

Modificado conforme PT SAS/MS nº 123 de 28/02/05

ANEXO II – A

A - FORMULÁRIO PARA VISTORIA DO GESTOR

(deve ser preenchido e assinado pelo Gestor)

(esse formulário não deve ser modificado e/ou substituído)

UNIDADES DE ASSISTÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE CARDIOVASCULAR

NOME DA UNIDADE: _____

CNPJ: _____

TIPO DE PRESTADOR (NATUREZA):

Federal

Estadual

Municipal

Filantrópico

Unidade Universitária

Unidade Escola Superior Isolada

Unidade Auxiliar de Ensino

Unidade sem Atividade de Ensino

Privado

Próprio

Atividade de Ensino e Pesquisa

ENDEREÇO: _____

MUNICÍPIO: _____ ESTADO: _____

CEP: _____ TELEFONE: _____ FAX: _____

EMAIL: _____

DIRETOR TÉCNICO: _____

Tipos de Assistência:

- Ambulatorial

- Internação

- Urgência/Emergência aberta

- Urgência/Emergência referida

SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO PARA:

Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Cirurgia Cardiovascular

Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Cirurgia Cardiovascular Pediátrica

Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Cirurgia Vascular

Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Procedimentos da Cardiologia Intervencionista

Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Procedimentos Endovasculares Extracardíacos

Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Laboratório de Eletrofisiologia

NORMAS DE CLASSIFICAÇÃO E CREDENCIAMENTO DE UNIDADES DE ASSISTÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE CARDIOVASCULAR

EXIGÊNCIAS GERAIS PARA TODOS OS SERVIÇOS

(preenchimento obrigatório para todas as solicitações)

1- Registro das Informações do Paciente:

1.1- A Unidade possui um prontuário único para cada paciente, que inclua todos os tipos de atendimento a ele referente (ambulatorial, internação, pronto-atendimento, emergência), contendo as informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas devidamente escritas, de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento.

() Sim () Não

1.2- Informações indispensáveis e mínimas do Prontuário:

a - Identificação do paciente

() Sim () Não

b - Histórico Clínico

() Sim () Não

c - Avaliação Inicial – de acordo com o protocolo estabelecido

() Sim () Não

d - Indicação do procedimento cirúrgico

() Sim () Não

e - Descrição do ato cirúrgico ou procedimento, em ficha específica contendo:

- identificação da equipe

() Sim () Não

- descrição cirúrgica, incluindo os materiais usados e seus respectivos registros nacionais, para controle e rastreamento dos implantes.

() Sim () Não

f - Descrição da Evolução

() Sim () Não

g - Condições ou Sumário da alta hospitalar

() Sim () Não

h - Ficha de registro de infecção hospitalar

() Sim () Não

i - Evolução ambulatorial

() Sim () Não

2- Estrutura Assistencial:

2.1- A Unidade de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular oferece assistência especializada e integral aos pacientes com doenças do sistema cardiovascular, atuando nas modalidades assistenciais descritas abaixo, conforme as diretrizes do Gestor Estadual e/ou Municipal, que constitui exigência para o Credenciamento. () Sim () Não

a) Adesão aos critérios da Política Nacional de Humanização

() Sim () Não

b) Ações de promoção e prevenção de Doenças do Sistema Cardiovascular - As unidades desenvolvem ações de promoção e prevenção das doenças do sistema cardiovascular e participar de ações de detecção precoce destas doenças. As atividades são desenvolvidas de maneira articulada com os programas e normas definidas pelo Ministério da Saúde, Secretaria de Saúde do Estado ou Município.

() Sim () Não

c) Diagnóstico e Tratamento destinado ao atendimento de pacientes portadores de doença do sistema cardiovascular, compondo a Rede de Assistência aos pacientes portadores de Doenças Cardiovasculares, incluindo:

- Atendimento de Urgência/Emergência referida em Cardiologia que funcione nas 24 horas, mediante termo de compromisso firmado com o gestor

() Sim () Não

- Atendimento Ambulatorial de Cardiologia Clínica conforme o estabelecido na rede de atenção pelo Gestor Público, mediante termo de compromisso firmado entre as partes, onde deverá constar a quantidade de consultas a serem ofertadas, com um número total mínimo de 267 consultas/mês, para cada 180 cirurgias cardiovasculares/ano, de acordo com as necessidades definidas pelo gestor;

() Sim () Não

Não

- Atendimento Ambulatorial de Cardiologia Clínica Pediátrica conforme o estabelecido na rede de atenção pelo Gestor Público, mediante termo de compromisso firmado entre as partes, onde deverá constar a quantidade de consultas a serem ofertadas, com um número total mínimo de 179 consultas/mês, para cada 120 cirurgias cardiovasculares/ano, de acordo com as necessidades definidas pelo gestor;

() Sim () Não

- Atendimento Ambulatorial de Angiologia e Cirurgia Vascular conforme o estabelecido na rede de atenção pelo Gestor Público, mediante termo de compromisso firmado entre as partes, onde deverá constar a quantidade de consultas a serem ofertadas, com um número total mínimo de 100 consultas/mês, para cada 180 cirurgias vasculares/ano, de acordo com as necessidades definidas pelo gestor;

() Sim ()

Não

- Exames de Diagnose e Terapia em cardiologia e vascular (disponíveis para a Rede), de acordo com as necessidades definidas pelo gestor, conforme abaixo:

() Sim () Não

Para Cardiologia:

- Ergometria (no mínimo 80 exames mês / 180 cirurgias ano) () Sim () Não
- Holter (no mínimo 30 exames mês / 180 cirurgias ano) () Sim () Não
- Ecocardiograma (no mínimo 130 exames mês / 180 cirurgias ano) () Sim () Não

Para Vascular:

- Ultra-sonografia com doppler colorido de três vasos (no mínimo 80 exames mês / 180 cirurgias ano)
() Sim () Não

- Internação hospitalar com leitos exclusivos ou de reserva programada, com salas de cirurgia exclusivas ou turnos cirúrgicos destinados às cirurgias eletivas; disponibilidade de salas para absorver as intercorrências cirúrgicas do pós-operatório () Sim () Não

- Leitos clínicos cardiovascular, mediante termo de compromisso firmado com o gestor. () Sim () Não

- Enfermaria para o atendimento em Assistência Cardiovascular de Alta Complexidade conta, por turno, com 1 (um) enfermeiro, para cada 18 leitos e 1 (um) auxiliar de enfermagem (AE) ou técnico em enfermagem (TE) para cada 5 leitos. () Sim () Não

- Enfermaria pediátrica para o atendimento em Assistência Cardiovascular de Alta Complexidade conta, por turno, com 1 (um) enfermeiro, para cada 15 leitos e 1 (um) auxiliar de enfermagem (AE) ou técnico em enfermagem (TE) para cada 4 leitos. () Sim () Não

d) Reabilitação, suporte e acompanhamento através de procedimentos específicos que promovam a melhoria das condições físicas e psicológicas do paciente atuando no preparo pré-operatório ou como complemento pós-cirúrgico no sentido da restituição da capacidade funcional. () Sim () Não

() Sim () Não

3- Referência de Pacientes e Intercâmbio Técnico Científico

3.1- O hospital integra o sistema de referência e contra-referência hierarquizado pelas Secretarias de Saúde, e participar dos programas de intercâmbio técnico científicos. () Sim () Não

() Sim () Não

4 - Instalações Físicas

4.1- As áreas físicas da Unidade possuem Alvará de Funcionamento () Sim () Não

() Sim () Não

E se enquadram nos critérios e normas estabelecidos pela legislação em vigor ou outros ditames legais que as venham substituir ou complementar, a saber:

a- Portaria GM/MS nº 554, de 20 de março de 2002 , que revoga a Portaria GM/MS nº 1884, de 11 de novembro de 1994 – Normas para Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde. () Sim () Não

() Sim () Não

b- Resolução nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. () Sim () Não

() Sim () Não

c- Resolução nº 307, de 14 de novembro de 2002, que altera a Resolução – RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 que dispõe sobre o Regulamento Técnico para Planejamento, Programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. () Sim () Não

d- Resolução nº 05, de 05 de agosto de 1993, do CONAMA – Conselho Nacional de Meio Ambiente. () Sim () Não

EXIGÊNCIAS ESPECÍFICAS (preencher apenas os serviços solicitados)

5- NORMAS ESPECÍFICAS PARA CREDENCIAMENTO EM "SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM CIRURGIA CARDIOVASCULAR"

5.1- A Unidade dispõe de estrutura física e funcional além de uma equipe assistencial devidamente qualificada e capacitada para a prestação de assistência aos portadores de doenças cardiovasculares, em pacientes com idade a partir de 12 anos. () Sim
() Não

5.2- A Unidade de Assistência de Alta Complexidade que solicita credenciamento como Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Cirurgia Cardiovascular, possui um Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Procedimentos da Cardiologia Intervencionista.

