



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

ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE
REQUERIMENTO PARA REALIZAR TRANSPLANTE DE
RIM

☐ **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 |
| ☐ | Comprovante de existência e funcionamento de Comissão de Controle de Infecção Hospitalar |
| ☐ | Médico plantonista 24 h |

Integram o corpo clínico e multi-profissional do estabelecimento

- ☐ Pediatra
- ☐ Nefrologista
- ☐ Infectologista
- ☐ Cirurgião Geral
- ☐ Endocrinologista
- ☐ Urologista
- ☐ Radiologista
- ☐ Imunologista
- ☐ Assistente Social
- ☐ Fisioterapeuta
- ☐ Especialista em saúde mental

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

- ☐ Ecocardiografia Bidimensional com medidor direcional de vazão
- ☐ Eletrocardiografia convencional ou dinâmica
- ☐ Eletrocardiograma
- ☐ Radiologia Convencional Vascular
- ☐ Serviço de Endoscopia
- ☐ Serviço de Endoscopia Digestiva Alta
- ☐ Serviço de Fisioterapia
- ☐ Serviço de Hemoterapia com capacidade de atender a necessidade de grandes quantidades de sangue e hemoderivados
- ☐ Serviço de Radiologia Convencional e Intervencionista
- ☐ 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 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