



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Especializada
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: _____

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 |

<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 Coordenação Estadual

Assinatura

local

/

Data

/