() Sim () Não

5.3- Recursos Humanos

a) O Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Cirurgia Cardiovascular conta com um responsável técnico, médico com Título de Especialista em Cirurgia Cardiovascular reconhecido pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular ou com certificado de Residência Médica na especialidade, emitido por Programa de Residência Médica reconhecido pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC);

() Sim () Não

Médico Responsável: ----- CRM: _____

b) Esse médico é responsável técnico por um único serviço credenciado pelo Sistema Único de Saúde. () Sim () Não

c) O médico responsável técnico pelo serviço reside no mesmo município ou cidades circunvizinhas do serviço que está solicitando o credenciamento. () Sim () Não

d) A equipe da Cirurgia Cardiovascular conta com, pelo menos, mais um médico com Título de Especialista em Cirurgia Cardiovascular reconhecido pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular ou com certificado de Residência Médica na especialidade, emitido por Programa de Residência Médica reconhecido pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC).

() Sim () Não

Médico (título ou MEC): ----- CRM: _____

e) A equipe possui quantitativo suficiente para o atendimento de enfermaria, intercorrências clínicas e cirúrgicas do pós-operatório e ambulatório semanal. () Sim () Não

f) O Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Cirurgia Cardiovascular conta com um responsável técnico em Implante de Marcapassos, médico Habilitado pelo Departamento de Estimulação Cardíaca Artificial – DECA da SBCCV ou Título de Especialista em Cirurgia Cardiovascular reconhecido pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular ou ainda com Certificado de Residência Médica em Cirurgia Cardiovascular emitido por Programa de Residência Médica reconhecido pelo MEC.

() Sim () Não

Médico Responsável: ----- CRM: _____

Obs.: Esse responsável técnico poderá ser o mesmo da Cirurgia Cardiovascular, desde que atenda às exigências.

g) O Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Cirurgia Cardiovascular conta ainda com um quantitativo suficiente para o atendimento de enfermaria, intercorrências clínicas e cirúrgicas do pós-operatório e ambulatório para acompanhamento dos pacientes portadores de marcapassos implantados. () Sim () Não

5.4 - Exigências para a Unidade

5.4.1 Possui a seguinte Equipe de Saúde Básica:

a) Cardiologia Clínica: Médicos com Título de Especialista em Cardiologia reconhecido pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, ou com Certificado de Residência Médica em Cardiologia, emitido por Programa de Residência Médica reconhecido pelo MEC, para atendimento diário e em regime de plantão. () Sim () Não

Médico Responsável: ----- CRM: _____

b) Anestesiologia: Médicos com Certificado de Residência Médica reconhecido pelo MEC em Anestesia, ou Título de Especialista em Anestesiologia pela Sociedade Brasileira de Anestesiologia. () Sim () Não

c) Medicina Intensiva em pós-operatório de cirurgia cardíaca: Médicos com Título de Especialista em Medicina Intensiva reconhecido pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira, ou Certificado de Residência Médica em Medicina Intensiva, emitido por Programa de Residência Médica reconhecido pelo MEC ou Médicos com Título de Especialista em Cardiologia reconhecido pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, ou com Certificado de Residência Médica em Cardiologia, emitido por Programa de Residência Médica reconhecido pelo MEC, para atendimento diário, em regime de plantão, desde que sejam mantidos os percentuais de Médicos Intensivistas recomendados pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira, conforme a portaria número 332/GM de 24 de março de 2000. () Sim () Não

d) Enfermagem: A equipe conta com um enfermeiro coordenador, com Especialização em Cardiologia reconhecido pelo MEC ou com certificado de Residência em Cardiologia reconhecido pelo MEC ou com título de Especialista em Enfermagem Cardiovascular, reconhecido pela Sociedade Brasileira de Enfermagem Cardiovascular-SOBENC. () Sim () Não

Enfermeiro Coordenador: _____ COREN: _____

Obs.: O serviço que não possuir um enfermeiro coordenador, conforme exigências, terá o prazo de 04 (quatro) anos para se adequar.

e) O Pós-Operatório de Cirurgia Cardiovascular contar com (incluído o enfermeiro coordenador):

- 1 (um) enfermeiro, para cada 3 leitos reservados para atendimento em alta complexidade, por turno () Sim () Não

- 1 (um) auxiliar de enfermagem (AE) ou técnico em enfermagem (TE) para cada 2 leitos reservados para atendimento em alta complexidade em Cirurgia Cardiovascular por turno. () Sim () Não

5.4.2 Possui a seguinte Equipe de Saúde Complementar (Apoio multidisciplinar)

a) A unidade conta, em caráter permanente ou alcançável com: Cirurgião Geral, Cirurgião Vascular, Clínico Geral, Neurologista, Pneumologista, Endocrinologista e Nefrologista, residentes no mesmo município ou cidades circunvizinhas. () Sim () Não

b) Tem, como serviços, próprios ou contratados, na mesma área física, os Serviços de Suporte e profissionais nas seguintes áreas:

- Saúde Mental ou Psicologia Clínica () Sim () Não
- Assistência Social () Sim () Não
- Fisioterapia () Sim () Não
- Nutricionista () Sim () Não
- Farmácia () Sim () Não
- Hemoterapia () Sim () Não

5.5 -Materiais e Equipamentos:

5.5.1- A unidade dispõe de todos os materiais e equipamentos necessários, em perfeito estado de conservação e funcionamento, para assegurar a qualidade da assistência aos pacientes, que possibilitem o diagnóstico, tratamento e

acompanhamento médico, de enfermagem, fisioterápico, nutricional e dietético. () Sim () Não

5.5.2- O hospital destina quantitativo de leitos específicos para os pacientes de média e alta complexidade cardiovascular, internações clínicas e cirurgia cardiovascular. () Sim () Não

5.5.3- O Serviço de Cirurgia Cardiovascular conta com Centro Cirúrgico equipado com uma (01) sala para emergência e, no mínimo, uma (01) sala eletiva com:

- capnógrafo () Sim () Não
- desfibrilador com pás externas e internas () Sim () Não
- marcapasso externo provisório () Sim () Não
- oxímetro de pulso () Sim () Não
- monitor de transporte () Sim () Não
- monitor de pressão não invasiva () Sim () Não
- monitor de pressão invasiva com, no mínimo, dois canais () Sim () Não
- uma (01) bomba extracorpórea por sala () Sim () Não
- aquecedor de sangue () Sim () Não
- respirador a volume, com misturador tipo blender microprocessado () Sim () Não
 - aparelho para controle de coagulação por TCA () Sim () Não
 - 04 bombas de infusão, no mínimo () Sim () Não
 - 02 termômetros termoeletrônicos () Sim () Não

A área Implante de Marcapasso Cardíaco Permanente possui, além do estabelecido neste item, os seguintes equipamentos e materiais:

- equipamento de fluoroscopia em arco móvel na sala cirúrgica, fixo em sala de hemodinâmica ou aparelho de Rx de radioscopia () Sim () Não
- material de emergência, para reanimação cardio-respiratória () Sim () Não
- programadores adequados para a prótese utilizada () Sim () Não
- intervalômetro () Sim () Não
- ímã () Sim () Não
- eletrocardiograma de 12 derivações () Sim () Não

5.6 - Recursos Diagnósticos e Terapêuticos:

a) Laboratório de Análises Clínicas que realiza exames na unidade, disponíveis nas 24 horas do dia:

- bioquímica () Sim () Não
- hematologia () Sim () Não
- microbiologia () Sim () Não
- gasometria () Sim () Não
- líquidos orgânicos () Sim () Não
- uroanálise () Sim () Não

O Laboratório participa de Programa de Controle de Qualidade () Sim () Não

b) Unidade de Imagenologia com:

- Equipamento de Rx convencional de 500 mA fixo () Sim () Não
- Equipamento de Rx portátil () Sim () Não
- Ecodopplercardiografia Transtorácica () Sim () Não
- Tomografia Computadorizada () Sim () Não

A unidade de Imagenologia participa de Programa de Controle de Qualidade () Sim () Não

c) Eletrocardiografia () Sim () Não

d) Ergometria () Sim () Não

e) Holter () Sim () Não

f) Unidade de Medicina Nuclear: Cintilografia de Perfusão Miocárdica () Sim () Não

g) Unidade de Cardiologia Intervencionista no ambiente do hospital () Sim () Não

h) O Hospital conta com Serviço de Hemoterapia disponível nas 24 horas do dia, por Agência Transfusional (AT) ou estrutura de complexidade maior, dentro do que rege a Resolução RDC nº 151 de 21 de agosto de 2001, publicada no D.O. de 22/8/01 ter convênio ou contrato devidamente formalizado de acordo com a mesma resolução () Sim () Não

- Serviço de Hemoterapia (Se não for própria, indicar a Referência)

Serviço: _____

CGC: _____

Obs.: Os exames de Tomografia Computadorizada, Cintilografia de Perfusão Miocárdica e poderão ser realizados em serviços de terceiros, instalados dentro ou fora da estrutura ambulatorio-hospitalar do Hospital. Neste caso, a referência deve ser devidamente formalizada de acordo com o que estabelece a Portaria SAS nº 494, de 26 de agosto de 1999.

