



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 cirurgia 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 haploidentico: _____
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 imunossuppressores (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 imunossuppressores (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:

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cardiologista | <input type="checkbox"/> Neurologista |
| <input type="checkbox"/> Cirurgião geral | <input type="checkbox"/> Neurocirurgião |
| <input type="checkbox"/> Cirurgião torácico | <input type="checkbox"/> Psiquiatra |
| <input type="checkbox"/> Cirurgião vascular | <input type="checkbox"/> Pneumologista |
| <input type="checkbox"/> Dermatologista | <input type="checkbox"/> Radioterapeuta |
| <input type="checkbox"/> Gastroenterologista | <input type="checkbox"/> Geneticistas |
| <input type="checkbox"/> Hemoterapeuta | <input type="checkbox"/> Imunologistas |
| <input type="checkbox"/> Infectologista | <input type="checkbox"/> Oncologistas |
| <input type="checkbox"/> Nefrologista | <input type="checkbox"/> 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