

ANEXO I
CRENDENCIAMENTO EM TRANSPLANTE DE TECIDO

1. NOVAS AUTORIZAÇÕES

1.1 Autorização do Estabelecimento

1.1.1 Recursos Necessários

Para serviços que pretendem credenciar em transplante, os estabelecimentos de saúde devem contar, conforme cada órgão, com os serviços relacionados a seguir:

| Tecidos e Células | | | | | |
|--|----------------------|------|--|--------------------|------|
| | Tecido Ocular Humano | Pele | Tecido Ósteo-condro-fáscio-ligamentoso | Válvulas Cardíacas | TCTH |
| Banco de Pele (próprio ou terceirizado) | | X | | | |
| Banco de Tecido Musculoesquelético (próprio ou terceirizado) | | | X | | |
| Banco de Tecidos Cardiovasculares Cardíacas Humanas (próprio ou terceirizado) | | | | X | |
| Banco de Tecido Ocular Humano (próprio ou terceirizado) | X | | | | |
| Centro Cirúrgico, para a coleta das células-tronco hematopoéticas da medula óssea se for no próprio hospital | | | | | |
| Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes – CIHDOTT | X | X | X | X | X |
| Hospital dia | | | | | X |
| Laboratório de Análises Clínicas | | X | X | X | X |
| Laboratório de Histocompatibilidade, quando indicado (próprio ou terceirizado) | | | | | X |
| Laboratório de Criobiologia (próprio ou terceirizado) | | | | | X |
| Laboratório de Patologia Clínica disponível 24 horas | X | | | | X |
| Laboratório(s) de Biologia | X | X | X | | X |

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| Molecular, Citogenética e Muno fenotipagem (próprios ou terceirizados) | | | | | |
| Microscópio cirúrgico e demais equipamentos e instrumentos oftalmológicos para cirurgia e controle de qualidade dos tecidos oculares humanos | X | | | | |
| Radiologia Convencional | | X | X | X | X |
| Sala de cirurgia ou ambulatório adequado para a realização do transplante (quando aplicado) | X | X | X | X | X |
| Serviço com capacidade de manuseio e criopreservação de células-tronco hematopoéticas | | | | | X |
| Serviço de Anatomia Patológica próprio ou terceirizado | X | X | X | X | X |
| Serviço de Cirurgia Plástica ou de atendimento a queimados | | X | | | |
| Serviços de Documentação Médica e de Prontuários de Pacientes | X | X | X | X | X |
| Serviço de Endoscopia Gastro enteral e brônquica | | | | | X |
| Serviço de Esterilização | X | X | X | X | X |
| Serviço de Hemodinâmica (quando aplicado) | | | | X | X |
| Serviço de Hemoterapia (quando aplicado) | | | X | X | X |
| Serviço de Hemoterapia com capacidade de realizar aférese | | | | | X |
| Serviço de Radiologia com Tomografia Computadorizada, disponível 24 horas | | | X | X | X |
| Serviço de Radioterapia com capacidade para realizar irradiação corporal total | | | | | X |
| Serviço de Tratamento de Deformidades ósseas (quando indicado) | | | X | | |
| Sistema de Filtragem de Ar | | | | | X |
| Unidade Coronariana | | | | X | |
| Unidade de Terapia Intensiva (quando indicado) | | X | X | X | X |

| | | | | | |
|---------------------|--|--|--|--|---|
| Serviço de Nutrição | | | | | X |
|---------------------|--|--|--|--|---|

1.1.2. Documentação para solicitação de autorização de estabelecimento

Preencher Formulário do Estabelecimento Requerimento de Autorização para Realizar Transplante, considerando as exigências descritas acima, conforme o tipo de transplante e anexar uma declaração e ou comprovante do que está sendo assinalado para cada item do “formulário”, disponíveis no item www.saude.gov.br/transplantes no item Credenciamento.

Obs.: em caso de serviços tercerizados, deve-se anexar o contrato.

1.2 Composição da Equipe de Transplante

A composição de cada equipe de transplante, segundo a especificidade a seguir indicada, deverá ser no mínimo de:

| Tecidos e Células | Profissionais por especialidade |
|-------------------------------------|---|
| Tecido ocular humano | – um médico oftalmologista, com residência ou título de especialista com treinamento formal, pelo período mínimo de seis meses nessa modalidade de transplante em hospital de ensino ou de excelência; |
| Válvulas Cardíacas | – um cardiologista com residência ou título de especialista experiência de no mínimo três meses em transplante valvar hospital de ensino ou de excelência; – um cirurgião cardiovascular com residência ou título de especialista com experiência de, no mínimo seis meses em transplante valvar em hospital de ensino ou de excelência. |
| Pele | – um cirurgião plástico com residência ou título de especialista com experiência em enxertos de pele hospital de ensino ou de excelência. |
| Célula-Tronco Hematopoéticas | – um médico com residência ou título de especialista em hematologia e/ou um médico especialista em oncologia clínica ou oncologia pediátrica, com experiência comprovada de seis meses na realização de transplantes autólogos ou alogênicos em hospital de ensino ou de excelência. |
| Tecido ósteo-condro-fascioligamento | – um médico oftalmologista, com residência ou título de especialista com experiência mínima em enxertia óssea |

1.2.1. Documentação para solicitação de autorização de equipe

Preencher o formulário da Equipe Especializada: Requerimento de Autorização para Realizar Transplante, considerando a composição necessária para cada equipe descrita acima;

- a) Indicar um responsável técnico pela equipe;
- b) Preencher (todos os membros da equipe) Formulário Cadastro do Profissional para Retirada e Transplantes de Órgãos e Tecidos Individualizado;
- c) Anexar Título de residência ou especialidade de todos os membros da equipe;
- d) Anexar comprovação de experiência profissional na área de transplantes, de todos os membros da equipe, com descrição do tipo de treinamento recebido;
- e) Anexar declaração de disponibilidade para realizar os procedimentos de retirada e transplante em tempo integral de todos os membros da equipe;
- f) Anexar declaração quanto à capacidade da equipe para a realização concomitante dos procedimentos de retirada e de transplante;
- g) Anexar Certidão Negativa de Infração Ética atualizada dos membros da equipe, emitida pelo Conselho Regional de Medicina Local considerando a validade de 60 dias.