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 PARA HABILITAÇÃO DE

SERVIÇO DE REFERÊNCIA EM TRATAMENTO DA PESSOA COM FALÊNCIA INTESTINAL

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 _____

Declaro que este serviço a ser habilitado como Serviço de Referência em Tratamento da Pessoa com Falência Intestinal cumpre com:

( ) SIM ( ) NÃO	Pactuação na Comissão Intergestores Bipartite - CIB, no Colegiado Intergestores Regional - CIR ou no Colegiado de Gestão da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, aprovando a habilitação.
( ) SIM ( ) NÃO	Possui alvará de funcionamento sanitário vigente, não se aceitando a simples apresentação de protocolo de solicitação de inspeção sanitária.
( ) SIM ( ) NÃO	Compõe a RAS regional, garantindo os princípios, as diretrizes e as responsabilidades descritas no Programa Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Falência Intestinal.
( ) SIM ( ) NÃO	Apoia os demais pontos de atenção da RAS no que se refere ao cuidado da pessoa com falência intestinal, participando, sempre que necessário, da educação permanente dos profissionais de saúde que atuam neste cuidado e realizando matriciamento das equipes.
( ) SIM ( ) NÃO	Apresenta estrutura física adequada, com programas e protocolos de cuidado clínico estabelecidos.
( ) SIM ( ) NÃO	Utilizar os sistemas de informação vigentes para registro da atenção dispensada no cuidado às pessoas com falência intestinal, conforme normas técnico-operacionais preconizadas pelo Ministério da Saúde.

( ) SIM ( ) NÃO	Garante a integralidade do cuidado às pessoas com falência intestinal.
( ) SIM ( ) NÃO	Garante o acolhimento e realiza o encaminhamento regulado de pessoas com diagnóstico ou suspeita de falência intestinal, para fins de investigação e tratamento.
( ) SIM ( ) NÃO	Garante alta hospitalar segura, com capacitação dos cuidadores e condições de estrutura do domicílio com avaliação da assistência social através de relatório de visita domiciliar realizada pelo gestor municipal.
( ) SIM ( ) NÃO	Oferecer atenção diagnóstica e terapêutica específica para as pessoas com falência intestinal, em caráter multidisciplinar, a partir de protocolos de encaminhamento a todos os pontos de atenção.
( ) SIM ( ) NÃO	Reavaliar periodicamente as pessoas com falência intestinal, de acordo com os protocolos definidos.
( ) SIM ( ) NÃO	Subsidiar ações de saúde dos gestores no âmbito da falência intestinal, quando necessário.
( ) SIM ( ) NÃO	Realizar diagnóstico das pessoas com suspeita de falência intestinal.
( ) SIM ( ) NÃO	Referenciar as pessoas com falência intestinal para a Atenção Domiciliar, quando se fizer necessária a continuidade do seguimento clínico, garantindo seu matriciamento.
( ) SIM ( ) NÃO	Submeter-se à regulação, fiscalização, monitoramento e avaliação do gestor municipal, estadual e do Distrito Federal, conforme as respectivas atribuições e responsabilidades estabelecidas.
( ) SIM ( ) NÃO	Realizar atividades de educação aos profissionais de saúde no tema da Falência Intestinal, em conjunto com os gestores do SUS, os conselhos de saúde e a comunidade científica.

Diretor do Estabelecimento

/ /

local

Data