- Tomografia Computadorizada (Se não for própria, indicar a Referência)

Serviço: _____

CGC: _____

- Cintilografia de Perfusão Miocárdica (Se não for própria, indicar a Referência)

Serviço: _____

CGC: _____

A Unidade possui Laboratório de Eletrofisiologia, para a realização de procedimentos eletrofisiológicos. () Sim () Não

- Serviço de Eletrofisiologia (Se não for própria, indicar a Referência)

Serviço: _____

CGC: _____

i) Unidade de Tratamento Intensivo Adulto e/ou Especializada credenciada pelo SUS e classificada como de Tipo II ou III, de acordo com a Portaria GM/MS nº 3432, de 12 de agosto de 1998

() Sim () Não

Conta ainda com os itens específicos da Medicina Intensiva Pós-operatória de Cirurgia Cardiovascular, conforme descrito a seguir.

Equipamentos na Unidade do Paciente (Box ou leito) em Pós-operatório de Cirurgia Cardiovascular:

- Cama fowler com grades laterais e rodízios () Sim () Não
- Monitor Multiparamétrico contendo:
 - 1 módulo ECG, com monitorização (opcional) do seguimento ST () Sim () Não
 - 1 módulo de pressão invasiva () Sim () Não
 - 1 módulo de oximetria de pulso () Sim () Não
 - Sistema bolsa-válvula-máscara (com reservatório de oxigênio) - 1 por leito () Sim () Não
 - Estetoscópio - 1 por leito () Sim () Não
 - Bombas de infusão - 4 por leito () Sim () Não
 - Painel de gases () Sim () Não
 - Foco auxiliar () Sim () Não

Equipamentos na Unidade de Terapia Intensiva para Pós-operatório de Cirurgia Cardiovascular

- Carro de emergência com desfibrilador/cardioversor, dotado de material para intubação, medicação e material para atendimento de emergência - 1 para cada 10 leitos () Sim () Não
- Um módulo de Débito Cardíaco para a Unidade () Sim () Não
 - Eletrocardiógrafo portátil () Sim () Não
 - Gerador de Marcapasso externo - 1 para cada 5 leitos () Sim () Não
 - Respirador mecânico microprocessado – em 70% dos leitos () Sim () Não
- Equipamentos para ventilação mecânica não invasiva - 01 para cada 10 leitos () Sim () Não
 - Conjunto de CPAP nasal - 1 para cada 4 leitos () Sim () Não
 - Manovacúmetro - 1 por UTI () Sim () Não
 - Medidor de Cuff - 1 por UTI () Sim () Não
 - Aparelho de radiologia móvel - 1 por hospital () Sim () Não
- Equipamento para hemodiálise contínua – 1 por UTI () Sim () Não

- Estufa para aquecimento de soluções - 1 para cada 15 leitos Sim Não
- Balança até 150 Kg - 1 por unidade Sim Não
- Oftalmoscópio - 1 por UTI Sim Não
- Otoscópio - 1 por UTI Sim Não
- Aspirador portátil - 1 para cada 10 leitos Sim Não
- Foco Portátil Cirúrgico - 1 por UTI Sim Não
- Esfigmomanômetro - 1 para cada 5 leitos Sim Não
- Negatoscópio - em quantidade adaptável à unidade Sim Não
- Maca de transporte com cilindro de O₂ - 1 para cada 15 leitos Sim Não
- Monitor de transporte - 1 para cada 10 leitos Sim Não
- Ventilador Mecânico para transporte - 1 para cada 10 leitos Sim Não
- Cilindro de O₂ para transporte 1 para cada 8 leitos Sim Não
- Cadeiras de rodas Sim Não

5.7 - Rotinas e Normas de Funcionamento e Atendimento

5.7.1- A Unidade possui rotinas e normas, escritas, atualizadas anualmente e assinadas pelo Responsável Técnico pela Unidade. Sim Não

5.7.2- As rotinas e normas abordam todos os processos envolvidos na assistência e administração e contemplam os seguintes itens:

- a - Manutenção preventiva e corretiva de materiais e equipamentos Sim Não
- b - Avaliação dos pacientes Sim Não
- c - Indicação do procedimento cirúrgico Sim Não
- d - Protocolos médico-cirúrgicos Sim Não
- e - Protocolos de perfusão Sim Não
- f - Protocolos de enfermagem Sim Não
- g - Suporte nutricional Sim Não
- h - Acompanhamento em Fisioterapia e Reabilitação Funcional Sim Não
- i - Controle de Infecção Hospitalar Sim Não
- j - Acompanhamento ambulatorial dos pacientes Sim Não
- k - Acompanhamento ambulatorial e registro único dos seus pacientes portadores de marcapassos Sim Não

l - Tecnovigilância nas complicações de implantes valvares que envolva a remoção da prótese Sim Não

m - Avaliação de satisfação do cliente Sim Não

n - Escala dos profissionais em sobreaviso, das referências interinstitucional e dos serviços terceirizados. Sim Não

5.8 - Produção do serviço

5.8.1- O Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Cirurgia Cardiovascular realiza, em média, 15 (quinze) atos operatórios mensais ou, no mínimo, 180 (cento e oitenta) anuais de alta complexidade, listados no anexo III, em pacientes do Sistema Único de Saúde. Sim Não

Obs.: No cálculo desta produção não serão computados os implantes ou trocas de marcapassos.

6- NORMAS ESPECÍFICAS PARA CREDENCIAMENTO EM "SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM CIRURGIA CARDIOVASCULAR PEDIÁTRICA"

6.1- A Unidade dispõe de estrutura física e funcional além de uma equipe assistencial devidamente qualificada e capacitada para a prestação de assistência aos portadores de doenças cardiovasculares, em pacientes com idade até 18 anos. Sim Não

6.2- A Unidade de Assistência de Alta Complexidade que solicita credenciamento como Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Cirurgia Cardiovascular Pediátrica, possui um Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Procedimentos da Cardiologia Intervencionista.

Sim Não

- Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Procedimentos da Cardiologia Intervencionista. (Se não for própria, indicar a Referência)

Serviço: _____

CGC: _____

6.3- Recursos Humanos

a) O Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Cirurgia Cardiovascular Pediátrica conta com um responsável técnico, médico com título de especialista em Cirurgia Cardiovascular reconhecido pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular ou com certificado de Residência Médica na especialidade, emitido por Programa de Residência Médica reconhecido pelo Ministério da Educação (MEC). É recomendável a formação em Cirurgia Cardiovascular Pediátrica.

() Sim () Não

Médico Responsável: ----- CRM: _____

b) Esse médico é responsável técnico por um único serviço credenciado pelo Sistema Único de Saúde. () Sim () Não

c) O médico responsável técnico pelo serviço reside no mesmo município ou cidades circunvizinhas do serviço que está solicitando o credenciamento. () Sim () Não

d) A equipe da Cirurgia Cardiovascular Pediátrica conta com, pelo menos, mais um médico com título de especialista em Cirurgia Cardiovascular, reconhecido pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular ou com certificado de Residência Médica na especialidade, emitido por Programa de Residência Médica reconhecido pelo Ministério da Educação (MEC).

() Sim () Não

Médico (título ou MEC): ----- CRM: _____

e) A equipe possui quantitativo suficiente de profissionais para o atendimento ambulatorial, de enfermaria, nas intercorrências clínicas e cirúrgicas do pós-operatório. () Sim () Não

6.4 - Exigências para a Unidade

6.4.1- Possui a seguinte Equipe de Saúde Básica:

a) Cardiologia Clínica Pediátrica: Médicos, com Título de Especialista em Cardiologia e área de atuação em Cardiologia Clínica Pediátrica, reconhecido pelo Departamento de Cardiologia Pediátrica da Sociedade Brasileira de Cardiologia e/ou estágio em Cardiologia Pediátrica, por no mínimo dois anos, em centro reconhecido pelo Departamento de Cardiologia Pediátrica da Sociedade Brasileira de Cardiologia, para atendimento diário e em regime de plantão.

