



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

ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE REQUERIMENTO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR TRANSPLANTE

- ☐ MEDULA OSSEA AUTOGENICO
☐ MEDULA OSSEA ALOGENICO APARENTADO
☐ MEDULA OSSEA ALOGENICO NÃO APARENTADO

Nº do SNT:

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

A ser preenchido pelo SNT

Estabelecimento: _____

CNPJ

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

 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 de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017)

*** 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
☐ 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

<i>Integram o corpo clínico e multi-profissional do estabelecimento</i>	
☐	Pediatra
☐	Oncologista
☐	Infectologista
☐	Hematologista
☐	Hemoterapeuta
☐	Radiologista
☐	Imunologista
☐	Nefrologista
☐	Assistente Social
☐	Fisioterapeuta
☐	Anestesista
☐	Especialista em saúde mental
☐	Enfermeiro com experiência em Tx de Medula Óssea

<i>Infra-estrutura-Geral</i>	
☐	Ambulatório especializado para acompanhar os pacientes em recuperação;
☐	Laboratório de Análises Clínica, 24 horas;
☐	Centro Cirúrgico;
☐	Laboratório de Patologia Clínica e serviço de Anatomia Patológica;
☐	Farmácia com capacidade de prover medicamentos necessários aos procedimentos de transplantes e enxertos;
☐	Rotina de CCIH, centro cirúrgico e UTI;

<i>Infra-estrutura-Específica</i>	
☐	Centro Cirúrgico, para coleta das células-tronco hematopoéticas da medula óssea se for no próprio hospital
☐	Hospital-Dia
☐	Laboratório de Análises Clínicas.
☐	Laboratório de Histocompatibilidade, quando indicado (próprio ou terceirizado).
☐	Laboratório de Criobiologia (próprio ou terceirizado).
☐	Laboratório de Patologia Clínica disponível 24 horas.
☐	Laboratório(s) de Biologia Molecular, Citogenética e Munofenotipagem (próprios ou terceirizados).
☐	Radiologia Convencional;
☐	Sala de cirurgia ou ambulatório adequado para a realização do transplante (quando aplicado).

- ☐ Serviço com capacidade de manuseio e criopreservação de células-tronco hematopoéticas.
- ☐ Serviço de Anatomia Patológica próprio ou terceirizado
- ☐ Serviço de Documentação Médica e de Prontuários de Pacientes
- ☐ Serviço de Endoscopia Gastro-enteral e brônquica
- ☐ Serviço de Esterilização
- ☐ Serviço de Hemodinâmica (quando aplicado)
- ☐ Serviço de Hemoterapia (quando aplicado)
- ☐ Serviço de Hemoterapia, com capacidade de realizar aférese
- ☐ Serviço de Radiologia com Tomografia Computadorizada, disponível 24 horas
- ☐ Serviço de Radioterapia com capacidade para realizar irradiação corporal total
- ☐ Sistema de Filtragem de ar
- ☐ Unidade Terapia Intensiva
- ☐ Serviço de Nutrição

Observações: _____

Parecer conclusivo: _____

Nome Coordenador da CET

Assinatura

local

_____/_____/_____
Data