clínicas, com licença sanitária vigente (próprio ou terceirizado): ( ) Sim ( ) Não

  Se terceirizado, anexar à proposta SAIPS a cópia do contrato e indicar:

  Nome da empresa contratada: _____

  CNPJ: _____

- Radiologia convencional: ( ) Sim ( ) Não
- Sala de cirurgia ou ambulatório adequado para a realização do transplante: ( ) 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: _____

- Serviço de radiologia com tomografia computadorizada, disponível 24 (vinte e quatro) horas: ( ) Sim ( ) Não

- Serviço de tratamento de deformidades ósseas (quando aplicável): ( ) 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