() Sim () Não

Médico Responsável: ----- CRM: _____

b) Anestesiologia: Médicos com Certificado de Residência Médica e/ou Título de Especialista em Anestesiologia pela Sociedade Brasileira de Anestesiologia. () Sim () Não

c) Pediatra: Médico com Título de Especialista em Pediatria reconhecido pela Sociedade Brasileira de Pediatria ou certificado de Residência em Pediatria emitido por Programa de Residência Médica reconhecido pelo MEC, para atendimento diário. () Sim () Não

d) Medicina Intensiva em pós-operatório de Cirurgia Cardiovascular Pediátrica: Médicos com Título de Especialista em Medicina Intensiva, com certificado em área de Pediatria e/ou Neonatologia, reconhecido pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira, ou Certificado de Residência Médica em Medicina Intensiva, emitido por Programa de Residência Médica, reconhecido pelo MEC ou Médicos com Título de Especialista em Cardiologia, reconhecido pela Sociedade

Brasileira de Cardiologia, com área de atuação em Cardiopediatria, para atendimento diário, em regime de plantão, desde que sejam mantidos os percentuais de Médicos Intensivistas, recomendado pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira, conforme portaria número 322/GM de 24 de março de 2000. () Sim () Não

e) Enfermagem: A equipe conta com um enfermeiro coordenador, com Especialização em Cardiologia reconhecido pelo MEC ou com certificado de Residência em Cardiologia reconhecido pelo MEC ou com título de Especialista em Enfermagem Cardiovascular, reconhecido pela Sociedade Brasileira de Enfermagem Cardiovascular-SOBENC. () Sim () Não

Enfermeiro Coordenador: _____ COREN: _____

f) O Pós-Operatório de Cirurgia Cardiovascular Pediátrica conta com (incluído o enfermeiro coordenador):

- 1 (um) enfermeiro, para cada 3 leitos reservados para atendimento em alta complexidade, por turno () Sim () Não

- 1 (um) auxiliar de enfermagem (AE) ou técnico em enfermagem (TE) para cada 2 leitos reservados para atendimento em alta complexidade em Cirurgia Cardiovascular por turno. () Sim () Não

Obs.: O serviço que não possuir um enfermeiro coordenador, conforme exigências, terá o prazo de 04 (quatro) anos para se adequar.

6.4.2- Possui a seguinte Equipe de Saúde Complementar (Apoio multidisciplinar)

a) A unidade deverá contar, em caráter permanente ou alcançável com: Cirurgião Pediátrico, Neurologista, Pneumologista, Endocrinologista e Nefrologista, residentes no mesmo município ou cidades circunvizinhas. () Sim () Não

b) Tem, como serviços próprios ou contratados, na mesma área física, os Serviços de Suporte e profissionais nas seguintes áreas:

- Saúde Mental ou Psicologia Clínica () Sim () Não
- Assistência Social () Sim () Não
- Fisioterapia () Sim () Não
- Nutricionista () Sim () Não
- Farmácia () Sim () Não
- Hemoterapia () Sim () Não
- Terapia Ocupacional () Sim () Não

6.5- Materiais e Equipamentos:

6.5.1- A unidade dispõe de todos os materiais e equipamentos necessários, em perfeito estado de conservação e funcionamento, para assegurar a qualidade da assistência aos pacientes, que possibilitem o diagnóstico, tratamento e acompanhamento médico, de enfermagem, fisioterápico, nutricional e dietético. () Sim () Não

6.5.2- O hospital destina quantitativo de leitos específicos para os pacientes de média e alta complexidade cardiovascular, internações clínicas e cirurgia cardiovascular. () Sim () Não

6.5.3- O Serviço de Cirurgia Cardiovascular Pediátrica conta com Centro Cirúrgico equipado com uma (01) sala eletiva com:

- colchão térmico () Sim () Não
 - instrumental cirúrgico pediátrico () Sim () Não
 - mesa cirúrgica () Sim () Não
- desfibrilador com pás externas e internas () Sim () Não
- marcapasso temporário () Sim () Não
- oxímetro de pulso () Sim () Não
- 02 termômetros termoeletrônicos () Sim () Não
 - 04 bombas de infusão, sendo no mínimo 2 bombas de seringa () Sim () Não
 - controle de coagulação (TCA) () Sim () Não
 - 01 bomba extracorpórea por sala () Sim () Não

- capnógrafo () Sim () Não
- monitor de transporte () Sim () Não
- monitor de pressão não invasiva; com conjunto de manguitos para as diferentes faixas etárias () Sim () Não
- monitor de pressão invasiva com, no mínimo, dois canais () Sim () Não
- aquecedor de sangue () Sim () Não
 - respirador com misturador tipo blender microprocessado () Sim () Não

6.6- Recursos Diagnósticos e Terapêuticos

a) Laboratório de Análises Clínicas que realiza exames na unidade, disponíveis nas 24 horas do dia:

- bioquímica () Sim () Não
- hematologia () Sim () Não
- microbiologia () Sim () Não
- gasometria () Sim () Não
- líquidos orgânicos () Sim () Não
- uroanálise () Sim () Não

O Laboratório participa de Programa de Controle de Qualidade () Sim () Não

b) Unidade de Imagenologia com:

- Equipamento de Rx convencional de 500 mA fixo () Sim () Não
- Equipamento de Rx portátil () Sim () Não
- Doppler periférico portátil () Sim () Não
- Ecodopplercardiografia Transtorácica () Sim () Não
- Ultrassonografia com Doppler () Sim () Não
- Tomografia Computadorizada () Sim () Não

A unidade de Imagenologia participa de Programa de Controle de Qualidade () Sim () Não

- c) Eletrocardiografia () Sim () Não
- d) Holter () Sim () Não
- e) Ergometria () Sim () Não
- f) Unidade de Cardiologia Intervencionista () Sim () Não
- g) Unidade de Implante de Marcapasso () Sim () Não
 - h) Eletrofisiologia () Sim () Não

i) O Hospital conta com Serviço de Hemoterapia disponível nas 24 horas do dia, por Agência Transfusional (AT) ou estrutura de complexidade maior, dentro do que rege a Resolução RDC nº 151 de 21 de agosto de 2001, publicada no D.O. de 22/8/01 ter convênio ou contrato devidamente formalizado de acordo com a mesma resolução () Sim () Não

- Serviço de Hemoterapia (Se não for própria, indicar a Referência)

Serviço: _____

CGC: _____

Obs.: Os exames de Cardiologia Intervencionista, Implante de Marcapasso, Eletrofisiologia, Holter, Ergometria e Tomografia Computadorizada poderão ser realizados em serviços de terceiros, instalados dentro ou fora da estrutura ambulatorio-hospitalar do Hospital. Neste caso, a referência deve ser devidamente formalizada de acordo com o que estabelece a Portaria SAS nº 494, de 26 de agosto de 1999.

- Implante de Marcapasso (Se não for própria, indicar a Referência)

Serviço: _____

CGC: _____

- Serviço de Eletrofisiologia (Se não for própria, indicar a Referência)

Serviço: _____

CGC: _____

- Holter (Se não for própria, indicar a Referência)

Serviço: _____

CGC: _____

- Ergometria (Se não for própria, indicar a Referência)

Serviço: _____

CGC: _____

- Tomografia Computadorizada (Se não for própria, indicar a Referência)

Serviço: _____

CGC: _____

j) Unidades de Tratamento Intensivo Pediátrica e Neonatal e/ou Especializada credenciadas pelo SUS e classificadas como de Tipo II ou III, de acordo com a Portaria GM/MS nº 3432, de 12 de agosto de 1998

() Sim () Não

Conta ainda com os itens específicos da Medicina Intensiva Pós-operatória de Cirurgia Cardiovascular, conforme descrito a seguir.

