



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
Departamento de Atenção Especializada e Temática
Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes

**LISTA DE VERIFICAÇÃO DE ESTABELECIMENTO PARA REALIZAR TRANSPLANTE DE
CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOÉTICAS (TCPH)**

Autorização

Renovação da autorização

Nº do SNT:

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

A ser preenchido pelo **SNT** no ato da **autorização**

A ser preenchida pela **CET** no ato da **renovação**

**Identificação do estabelecimento (conforme consta no Cadastro Nacional de
Estabelecimentos de Saúde - CNES):**

Nome fantasia: _____

Nome empresarial: _____

CNES: _____ CNPJ: _____ Conveniado ao SUS: () Sim () Não

Natureza Jurídica: _____ Gestão: _____

Endereço: _____ Nº _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

Telefone: () _____ e-mail: _____

Diretor Técnico: _____ CRM _____

Modalidade de Transplante (marcar o(s) que se aplica(m)):

() TCPH autólogo () TCPH alogênico aparentado com HLA idêntico

() TCPH alogênico aparentado com HLA haploidêntico e não-aparentado

**Marcar a(s) faixa(s) etária(s) dos pacientes que serão atendidos pelo estabelecimento de
transplante:**

() Pediátrico Tipo I (0 a 12 anos) () Pediátrico Tipo II (13 a 18 anos) () Adulto

I – Equipe:

Equipe médica – foi apresentada a lista de verificação de equipe: () Sim () Não

Equipe multidisciplinar mínima:

A. Nutricionista

Nome _____

Nº do registro profissional: _____

B. Fisioterapeuta:

Nome _____

Nº do registro profissional: _____

C. Psicólogo:

Nome _____

Nº do registro profissional: _____

D. Assistente social:

Nome _____

Nº do registro profissional: _____

E. Enfermeiro coordenador:

Nome _____

Nº do registro profissional: _____

F. Terapeuta ocupacional:

Nome _____

Nº do registro profissional: _____

Declaro que o estabelecimento:

- Oferece acesso a cirurgião dentista: () sim () Não
- Conta com um profissional dedicado ao registro e reporte de dados: () sim () Não
- Conta com profissionais de enfermagem com experiência em cuidados de pacientes aplasiados ou imunossuprimidos na proporção mínima, em atividade (que não estejam em férias ou folga), de 1 (um) profissional para cada 4 (quatro) pacientes para transplantes autólogos; 1 (um) para 3 (três) para os alogênicos aparentados; e 1 (um) para 2 (dois) para os alogênicos não-aparentados, sendo que em cada um

desses grupos deve-se incluir pelo menos um profissional de nível superior: () sim
() Não

- O coordenador de enfermagem possui experiência em serviço de TCPH, de no mínimo 6 (seis) meses para TCPH alogênicos e, em serviço de hematologia que trate de hemopatias malignas, de no mínimo 4 (quatro) meses para TCPH autólogo:
() sim () Não

II – Obrigatórios:

- Quantidade de leitos hospitalares disponíveis para TCPH: _____. Distribuição:
TCPH autólogo: _____ TCPH alogênico aparentado com HLA idêntico: _____
TCPH alogênico aparentado com HLA haploidêntico: _____
TCPH alogênico não-aparentado: _____
- Quantitativo de leitos de retaguarda para TCPH: _____. Desses, _____ são para isolamento respiratório.
- Número de leitos de Terapia Intensiva de adultos: _____
- Número de leitos de UTI Pediátrica: _____
- Número de poltronas: _____, e leitos de hospital-dia para TCPH: _____
- Pretende ser referência para alguma doença em particular? Qual (is): _____

- Dispõe de centro cirúrgico, para a coleta das células progenitoras hematopoéticas da medula óssea (apenas para TCPH alogênico): () Sim () Não
- Dispõe de Centro de Processamento Celular - CPC (próprio ou terceirizado): () Sim
() Não

Se terceirizado, anexar à proposta SAIPS a cópia do contrato e indicar:

Nome da empresa contratada: _____

CNPJ: _____

- Dispõe de farmacêutico clínico com treinamento em TCHP para avaliação da adequação do nível sérico dos imunossupressores (TCPH alogênico), antibióticos e interações medicamentosas): () Sim () Não
- Dispõe de hospital dia com poltronas e leitos e com proteção para os pacientes em relação aos agentes infecciosos presentes na comunidade): () Sim () Não
- Dispõe de laboratório com capacidade de realizar, no mínimo, nível sérico de quimioterápicos (todas modalidades TCPH), dos imunossupressores (TCPH alogênico), antibióticos, aminoglicosídeos e antifúngicos (próprio ou terceirizado): () Sim () Não

