



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Especializada
Sistema Nacional de Transplantes

ESTABELECCIMENTOS DE SAÚDE
REQUERIMENTO PARA REALIZAR TRANSPLANTE DE
PULMÃO

Autorização

Renovação

Nº do SNT:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

A ser preenchido pelo **SNT** no ato da **autorização**
A ser preenchida pela **CNCDO** no ato da **renovação**

Estabelecimento: _____

CGC

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Conveniado ao SUS: S N

Endereço: _____ Nº _____

Bairro: _____ Cidade _____ UF _____ CEP

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fone: _____ Fax: _____ E-mail: _____

Diretor Técnico: _____ CRM _____

Número do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES _____

(Preenchimento obrigatório de acordo com a Portaria GM/MS nº 2600 de 21 de outubro de 2009)

*** Declaro que os itens a seguir constam do processo de pedido de autorização.**

Declarações

- Compromisso de fiscalização e controle pelo SNT
- Ato constitutivo (Contrato Social ou Estatuto do estabelecimento)
- Ato de designação e posse da diretoria
- Equipe especializada contratada ou funcional
- Disponibilidade de pessoal
- Instrumental e equipamentos
- Designação do responsável técnico
- Comprovação da natureza jurídica
- Alvará de Funcionamento Fornecido pela Vigilância Sanitária - VISA
- Nº da autorização das equipes com quem atua.
- Declaração de disponibilidade de serviços em tempo integral para apoio às equipes
- Comprovante de existência e funcionamento de Comissão Intra-hospitalar de Transplante
- Médico plantonista 24 h
- Comprovante de existência e funcionamento de Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

Integram o corpo clínico e multi-profissional do estabelecimento

- Pediatra
- Nefrologista
- Infectologista
- Hemoterapeuta
- Radiologista
- Imunologista
- Assistente Social
- Fisioterapeuta
- Especialista em saúde mental
- Anestesiista com experiência em cirurgia torácica
- Plantonista na unidade 24 h

Infra-estrutura-Geral

- Ambulatório para acompanhamento pós-transplante
- Laboratório de análise
- Serviço de Imagenologia (radiologia, ultra-sonografia) 24 horas.
- Serviço de Anatomia Patológica
- Serviço de Hemoterapia 24 horas
- Unidade de Terapia Intensiva
- Centro cirúrgico, para a realização concomitante dos procedimentos de retirada e de implante;
- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
- Farmácia com capacidade de prover medicamentos necessários aos procedimentos de transplantes e enxertos;
- Laboratório de Histocompatibilidade autorizado pelo SNT/MS.
- Rotina de CCIH, centro cirúrgico e UTI;

Infra-estrutura-Específica

- Cineangiocardiografia
- Ecocardiografia Bidimensional com medidor direcional de vazão
- Eletrocardiografia convencional ou dinâmica
- Eletrocardiograma
- Emergência Cardiológica 24 horas
- Radiologia Convencional Vascular
- Serviço de Avaliação da Função Pulmonar
- Serviço de Endoscopia
- Serviço de Endoscopia Digestiva Alta
- Serviço de Fisioterapia
- Serviço de Hemodinâmica

- Serviço de Hemoterapia com capacidade de atender a necessidade de grandes quantidades de sangue e hemoderivados
- Serviço de Radiologia Convencional e Intervencionista
- Serviço de Radiologia Intervencionista com recursos diagnósticos e terapêuticos nas áreas: vascular e de vias biliares
- Serviço de Tomografia Computadorizada
- Serviço de Tomografia Computadorizada de Abdômen
- Serviço de Ultra-Sonografia com medidor convencional de vazão (Doppler Colorido)
- Serviços de Avaliação da Função Cardíaca
- Sistema de Circulação Extracorpórea com bombas centrífugas
- Sistema de Infusão Controlada e aquecida de fluídos e bombas de fusão rápida
- Sistema de Infusão de sangue com capacidade de vazão de até onze litros por minuto
- Sistema de Monotirização da Coagulação Sanguínea
- Serviço de Diálise Aguda
- Unidade Coronariana
- Unidade de Tratamento Dialítico (próprio ou terceirizado)
- Unidade de Tratamento Dialítico incluindo Hemofiltração (próprio ou terceirizado)
- Ultra-sonografias
- Serviço de Broncoscopia
- Laboratório de Histocompatibilidade (próprio ou terceirizado)
- Hospital-Dia

Observações: _____

Parecer conclusivo: _____

Nome Coordenação Estadual

Assinatura

local

_____/_____/_____
Data