Equipamentos da Unidade do Paciente Pediátrico e/ou Neonatal (Box ou leito) em Pós-operatório de Cirurgia Cardiovascular Pediátrica:

- Berço Fowler com grades e rodízios - 50% dos leitos () Sim () Não
- Monitor Multiparamétrico (um por leito) contendo:
 - 1 módulo ECG () Sim () Não
 - 1 módulo com dois canais de pressão invasiva (em 50% dos leitos) () Sim () Não
 - 1 módulo de oximetria de pulso () Sim () Não
 - 1 módulo de pressão não invasiva – PNI (em 50% dos leitos) () Sim () Não
- Sistema bolsa-válvula-máscara (ambú) - 1 por leito () Sim () Não
- Bombas de Infusão pediátrica - 4 para cada leito () Sim () Não
- Estetoscópio - 1 por leito () Sim () Não
- Painel de gases () Sim () Não
 - Foco Auxiliar () Sim () Não

Equipamentos na Unidade de Medicina Intensiva para Pós-operatório de Cirurgia Cardiovascular Pediátrica:

- Carro de emergência com desfibrilador/cardioversor, dotado de material para intubação e medicação e material para atendimento de emergência - 1 para cada 10 leitos () Sim () Não
- Balança adequada ao peso () Sim () Não
- Berço aquecido para neonatos - 40% dos leitos () Sim () Não
- Incubadora com parede dupla - 1 para cada 6 leitos neonatal () Sim () Não
- Equipamento de Fototerapia - 1 para cada 6 leitos () Sim () Não
 - Oftalmoscópio - 1 por UTI () Sim () Não
 - Otoscópio - 1 por UTI () Sim () Não
 - Aspirador portátil - 1 para cada 20 leitos () Sim () Não
 - Foco Portátil Cirúrgico - 1 por UTI () Sim () Não
 - Esfigmomanômetro - 1 para cada 5 leitos () Sim () Não
 - Negatoscópio - em quantidade adaptável à unidade () Sim () Não
 - Maca de transporte com cilindro de O₂ - 1 para cada 15 leitos () Sim () Não
- Monitor de transporte 1 para cada 10 leitos () Sim () Não
 - Ventilador Mecânico para transporte - 1 para cada 10 leitos () Sim () Não
 - Cilindro de O₂ para transporte 1 para cada 8 leitos () Sim () Não
 - Cadeiras de rodas () Sim () Não
 - Eletrocardiógrafo portátil - 1 para cada 10 leitos () Sim () Não
 - Gerador de Marcapasso externo - 1 para cada 5 leitos () Sim () Não
 - Respirador mecânico microprocessado – 70% do número de leitos () Sim () Não
- Equipamentos para ventilação mecânica não invasiva - 01 para cada 10 leitos () Sim () Não
 - Conjunto de CPAP nasal - 1 para cada 4 leitos () Sim () Não
 - Aparelho de radiologia móvel - 1 por Hospital () Sim () Não
 - Estufa para aquecimento de soluções - 1 para cada 10 leitos () Sim () Não

6.7 - Rotinas e Normas de Funcionamento e Atendimento

6.7.1- A Unidade possui rotinas e normas, escritas, atualizadas anualmente e assinadas pelo Responsável Técnico pela Unidade. () Sim () Não

6.7.2- As rotinas e normas abordam todos os processos envolvidos na assistência e administração e contemplam os seguintes itens:

a - Manutenção preventiva e corretiva de materiais e equipamentos () Sim () Não

b - Avaliação dos pacientes () Sim () Não

c - Indicação do procedimento cirúrgico () Sim () Não

d - Protocolos médico-cirúrgicos () Sim () Não

e - Protocolos de enfermagem () Sim () Não

f - Protocolos de perfusão e assistência cardiocirculatória em cardiopediatria () Sim () Não

g - Suporte nutricional () Sim () Não

h - Acompanhamento em Fisioterapia e Reabilitação Funcional () Sim () Não

i - Controle de Infecção Hospitalar () Sim () Não

j - Acompanhamento ambulatorial dos pacientes () Sim () Não

k - Acompanhamento ambulatorial e registro único dos seus pacientes portadores de marcapassos; () Sim () Não

l - Tecnovigilância nas complicações de implantes valvares que envolva a remoção da prótese () Sim () Não

m - Avaliação de satisfação do cliente () Sim () Não

n - Escala dos profissionais em sobreaviso, das referências interinstitucional e dos serviços terceirizados () Sim () Não

6.8 - Produção do serviço

6.8.1- O Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Cirurgia Cardiovascular Pediátrica realiza, em média, 10 (dez) atos operatórios mensais ou, no mínimo, 120 (cento e vinte) anuais em alta complexidade, listados no anexo III, em pacientes do Sistema Único de Saúde.

() Sim () Não

Obs.: No cálculo desta produção não serão computados os implantes ou trocas de marcapassos.

7- NORMAS ESPECÍFICAS PARA CREDENCIAMENTO EM "SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM PROCEDIMENTOS DA CARDIOLOGIA INTERVENCIÓNISTA"

7.1- A Unidade de estrutura física e funcional além de uma equipe assistencial devidamente qualificada e capacitada para a prestação de assistência aos portadores de doenças do sistema cardiovascular. () Sim () Não

7.2- A Unidade de Assistência de Alta Complexidade que solicita credenciamento como Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Procedimentos da Cardiologia Intervencionista, possui um Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Cirurgia Cardiovascular ou Cirurgia Cardiovascular Pediátrica e conta com médico Cirurgião Vascular. () Sim () Não

7.3- Recursos Humanos:

a) O Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Procedimentos da Cardiologia Intervencionista conta com um responsável técnico, médico com certificado em área de atuação em Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista, reconhecido pela Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista.

() Sim () Não

Médico Responsável: ----- CRM:

b) Esse médico é responsável técnico por um único serviço credenciado pelo Sistema Único de Saúde. () Sim () Não

c) O médico responsável técnico pelo serviço reside no mesmo município ou cidades circunvizinhas do serviço que está solicitando o credenciamento. () Sim () Não

d) A equipe da especialidade da Cardiologia Intervencionista conta com, pelo menos, mais um médico com certificado em área de atuação em Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista, reconhecido pela Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista.

() Sim () Não

Médico (área de atuação):----- CRM:

e) A equipe possui quantitativo suficiente para o atendimento de enfermaria, intercorrências clínicas e cirúrgicas do pós-operatório e ambulatório () Sim () Não

f) O Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Procedimentos da Cardiologia Intervencionista conta ainda com um quantitativo suficiente para o atendimento de enfermaria, nas intercorrências clínicas e cirúrgicas pós-procedimentos. () Sim () Não

g) O Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Procedimentos da Cardiologia Intervencionista conta com plantão, em caráter sobreaviso, para o atendimento nas 24 horas na totalidade de sua estrutura. () Sim () Não

7.4- Exigências para a Unidade

7.4.1 Possui a seguinte Equipe de Saúde Básica:

a) Cardiologia Clínica: Médicos com Título de Especialista em Cardiologia reconhecido pela Sociedade Brasileira de Cardiologia ou Certificado de Residência Médica em Cardiologia, emitido por Programa de Residência Médica reconhecido pelo MEC, para atendimento diário e em regime de plantão. () Sim () Não

b) Anestesiologia: Médicos com Certificado de Residência Médica ou Título de Especialista em Anestesiologia pela Sociedade Brasileira de Anestesiologia. () Sim () Não

c) Enfermagem: A equipe conta com um enfermeiro coordenador, com Especialização em Cardiologia reconhecido pelo MEC ou com certificado de Residência em Cardiologia reconhecido pelo MEC ou com título de Especialista em Enfermagem Cardiovascular, reconhecido pela Sociedade Brasileira de Enfermagem Cardiovascular-SOBENC. () Sim () Não

Enfermeiro Coordenador:_____ COREN:_____

d) O Serviço de Procedimentos da Cardiologia Intervencionista e a Sala de recuperação contam, por turno, com (incluído o enfermeiro coordenador):

- 1 (um) enfermeiro para o serviço de procedimentos de cardiologia intervencionista e 1 (um) enfermeiro para cada 10 leitos da sala de recuperação, por turno () Sim () Não

- 1 (um) auxiliar de enfermagem (AE) ou técnico em enfermagem (TE) para cada 04 leitos da sala de recuperação em atendimentos de alta complexidade, por turno. () Sim () Não

Obs.: O serviço que não possuir um enfermeiro coordenador, conforme exigências, terá o prazo de 04 (quatro) anos para se adequar.

d) Técnico em radiologia ou tecnólogo: com experiência e treinamento adequados para operar os equipamento de radiodiagnóstico de angiografia. Conhecer os princípios físicos das radiações e medidas de proteção e ser credenciado no CONTER-Conselho Técnico de Radiologia. () Sim () Não

O quantitativo suficiente para o atendimento a saber:

1 (hum) técnico em radiologia ou tecnólogo com experiência em hemodinâmica. () Sim () Não

