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 CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOÉTICAS (TCPH)

☐ **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 o(s) que se aplica(m)):

( ) TCPH autólogo ( ) TCPH alogênico aparentado com HLA idêntico

( ) TCPH alogênico aparentado com HLA haploidêntico e não-aparentado

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. Terapeuta ocupacional:

Nome _____

Nº do registro profissional: _____

Declaro que o estabelecimento:

- Oferece acesso a cirurgião dentista: ( ) sim ( ) Não
- Conta com um profissional dedicado ao registro e reporte de dados: ( ) sim ( ) Não
- Conta com profissionais de enfermagem com experiência em cuidados de pacientes aplasiados ou imunossuprimidos na proporção mínima, em atividade (que não estejam em férias ou folga), de 1 (um) profissional para cada 4 (quatro) pacientes para transplantes autólogos; 1 (um) para 3 (três) para os alogênicos aparentados; e 1 (um) para 2 (dois) para os alogênicos não-aparentados, sendo que em cada um

desses grupos deve-se incluir pelo menos um profissional de nível superior: ( ) sim ( ) Não

- O coordenador de enfermagem possui experiência em serviço de TCPH, de no mínimo 6 (seis) meses para TCPH alogênicos e, em serviço de hematologia que trate de hemopatias malignas, de no mínimo 4 (quatro) meses para TCPH autólogo: ( ) sim ( ) Não

II – Obrigatórios:

- Quantidade de leitos hospitalares disponíveis para TCPH: _____. Distribuição:
  TCPH autólogo: _____ TCPH alogênico aparentado com HLA idêntico: _____
  TCPH alogênico aparentado com HLA haploidêntico:_____
  TCPH alogênico não-aparentado: _____
- Quantitativo de leitos de retaguarda para TCPH: _____. Desses, _____ são para isolamento respiratório.
- Número de leitos de Terapia Intensiva de adultos: _____
- Número de leitos de UTI Pediátrica: _____
- Número de poltronas: _____, e leitos de hospital-dia para TCPH: _____
- Pretende ser referência para alguma doença em particular? Qual (is): _____
  _____
  _____
- Dispõe de centro cirúrgico, para a coleta das células progenitoras hematopoéticas da medula óssea (apenas para TCPH alogênico): ( ) Sim ( ) Não
- Dispõe de Centro de Processamento Celular - CPC (próprio ou terceirizado): ( ) Sim ( ) Não
  Se terceirizado, anexar à proposta SAIPS a cópia do contrato e indicar:
  Nome da empresa contratada: _____
  CNPJ: _____
- Dispõe de farmacêutico clínico com treinamento em TCHP para avaliação da adequação do nível sérico dos imunossupressores (TCPH alogênico), antibióticos e interações medicamentosas): ( ) Sim ( ) Não
- Dispõe de hospital dia com poltronas e leitos e com proteção para os pacientes em relação aos agentes infecciosos presentes na comunidade): ( ) Sim ( ) Não
- Dispõe de laboratório com capacidade de realizar, no mínimo, nível sérico de quimioterápicos (todas modalidades TCPH), dos imunossupressores (TCPH alogênico), antibióticos, aminoglicosídeos e antifúngicos (próprio ou terceirizado): ( ) Sim ( ) Não
  Se terceirizado, anexar à proposta SAIPS a cópia do contrato e indicar:
  Nome da empresa contratada: _____
  CNPJ: _____

- Dispõe de laboratório de análises clínicas, disponível 24 (vinte e quatro) horas, com licença sanitária vigente: ( ) Sim ( ) Não
- Dispõe de laboratório (s) de biologia molecular, citogenética e imunofenotipagem, próprios ou terceirizados: ( ) Sim ( ) Não
- Dispõe de laboratório de histocompatibilidade e imunogenética, com capacidade para determinar quimerismo após TCPH alogênico (próprio ou terceirizado) : ( ) Sim ( ) Não
  Se terceirizado, anexar à proposta SAIPS a cópia do contrato e indicar:
  Nome da empresa contratada: _____
  CNPJ: _____
- Dispõe de laboratório de microbiologia com capacidade de identificar bactérias, fungos, micobactérias e sua sensibilidade aos principais agentes antimicrobianos: ( ) Sim ( ) Não
- Dispõe de laboratório de patologia clínica disponível 24 (vinte e quatro) horas: ( ) Sim ( ) Não
- Dispõe de laboratório de virologia com a capacidade de detectar por método molecular, no mínimo, a presença de citomegalovírus, adenovírus, herpesvírus humano 6, herpes simples, herpes zoster, vírus BK, vírus respiratórios (próprio ou terceirizado) : ( ) Sim ( ) Não
  Se terceirizado, anexar à proposta SAIPS a cópia do contrato e indicar:
  Nome da empresa contratada: _____
  CNPJ: _____
- Dispõe de leitos para reinternação de paciente com complicações do TCPH: ( ) Sim ( ) Não
- Dispõe de serviço de anatomia patológica com treinamento para realizar diagnóstico de doença do enxerto contra o hospedeiro aguda em pele, fígado e trato gastrointestinal (TCPH alogênico), doença venoclusiva, microangiopatia trombótica e outras complicações dos TCPH (próprio ou terceirizado) : ( ) Sim ( ) Não
  Se terceirizado, anexar à proposta SAIPS a cópia do contrato e indicar:
  Nome da empresa contratada: _____
  CNPJ: _____
- Dispõe de serviço de documentação médica e de prontuários de pacientes: ( ) Sim ( ) Não
- Dispõe de serviço de endoscopia digestiva, enteral e brônquica: ( ) Sim ( ) Não
- Dispõe de serviço de esterilização: ( ) Sim ( ) Não
- Dispõe de serviço de farmácia disponível 24 (vinte e quatro) horas: ( ) Sim ( ) Não
- Dispõe de serviço de farmácia especializada com a disponibilidade de medicações apropriadas para tratamento, segundo protocolo clínico institucional, das principais complicações agudas dos TCPH: doença do enxerto contra o hospedeiro aguda (TCPH alogênico) e crônica (TCPH alogênico), doença venoclusiva hepática, cistite hemorrágica, microangiopatia trombótica, infecção por citomegalovírus em paciente pancitopênico (TCPH alogênico), adenovírus, vírus respiratórios (próprio ou terceirizado) : ( ) Sim ( ) Não
  Se terceirizado, anexar à proposta SAIPS a cópia do contrato e indicar:

Nome da empresa contratada: _____

CNPJ: _____

- Dispõe de serviço de hemodinâmica ou de cirurgia com treinamento para inserção segura de cateteres venosos centrais (próprio ou terceirizado) : ( ) Sim ( ) Não
  Se terceirizado, anexar à proposta SAIPS a cópia do contrato e indicar:
  Nome da empresa contratada: _____
  CNPJ: _____
- Dispõe de serviço de hemoterapia com capacidade de irradiação e deleucotização de todos os hemocomponentes celulares e de transfusão de plaquetas coletadas por leucoaférese (próprio ou terceirizado) : ( ) Sim ( ) Não
  Se terceirizado, anexar à proposta SAIPS a cópia do contrato e indicar:
  Nome da empresa contratada: _____
  CNPJ: _____
- Dispõe de serviço de hemoterapia, com capacidade de realizar plasmaférese e leucoaférese (próprio ou terceirizado) : ( ) Sim ( ) Não
  Se terceirizado, anexar à proposta SAIPS a cópia do contrato e indicar:
  Nome da empresa contratada: _____
  CNPJ: _____
- Dispõe de serviço de nutrição com capacidade de oferecer alimentação apropriada para pacientes neutropênico, nutrição enteral e parenteral: ( ) Sim ( ) Não
- Dispõe de serviço de psicologia com capacidade de oferecer suporte psicológico aos pacientes e familiares: ( ) Sim ( ) Não
- Dispõe de serviço de radiologia convencional, incluindo raio X portátil, ultrassom portátil, ecocardiograma portátil, eletrocardiograma, tomografia computadorizada disponível 24 (vinte e quatro) horas e acesso à ressonância nuclear magnética: ( ) Sim ( ) Não
- Dispõe de serviço de radioterapia com capacidade de realizar radioterapia corporal total – TBI mieloablativa e, para os TCPH pediátricos, com capacidade de realizar a TBI sob anestesia (próprio ou terceirizado) : ( ) Sim ( ) Não
  Se terceirizado, anexar à proposta SAIPS a cópia do contrato e indicar:
  Nome da empresa contratada: _____
  CNPJ: _____
- Dispõe de sistema de filtragem de ar de acordo com as normas sanitárias e técnicas vigentes: ( ) Sim ( ) Não
- Dispõe de unidade de TCPH exclusiva ou compartilhada com serviço de hematologia, oncologia, ou de transplantes: ( ) Sim ( ) Não
- Dispõe de unidade de terapia intensiva com acesso imediato do paciente submetido a TCPH quando indicado e disponibilidade de ventilação pulmonar mecânica e de hemodiálise: ( ) Sim ( ) Não

- Dispõe dos seguintes profissionais médicos consultores, sendo o mínimo obrigatório para TCPH alogênicos:

( ) Cardiologista	( ) Neurologista
( ) Cirurgião geral	( ) Neurocirurgião
( ) Cirurgião torácico	( ) Psiquiatra
( ) Cirurgião vascular	( ) Pneumologista
( ) Dermatologista	( ) Radioterapeuta
( ) Gastroenterologista	( ) Geneticistas
( ) Hemoterapeuta	( ) Imunologistas
( ) Infectologista	( ) Oncologistas
( ) Nefrologista	( ) Reumatologistas

- Outros profissionais devem estar disponíveis de acordo com a especificidade de atendimento de cada serviço (citar): _____
  _____
  _____

- Garante acesso contínuo ao serviço de transplante em caso de infecções ou outras complicações, 24 (vinte e quatro) horas por dia, com proteção dos pacientes em relação aos agentes infecciosos presentes na comunidade: ( ) 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.
- Para os casos de renovação da autorização:
  - Relatório de produção de TCPH referente ao último período de vigência da autorização, por modalidade e tipo de financiamento (SUS ou privado), e contendo a sobrevida (30 dias, 100 dias, 6 meses, 1 ano e global).
  - Planilha com os dados levantados pelo gerente da dados e revista pelo responsável técnico contendo no mínimo: doença de base, estado de remissão de doença maligna, dados demográficos do paciente, do doador, grau de parentesco e compatibilidade HLA entre eles, pesquisa de anticorpos anti-HLA do paciente, características do enxerto, regime de condicionamento, profilaxia da doença do enxerto contra o hospedeiro em TCPH alogênicos, dia da enxertia neutrofílica,

complicações imediatas e tardias dos transplantes, incluindo infecções, doença do enxerto contra o hospedeiro aguda e crônica, remissão da doença de base, analise de quimerismo e sobrevida dos pacientes 30 (trinta) dias, 100 (cem) dias, 6 (seis) meses, 1 (um) ano e global após o TCPH. Para cada modalidade de TCPH será avaliada a experiência do centro e os desfechos dos TCPH já realizados na instituição.

- Lista de espera atual por TCPH no estabelecimento, por modalidade de transplante.
- Declaração de compromisso em realizar coleta de CPH de doadores alogênicos para o REDOME em número equivalente a atividade de TCPH alogênico não-aparentado no ano anterior.

Diretor do Estabelecimento

local

/ /

Data