# 

MINISTÉRIO DA SAÚDE

**SECRETARIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE**

**DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA E TEMÁTICA**

**COORDENAÇÃO-GERAL DO SISTEMA NACIONAL DE TRANSPLANTES**

Indicadores de qualidade para fins de classificação quanto à complexidade tecnológica dos estabelecimentos de saúde autorizados para realização de transplantes

(Portaria de Consolidação n° 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 (Seção IX, Do Incremento Financeiro para a Realização de Procedimentos de Transplantes e o Processo de Doação de Órgãos - IFTDO)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ESTABELECIMENTO** | |  | | | | | | | | | | |
| **CNES** |  | | | **CNPJ** |  | | | | | | | |
| **Endereço** |  | | | | | | | | | | **Nº** |  |
| **Bairro** |  | | **Cidade** |  | | | **UF** |  | **CEP** |  | | |
| **Fone** |  | | **Fax** |  | | **E-mail** |  | | | | | |

**1 – NORMAS GERAIS PARA CLASSIFICAÇÃO (NÍVEL A, B, C, D)**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Os estabelecimentos devem estar com as portarias de autorização para transplantarem em vigência. |
|  | Os estabelecimento de saúde devem ter atividade transplantadora de no mínimo 1 (um) ano. |

**2 – APRESENTAÇÃO DOS INDICADORES DE QUALIDADE**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Modalidade** | **Freq.** | **Freq./pmp** | **CS\* (%)** | **CEF\*\* (%)** | **TMCF\*\*\*** |
| Transplante Coração |  |  |  |  | N/A |
| Transplante Pulmão |  |  |  |  | N/A |
| Transplante Fígado |  |  |  |  | N/A |
| Transplante Rim |  |  |  |  |  |
| Transplante Rim-Pâncreas |  |  |  |  | N/A |
| Transplante Pâncreas |  |  |  |  | N/A |
| TMO autogênico |  |  |  |  | N/A |
| TMO alogênico não aparentado |  |  |  |  | N/A |
| TMO alogênico aparentado |  |  |  |  | N/A |

\* CS = Curva de Sobrevida dos transplantados no ano anterior

\*\* CEF = Curva de Enxertos Funcionantes dos últimos dois anos

\*\*\* TMCF = Tempo Médio (em dias) decorrido para a Confecção das Fístulas arteriovenosas pelos serviços de diálises de origem dos pacientes encaminhados para transplantes, a contar da data do diagnóstico de insuficiência renal crônica.

**Importante anexar os gráficos de curvas citadas acima.**

**3 - CONCLUSÃO**

O Estabelecimento de saúde cumpre, no que lhe cabe, ao disposto na Portaria GM/MS nº 845 de 02 de maio de 2012.

|  |  |
| --- | --- |
| **CARIMBO E ASSINATURA DO COORDENADOR DA CNCDO-ESTADUAL** | **CARIMBO E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL TÉCNICO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE** |

USO RESTRITO DA CGSNT

**1 – ENQUADRAMENTO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nível** | **Transplante coração** | **Transplante Pulmão** | **Transplante Fígado** | **Transplante Rim** | **Transplante Rim-Pâncreas** | **Transplante Pâncreas** | **TMO alogênico não aparentado** | **TMO alogênico aparentado** |
| **A** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **B** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **C** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **D** |  |  |  |  |  |  |  |  |

**2 - PARECER FINAL**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
| Técnico da Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes/Ministério da Saúde | | |
| **Nome** |  | **Data** |