

## PARÂMETROS ASSISTENCIAIS

Critérios para renovação de autorização para realizar transplantes de Órgãos e Tecidos, de acordo com as Diretrizes da Política Estadual de Transplantes do Paraná aprovada no Conselho Estadual de Saúde do Paraná em reunião realizada no dia 25/11/2011.

### 1) Capacidade Ambulatorial para Acompanhamento Pré-Transplante:

1.1 Números de consultas mensais pré-transplantes disponíveis para usuários SUS no último ano da portaria vigente:

**Disponibilizadas** para a Central de Regulação, mês a mês, -----

**Agendadas** via Central de Regulação, mês a mês, -----

**Realizadas** via Central de Regulação, mês a mês, -----

1.2 Quantitativos de exames mensais disponíveis para usuário SUS, por procedimento, para inclusão em lista de candidatos a transplantes, conforme Portaria GM/MS nº 2041/2008 e Portaria GM/MS 2600/2009.

### 2) Capacidade Ambulatorial para Acompanhamento Pós-Transplante:

2.1 Números de consultas mensais pós-transplante disponíveis para usuários SUS no último ano da portaria vigente:

**Disponibilizadas** para a Central de Regulação, mês a mês; -----

**Agendadas** via Central de Regulação, mês a mês, -----

**Realizadas** via Central de Regulação, mês a mês, -----

### 3) Descrever o Fluxo de Referência e contra Referência e anexar modelo da ficha de encaminhamento:

---

---

---

Local....., Data.... / .... / .....

.....  
**Assinatura e Carimbo do Diretor Geral da instituição**

.....  
**Validação do Gestor Local\***  
**Assinatura e Carimbo**

\* A validação do gestor local é **obrigatória**; entende-se por gestor local a Secretaria Municipal de Saúde (se o município estiver em plena de gestão) ou a SCRACA da respectiva Regional de Saúde (quando a gestão for estadual)