7.4.2 Possui a seguinte Equipe de Saúde Complementar (Apoio multidisciplinar)

a) A unidade conta, em caráter permanente ou alcançável com: com Cirurgião Vascular e Cirurgião geral, residentes no mesmo município ou cidades circunvizinhas. Sim Não

7.5- Instalações Físicas:

7.5.1- Além do estabelecido no item 4 deste anexo, as áreas físicas da Unidade se enquadra:

a- Portaria da Agência de Vigilância Sanitária, nº 453, de 1 de junho de 1998, que estabelece as diretrizes básicas de proteção radiológica. Sim Não

7.6- Materiais e Equipamentos:

7.6.1- A unidade dispõe de todos os materiais e equipamentos necessários, em perfeito estado de conservação e funcionamento, para assegurar a qualidade da assistência aos pacientes, que possibilitem o diagnóstico, tratamento e acompanhamento médico e de enfermagem. Sim Não

7.6.2- O hospital, destina quantitativo de leitos específicos para os pacientes de média e alta complexidade cardiovascular. Sim Não

7.6.3- O Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Procedimentos da Cardiologia Intervencionista, possui:

- Equipamento de hemodinâmica fixo com as seguintes características mínimas:

a. capacidade de aquisição de imagem digital em tempo real. Sim Não

b. resolução: Matriz 512 x 512 x 8 bites a 30 quadros/segundo. Sim Não

c. armazenamento de longo prazo das imagens: CD ou filme 35 mm. Sim Não

- Polígrafo de no mínimo 3 derivações de ECG e 2 canais de pressão com possibilidade de registro simultâneo Sim Não

- Bomba injetora de contraste Sim Não

- Aparelho de coagulação por TCA na sala de hemodinâmica Sim Não

- Oxímetro de pulso Sim Não

- Monitor de pressão invasiva de dois canais, um por sala Sim Não

- Equipamento para cálculo de débito cardíaco Sim Não

- Material para reanimação cardiorespiratória e desfibrilador externo Sim Não

- Marcapasso temporário, um por sala Sim Não

7.7- Recursos Diagnósticos e Terapêuticos:

a) Laboratório de Análises Clínicas que realiza exames na unidade, disponíveis nas 24 horas do dia:

- bioquímica Sim Não

- hematologia Sim Não

- microbiologia Sim Não

- gasometria Sim Não

- líquidos orgânicos Sim Não

- uroanálise Sim Não

O Laboratório participa de Programa de Controle de Qualidade Sim Não

b) Unidade de Imagenologia com:

- Equipamento de Rx convencional de 500 mA fixo Sim Não

- Equipamento de Rx portátil Sim Não

- Doppler periférico portátil Sim Não

- Ecodopplercardiografia Transtorácica Sim Não

- Ultra-sonografia com Doppler Sim Não

- Tomografia Computadorizada Sim Não

A unidade de Imagenologia participa de Programa de Controle de Qualidade Sim Não

c) O Hospital conta com Serviço de Hemoterapia disponível nas 24 horas do dia, por Agência Transfusional (AT) ou estrutura de complexidade maior, dentro do que rege a Resolução RDC nº 151 de 21 de agosto de 2001, publicada no D.O. de 22/8/01 ter convênio ou contrato devidamente formalizado de acordo com a mesma resolução () Sim () Não

- Serviço de Hemoterapia (Se não for própria, indicar a Referência)

Serviço: _____

CGC: _____

Obs.: Os exames de Tomografia Computadorizada poderão ser realizados em serviços de terceiros, instalados dentro ou fora da estrutura ambulatorio-hospitalar do Hospital. Neste caso, a referência deve ser devidamente formalizada de acordo com o que estabelece a Portaria SAS nº 494, de 26 de agosto de 1999.

- Tomografia Computadorizada (Se não for própria, indicar a Referência)

Serviço: _____

CGC: _____

d) Unidade de Tratamento Intensivo credenciada pelo SUS e classificada como de Tipo II ou III, de acordo com a Portaria GM/MS nº 3432, de 12 de agosto de 1998 () Sim () Não

7.8 - Rotinas e Normas de Funcionamento e Atendimento:

7.8.1- A Unidade possui rotinas e normas, escritas, atualizadas anualmente e assinadas pelo Responsável Técnico pela Unidade. () Sim () Não

7.8.2- As rotinas e normas abordam todos os processos envolvidos na assistência e administração e contemplam os seguintes itens:

- | | |
|---|-----------------|
| a - Manutenção preventiva e corretiva de materiais e equipamentos | () Sim () Não |
| b - Avaliação dos pacientes | () Sim () Não |
| c - Indicação do procedimento hemodinâmico | () Sim () Não |
| d - Protocolos Assistenciais em Procedimentos em Cardiologia Intervencionista | () Sim () Não |
| e - Protocolos de enfermagem | () Sim () Não |
| f - Controle de Infecção Hospitalar | () Sim () Não |
| g - Acompanhamento ambulatorial dos pacientes | () Sim () Não |
| h - Tecnovigilância nas complicações de implantes | () Sim () Não |
| i - Avaliação de satisfação do cliente | () Sim () Não |

j - Escala dos profissionais em sobreaviso, das referências interinstitucional e dos serviços terceirizados () Sim () Não

7.9- Produção do serviço:

7.9.1- O Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Procedimentos da Cardiologia Intervencionista realiza, em média, 12 (doze) procedimentos terapêuticos em cardiologia intervencionista mensais ou, no mínimo, 144 (cento e quarenta e quatro) anuais de alta complexidade, listados no anexo III, em pacientes do Sistema Único de Saúde. () Sim () Não

Obs.: No cálculo desta produção não serão computados os estudos hemodinâmicos ambulatoriais.

8 – NORMAS ESPECÍFICAS PARA CREDENCIAMENTO EM “SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM CIRURGIA VASCULAR”

8.1- A Unidade dispõe de estrutura física e funcional além de uma equipe assistencial devidamente qualificada e

capacitada para a prestação de assistência aos portadores de doenças do sistema cardiovascular. () Sim () Não

8.2- A Unidade de Assistência de Alta Complexidade que solicita credenciamento como Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Cirurgia Cardiovascular, possui um Serviço de Angiorradiologia. () Sim () Não

8.3- Recursos Humanos

a) O Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Cirurgia Vasculare conta com um responsável técnico, médico com título de especialista em Angiologia e Cirurgia Vasculare reconhecido pela Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vasculare ou com certificado de Residência Médica na especialidade, emitido por Programa de Residência Médica reconhecido pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC).

() Sim () Não

Médico Responsável: ----- CRM: _____

b) Esse médico é responsável técnico por um único serviço credenciado pelo Sistema Único de Saúde. () Sim () Não

c) O médico responsável técnico pelo serviço reside no mesmo município ou cidades circunvizinhas do serviço que está solicitando o credenciamento. () Sim () Não

d) A equipe da Cirurgia Vasculare conta com, pelo menos, mais um médico com título de especialista em Angiologia e Cirurgia Vasculare reconhecido pela Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vasculare ou com certificado de Residência Médica na especialidade, emitido por Programa de Residência Médica reconhecido pelo Ministério da Educação e Cultura. () Sim () Não

Médico (título ou MEC): ----- CRM: _____

e) A equipe possui quantitativo suficiente para o atendimento de enfermaria, intercorrências clínicas e cirúrgicas do pós-operatório e ambulatório () Sim () Não

f) O serviço conta ainda com Médico Angiorradiologista ou Radiologista Intervencionista, com título de especialista pelo CBR/AMB (SOBRICE) ou Cirurgião Vasculare com certificado de habilitação com área de atuação em Cirurgia Endovascular da SBACV/CBR/AMB.

() Sim () Não

Médico (com título): ----- CRM: _____

Especialidade: _____

8.4- Exigências para a Unidade:

8.4.1- Possui a seguinte Equipe de Saúde Básica:

a) Cardiologia Clínica: Médicos com Título de Especialista em Cardiologia reconhecido pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, Certificado de Residência Médica em Cardiologia, emitido por Programa de Residência Médica reconhecido pelo MEC, para atendimento diário e em regime de plantão. () Sim () Não

b) Angiologista ou Vasculare: Médicos com Especialização ou Título de Especialista em Angiologia e/ou Cirurgia Vasculare ou Certificado de Residência Médica reconhecido pelo MEC.

