



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

Integram o corpo clínico e multi-profissional do estabelecimento

- Pediatra
- Oncologista
- Infectologista
- Hematologista
- Hemoterapeuta
- Radiologista
- Imunologista
- Nefrologista
- Assistente Social
- Fisioterapeuta
- Anestesista
- Especialista em saúde mental
- Enfermeiro com experiência em Tx de Medula Óssea

Infra-estrutura-Geral

- 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;

Infra-estrutura-Específica

- 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