Se terceirizado, anexar à proposta SAIPS a cópia do contrato e indicar:

Nome da empresa contratada: _____

CNPJ: _____

- Dispõe de laboratório de análises clínicas, disponível 24 (vinte e quatro) horas, com licença sanitária vigente: () Sim () Não
- Dispõe de laboratório (s) de biologia molecular, citogenética e imunofenotipagem, próprios ou terceirizados: () Sim () Não
- Dispõe de laboratório de histocompatibilidade e imunogenética, com capacidade para determinar quimerismo após TCPH alogênico (próprio ou terceirizado) : () Sim () Não
Se terceirizado, anexar à proposta SAIPS a cópia do contrato e indicar:

Nome da empresa contratada: _____

CNPJ: _____

- Dispõe de laboratório de microbiologia com capacidade de identificar bactérias, fungos, micobactérias e sua sensibilidade aos principais agentes antimicrobianos: () Sim () Não
- Dispõe de laboratório de patologia clínica disponível 24 (vinte e quatro) horas: () Sim () Não
- Dispõe de laboratório de virologia com a capacidade de detectar por método molecular, no mínimo, a presença de citomegalovírus, adenovírus, herpesvírus humano 6, herpes simples, herpes zoster, vírus BK, vírus respiratórios (próprio ou terceirizado) : () Sim () Não
Se terceirizado, anexar à proposta SAIPS a cópia do contrato e indicar:

Nome da empresa contratada: _____

CNPJ: _____

- Dispõe de leitos para reinternação de paciente com complicações do TCPH: () Sim () Não
- Dispõe de serviço de anatomia patológica com treinamento para realizar diagnóstico de doença do enxerto contra o hospedeiro aguda em pele, fígado e trato gastrointestinal (TCPH alogênico), doença venoclusiva, microangiopatia trombótica e outras complicações dos TCPH (próprio ou terceirizado) : () Sim () Não
Se terceirizado, anexar à proposta SAIPS a cópia do contrato e indicar:

Nome da empresa contratada: _____

CNPJ: _____

- Dispõe de serviço de documentação médica e de prontuários de pacientes: () Sim () Não
- Dispõe de serviço de endoscopia digestiva, enteral e brônquica: () Sim () Não
- Dispõe de serviço de esterilização: () Sim () Não
- Dispõe de serviço de farmácia disponível 24 (vinte e quatro) horas: () Sim () Não
- Dispõe de serviço de farmácia especializada com a disponibilidade de medicações apropriadas para tratamento, segundo protocolo clínico institucional, das principais complicações agudas dos TCPH: doença do enxerto contra o hospedeiro aguda (TCPH alogênico) e crônica (TCPH alogênico), doença venoclusiva hepática, cistite hemorrágica, microangiopatia trombótica, infecção por citomegalovírus em paciente pancitopênico (TCPH alogênico), adenovírus, vírus respiratórios (próprio ou terceirizado) : () Sim () Não
Se terceirizado, anexar à proposta SAIPS a cópia do contrato e indicar:

Nome da empresa contratada: _____

CNPJ: _____

- Dispõe de serviço de hemodinâmica ou de cirurgia com treinamento para inserção segura de cateteres venosos centrais (próprio ou terceirizado) : () Sim () Não

Se terceirizado, anexar à proposta SAIPS a cópia do contrato e indicar:

Nome da empresa contratada: _____

CNPJ: _____

- Dispõe de serviço de hemoterapia com capacidade de irradiação e deleucotização de todos os hemocomponentes celulares e de transfusão de plaquetas coletadas por leucoaférese (próprio ou terceirizado) : () Sim () Não

Se terceirizado, anexar à proposta SAIPS a cópia do contrato e indicar:

Nome da empresa contratada: _____

CNPJ: _____

- Dispõe de serviço de hemoterapia, com capacidade de realizar plasmaférese e leucoaférese (próprio ou terceirizado) : () Sim () Não

Se terceirizado, anexar à proposta SAIPS a cópia do contrato e indicar:

Nome da empresa contratada: _____

CNPJ: _____

- Dispõe de serviço de nutrição com capacidade de oferecer alimentação apropriada para pacientes neutropênico, nutrição enteral e parenteral: () Sim () Não

- Dispõe de serviço de psicologia com capacidade de oferecer suporte psicológico aos pacientes e familiares: () Sim () Não

- Dispõe de serviço de radiologia convencional, incluindo raio X portátil, ultrassom portátil, ecocardiograma portátil, eletrocardiograma, tomografia computadorizada disponível 24 (vinte e quatro) horas e acesso à ressonância nuclear magnética: () Sim () Não

- Dispõe de serviço de radioterapia com capacidade de realizar radioterapia corporal total – TBI mieloablativa e, para os TCPH pediátricos, com capacidade de realizar a TBI sob anestesia (próprio ou terceirizado) : () Sim () Não

Se terceirizado, anexar à proposta SAIPS a cópia do contrato e indicar:

Nome da empresa contratada: _____

CNPJ: _____

- Dispõe de sistema de filtragem de ar de acordo com as normas sanitárias e técnicas vigentes: () Sim () Não

- Dispõe de unidade de TCPH exclusiva ou compartilhada com serviço de hematologia, oncologia, ou de transplantes: () Sim () Não

- Dispõe de unidade de terapia intensiva com acesso imediato do paciente submetido a TCPH quando indicado e disponibilidade de ventilação pulmonar mecânica e de hemodiálise: () Sim () Não

- Dispõe dos seguintes profissionais médicos consultores, sendo o mínimo obrigatório para TCPH alogênicos:

() Cardiologista	() Neurologista
() Cirurgião geral	() Neurocirurgião
() Cirurgião torácico	() Psiquiatra
() Cirurgião vascular	() Pneumologista
() Dermatologista	() Radioterapeuta
() Gastroenterologista	() Geneticistas
() Hemoterapeuta	() Imunologistas
() Infectologista	() Oncologistas
() Nefrologista	() Reumatologistas
- Outros profissionais devem estar disponíveis de acordo com a especificidade de atendimento de cada serviço (citar): _____

- Garante acesso contínuo ao serviço de transplante em caso de infecções ou outras complicações, 24 (vinte e quatro) horas por dia, com proteção dos pacientes em relação aos agentes infecciosos presentes na comunidade: () sim () Não

Declaro ciência de que devem ser, obrigatoriamente, anexados à proposta no Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde – SAIPS, os seguintes documentos (formato não editável):

- Cópia do alvará de funcionamento sanitário vigente, não se aceitando a simples apresentação de protocolo de solicitação de inspeção sanitária.
- Nominata, endereço eletrônico e telefone atualizados do diretor geral e técnico do estabelecimento/centro transplantador.
- Cópia dos contratos vigentes celebrados com terceiros na prestação de serviços.
- Para os casos de renovação da autorização:
 - Relatório de produção de TCPH referente ao último período de vigência da autorização, por modalidade e tipo de financiamento (SUS ou privado), e contendo a sobrevida (30 dias, 100 dias, 6 meses, 1 ano e global).
 - Planilha com os dados levantados pelo gerente da dados e revista pelo responsável técnico contendo no mínimo: doença de base, estado de remissão de doença maligna, dados demográficos do paciente, do doador, grau de parentesco e compatibilidade HLA entre eles, pesquisa de anticorpos anti-HLA do paciente, características do enxerto, regime de condicionamento, profilaxia da doença do enxerto contra o hospedeiro em TCPH alogênicos, dia da enxertia neutrofílica,

complicações imediatas e tardias dos transplantes, incluindo infecções, doença do enxerto contra o hospedeiro aguda e crônica, remissão da doença de base, análise de quimerismo e sobrevida dos pacientes 30 (trinta) dias, 100 (cem) dias, 6 (seis) meses, 1 (um) ano e global após o TCPH. Para cada modalidade de TCPH será avaliada a experiência do centro e os desfechos dos TCPH já realizados na instituição.

- Lista de espera atual por TCPH no estabelecimento, por modalidade de transplante.
- Declaração de compromisso em realizar coleta de CPH de doadores alogênicos para o REDOME em número equivalente a atividade de TCPH alogênico não-aparentado no ano anterior.

Diretor do Estabelecimento

/ /

local

Data