() Sim () Não

c) Anestesiologia: Médico com Certificado de Residência Médica ou Título de Especialista em Anestesiologia pela Sociedade Brasileira de Anestesiologia. () Sim () Não

d) Enfermagem: A equipe conta com um enfermeiro coordenador, com Especialização em Cardiologia reconhecido pelo MEC ou com certificado de Residência em Cardiologia reconhecido pelo MEC ou com título de Especialista em Enfermagem Cardiovascular, reconhecido pela Sociedade Brasileira de Enfermagem Cardiovascular-SOBENC. () Sim () Não

Enfermeiro Coordenador: _____ COREN: _____

Obs.: O serviço que não possuir um enfermeiro coordenador, conforme exigências, terá o prazo de 04 (quatro) anos para se adequar.

8.4.2 Possui a seguinte Equipe de Saúde Complementar (Apoio multidisciplinar)

a) A unidade conta, em caráter permanente ou alcançável com: Cirurgião geral, Endocrinologista, Neurologista e Cirurgião Plástico, residentes no mesmo município ou cidades circunvizinhas.

() Sim () Não

b) Tem, como serviços próprios ou contratados de Suporte, serviços e profissionais nas seguintes áreas:

a - Saúde Mental ou Psicologia Clínica

() Sim () Não

b - Assistência Social

() Sim () Não

c - Fisioterapia

() Sim () Não

d - Nutricionista

() Sim () Não

e - Farmácia

() Sim () Não

f - Hemoterapia

() Sim () Não

8.5 -Materiais e Equipamentos:

8.5.1- A unidade dispõe de todos os materiais e equipamentos necessários, em perfeito estado de conservação e funcionamento, para assegurar a qualidade da assistência aos pacientes, que possibilitem o diagnóstico, tratamento e acompanhamento médico, de enfermagem, fisioterápico, nutricional e dietético.

() Sim () Não

8.5.2- O hospital destina quantitativo de leitos específicos para os pacientes de média e alta complexidade vascular, internações clínicas e cirurgia vascular.

() Sim () Não

8.5.3- O Serviço possui os seguintes materiais e equipamentos mínimos na especialidade Cirurgia Vascular equipado com:

- desfibrilador externo

() Sim () Não

- marcapasso temporário

() Sim () Não

- monitor de pressão invasiva, portátil ou modular

() Sim () Não

- oxímetro de pulso

() Sim () Não

- 04 bombas de infusão, no mínimo

() Sim () Não

- aparelho para controle de coagulação por TCA;

() Sim () Não

- doppler portátil

() Sim () Não

8.6 - Recursos Diagnósticos e Terapêuticos:

a) Laboratório de Análises Clínicas que realiza exames na unidade, disponíveis nas 24 horas do dia:

- bioquímica

() Sim () Não

- hematologia

() Sim () Não

- microbiologia

() Sim () Não

- gasometria

() Sim () Não

- líquidos orgânicos

() Sim () Não

- uroanálise

() Sim () Não

O Laboratório participa de Programa de Controle de Qualidade

() Sim () Não

b) Unidade de Imagenologia com:

- Equipamento de Rx convencional de 500 mA fixo

() Sim () Não

- Equipamento de Rx portátil

() Sim () Não

- Doppler periférico portátil

() Sim () Não

- Ecodopplercardiografia Transtorácica

() Sim () Não

- Ultra-sonografia com Doppler

() Sim () Não

- Tomografia Computadorizada

() Sim () Não

Obs.: Os exames de Tomografia Computadorizada poderão ser realizados em serviços de terceiros, instalados dentro ou fora da estrutura ambulatorio-hospitalar do Hospital. Neste caso, a referência deve ser devidamente formalizada de

acordo com o que estabelece a Portaria SAS nº 494, de 26 de agosto de 1999.

- Tomografia Computadorizada (Se não for própria, indicar a Referência)

Serviço: _____

CGC: _____

A unidade de Imagenologia participa de Programa de Controle de Qualidade () Sim () Não

c) Unidade de Angiorradiologia no ambiente do hospital () Sim () Não

d) Unidade própria ou conveniada de Anatomia Patológica, para realização de exames de citologia, histologia, anátomo-patologia de peças cirúrgicas () Sim () Não

- Serviço de Anatomia Patológica (Se não for própria, indicar a Referência)

Serviço: _____

CGC: _____

e) Unidade de Tratamento Intensivo credenciada pelo SUS e classificada como de Tipo II ou III, de acordo com a Portaria GM/MS nº 3432, de 12 de agosto de 1998 () Sim () Não

8.7- Rotinas e Normas de Funcionamento e Atendimento

8.7.1- A Unidade possui rotinas e normas, escritas, atualizadas anualmente e assinadas pelo Responsável Técnico pela Unidade. () Sim () Não

8.7.2- As rotinas e normas abordam todos os processos envolvidos na assistência e administração e contemplam os seguintes itens:

- a - Manutenção preventiva e corretiva de materiais e equipamentos () Sim () Não
- b - Avaliação dos pacientes () Sim () Não
- c - Indicação do procedimento cirúrgico () Sim () Não
- d - Protocolos médico-cirúrgicos () Sim () Não
- e - Protocolos de enfermagem () Sim () Não
- f - Suporte nutricional () Sim () Não
- g - Controle de Infecção Hospitalar () Sim () Não
- h - Acompanhamento ambulatorial dos pacientes () Sim () Não
- i - Tecnovigilância nas complicações de implantes, que envolva remoção da prótese () Sim () Não

j - Avaliação de satisfação do cliente () Sim () Não

k - Escala dos profissionais em sobreaviso, das referências interinstitucional e dos serviços terceirizados () Sim () Não

8.8 - Produção do serviço

8.8.1- O Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Cirurgia Vascular realiza, em média, 15 (quinze) atos operatórios mensais ou, no mínimo, 180 (cento e oitenta) anuais de alta complexidade, listados no anexo III, em pacientes do Sistema Único de Saúde. () Sim () Não

9 - NORMAS PARA CREDENCIAMENTO EM "SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM PROCEDIMENTOS ENDOVASCULARES EXTRACARDÍACOS"

9.1- A Unidade dispõe de estrutura física e funcional além de uma equipe assistencial devidamente qualificada e capacitada para a prestação de assistência aos portadores de doenças do sistema cardiovascular. () Sim () Não

9.2- A Unidade de Assistência de Alta Complexidade que solicita credenciamento como Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Procedimentos Endovasculares Extracardíacos, possui um Serviço de Assistência de Alta

Complexidade em Cirurgia Vascular.

() Sim () Não

9.3- Recursos Humanos

a) O Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Procedimentos Endovasculares Extracardíacos conta com um responsável técnico pelo Serviço, preferencialmente, cirurgião vascular ou radiologista intervencionista com área de atuação em Procedimentos Endovasculares, reconhecida pelas Sociedade Brasileira Angiologia e de Cirurgia Vascular e/ ou Sociedade Brasileira de Radiologia Intervencionista e Cirurgia Endovascular/CBR. () Sim () Não

Médico Responsável: ----- CRM: _____

Especialidade: _____

Obs.: Na ausência de profissional com esta área de atuação, o responsável técnico poderá ser cirurgião cardiovascular ou cardiologista intervencionista, com os respectivos títulos de especialistas das Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular ou Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista.

b) Esse médico é responsável técnico por um único serviço credenciado pelo Sistema Único de Saúde. () Sim () Não

c) O médico responsável técnico pelo serviço reside no mesmo município ou cidades circunvizinhas do serviço que está solicitando o credenciamento. () Sim () Não

d) A equipe que realiza os Procedimentos Endovasculares Extracardíacos conta com, pelo menos, mais um médico com título de especialista da Sociedade Brasileira Angiologia e Cirurgia Vascular ou Sociedade Brasileira de Radiologia Intervencionista e Cirurgia Endovascular ou Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular ou Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista.

() Sim () Não

Médico (com título): ----- CRM: _____

Especialidade: _____

9.4- Exigências para a Unidade

9.4.1 Possui a seguinte Equipe de Saúde Básica:

a) Clínica Médica: Médico com Título de Especialista em Clínica Médica, para atendimento diário e em regime de plantão. () Sim () Não

b) Anestesiologia: Médico com Certificado de Residência Médica ou Título de Especialista em Anestesiologia pela Sociedade Brasileira de Anestesiologia. () Sim () Não

c) Enfermagem: A equipe conta com um enfermeiro coordenador, com Especialização em Cardiologia reconhecido pelo MEC ou com certificado de Residência em Cardiologia reconhecido pelo MEC ou com título de Especialista em Enfermagem Cardiovascular, reconhecido pela Sociedade Brasileira de Enfermagem Cardiovascular-SOBENC. () Sim () Não

Enfermeiro Coordenador: _____ COREN: _____

Obs.: O serviço que não possuir um enfermeiro coordenador, conforme exigências, terá o prazo de 04 (quatro) anos para se adequar.

d) Técnico em radiologia ou tecnólogo: com experiência e treinamento adequados para operar os equipamento de radiodiagnóstico de angiografia. Conhecer os princípios físicos das radiações e medidas de proteção e ser credenciado no CONTER-Conselho Técnico de Radiologia.

() Sim () Não

O quantitativo suficiente para o atendimento a saber:

1 (hum) técnico em radiologia ou tecnólogo com experiência em angiorradiologia.

() Sim () Não

9.4.2 Possui a seguinte Equipe de Saúde Complementar (Apoio multidisciplinar)

a) A unidade conta, em caráter permanente ou alcançável com: equipe auxiliar composta por médicos com experiência profissional em procedimentos endovasculares e pelo menos um cirurgião cardiovascular e/ou cirurgião vascular com experiência em cirurgia cardiovascular e cirurgia vascular, respectivamente, com o respectivo título de especialista para esta especialidade, residentes no mesmo município ou cidades circunvizinhas.

() Sim () Não

b) Tem, como serviços, próprios ou contratados, os serviços de suporte e profissionais nas seguintes áreas:

- a- Patologia Clínica () Sim () Não
- b- Anatomia Patológica () Sim () Não
- c- Farmácia () Sim () Não
- d- Hemoterapia () Sim () Não

e- Pronto Atendimento das Urgências/Emergências funcionando nas 24 horas do dia

() Sim () Não

- f- Serviço Social () Sim () Não
- g- Nutricionista () Sim () Não
- h- Fisioterapeuta () Sim () Não

i- Ambulatório de Acompanhamento do pacientes submetidos a procedimentos endovasculares

() Sim () Não

9.5- Instalações Físicas:

9.5.1- Além do estabelecido no item 4 deste anexo, as áreas físicas da Unidade se enquadra:

a- Portaria da Agência de Vigilância Sanitária, nº 453, de 1 de junho de 1998, que estabelece as diretrizes básicas de proteção radiológica.

() Sim () Não

9.6- Materiais e Equipamentos:

9.6.1- A unidade dispõe de todos os materiais e equipamentos necessários, em perfeito estado de conservação e funcionamento, para assegurar a qualidade da assistência aos pacientes, que possibilitem o diagnóstico, tratamento e acompanhamento médico, de enfermagem, fisioterápico, nutricional e dietético.

() Sim () Não

9.6.2- O hospital destina quantitativo de leitos específicos para os pacientes de média e alta complexidade em procedimentos endovasculares extracardíacos.

() Sim () Não

9.6.3- A Sala de Procedimentos Endovasculares é equipada com:

- Equipamento de angiografia com subtração digital, matriz mínima de 1024 x 1024 na aquisição e processamento, anodo rotatório e subtração com roadmap ou equipamento móvel com as mesmas características () Sim () Não

- Bomba injetora de contraste () Sim () Não
- Equipamento para anestesia () Sim () Não
- Material e equipamentos de Reanimação Cardio-respiratória () Sim () Não
- marcapasso temporário () Sim () Não
- monitor de pressão invasiva portátil ou modular () Sim () Não
- oximetria de pulso () Sim () Não
- O2 bombas de infusão () Sim () Não
- Equipamento de TCA () Sim () Não

O Centro Cirúrgico conta com pelo menos uma sala cirúrgica, equipada com materiais e equipamentos básicos para cirurgias vasculares, bem como equipamento de circulação extracorpórea, na situação de tratamento de doença da aorta torácica.

() Sim () Não

9.7- Recursos Diagnósticos e Terapêuticos

a) Laboratório de Análises Clínicas que realiza exames na unidade, disponíveis nas 24 horas do dia:

- bioquímica Sim Não
- hematologia Sim Não
- microbiologia Sim Não
- gasometria Sim Não
- líquidos orgânicos Sim Não
- uroanálise Sim Não

O Laboratório participa de Programa de Controle de Qualidade Sim Não

b) Unidade de Imagenologia com:

- Equipamento de Rx convencional de 500 mA fixo Sim Não
- Equipamento de Rx portátil Sim Não
- Doppler periférico portátil Sim Não
- Ecodopplercardiografia Transtorácica Sim Não
- Ultra-sonografia com Doppler Sim Não
- Tomografia Computadorizada Sim Não

A unidade de Imagenologia participa de Programa de Controle de Qualidade Sim Nãoc) Unidade de Angiorradiologia no ambiente do hospital Sim Não

d) O Hospital conta com Serviço de Hemoterapia disponível nas 24 horas do dia, por Agência Transfusional (AT) ou estrutura de complexidade maior, dentro do que rege a Resolução RDC nº 151 de 21 de agosto de 2001, publicada no D.O. de 22/8/01 ter convênio ou contrato devidamente formalizado de acordo com a mesma resolução Sim Não

- Serviço de Hemoterapia (Se não for própria, indicar a Referência)

Serviço: _____

CGC: _____

f) Unidade própria ou conveniada de Anatomia Patológica, para realização de exames de citologia, histologia, anátomo-patologia de peças cirúrgicas Sim Não

- Serviço de Anatomia Patológica (Se não for própria, indicar a Referência)

Serviço: _____

CGC: _____

Obs.: Os exames de Ecodopplercardiografia, poderão ser realizados em serviços de terceiros, instalados dentro ou fora da estrutura ambulatorio-hospitalar do Hospital. Neste caso, a referência deve em ser devidamente formalizada de acordo com o que estabelece a Portaria SAS nº 494, de 26 de agosto de 1999.

- Ecodopplercardiografia (Se não for própria, indicar a Referência)

Serviço: _____

CGC: _____

g) Unidade de Tratamento Intensivo credenciada pelo SUS e classificada como de Tipo II ou III, de acordo com a Portaria GM/MS nº 3432, de 12 de agosto de 1998 Sim Não

9.8- Rotinas e Normas de Funcionamento e Atendimento:

9.8.1- A Unidade possui rotinas e normas, escritas, atualizadas anualmente e assinadas pelo Responsável Técnico pela Unidade. Sim Não

9.8.2- As rotinas e normas abordam todos os processos envolvidos na assistência e administração e contemplam os seguintes itens:

- a - Manutenção preventiva e corretiva de materiais e equipamentos () Sim () Não
b - Avaliação dos pacientes () Sim () Não
c - Indicação do procedimento cirúrgico () Sim () Não
d - Protocolos médico-cirúrgicos e de procedimentos endovasculares extracardíacos () Sim () Não
e - Protocolos de enfermagem () Sim () Não
f - Suporte nutricional () Sim () Não
g - Controle de Infecção Hospitalar () Sim () Não
h - Acompanhamento ambulatorial dos pacientes () Sim () Não
i - Tecnovigilância nas complicações de implantes que envolvam remoção da prótese () Sim () Não
j - Avaliação de satisfação do cliente () Sim () Não
k - Escala dos profissionais em sobreaviso, das referências interinstitucionais e dos serviços terceirizados () Sim () Não

9.9- Produção do serviço

- 9.9.1- O Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Procedimentos Endovasculares Extracardíacos realiza, em média, 10 (dez) atos operatórios mensais ou, no mínimo, 120 (cento e vinte) anuais de alta complexidade, listados no anexo III, em pacientes do Sistema Único de Saúde. () Sim () Não

10 - NORMAS ESPECÍFICAS PARA CREDENCIAMENTO EM "SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM LABORATÓRIO DE ELETROFISIOLOGIA"

- 10.1- A Unidade dispõe de estrutura física e funcional além de uma equipe assistencial devidamente qualificada e capacitada para a prestação de assistência aos portadores de doenças do sistema cardiovascular. () Sim () Não

- 10.2- A Unidade de Assistência de Alta Complexidade que solicita credenciamento como Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Laboratório de Eletrofisiologia, possui um Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Procedimentos da Cardiologia Intervencionista e um Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Cirurgia Cardiovascular. () Sim () Não

10.3- Recursos Humanos

- a) O Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Laboratório de Eletrofisiologia conta com um responsável técnico, médico com título de especialista, com área de atuação em Eletrofisiologia, habilitado pelo Departamento de Arritmias e Eletrofisiologia Clínica – DAEC da Sociedade Brasileira de Cardiologia – SBC () Sim () Não

Médico Responsável:----- CRM:

- b) Esse médico é responsável técnico por um único serviço credenciado pelo Sistema Único de Saúde. () Sim () Não

- c) O médico responsável técnico pelo serviço reside no mesmo município ou cidades circunvizinhas do serviço que está solicitando o credenciamento. () Sim () Não

- d) A equipe de eletrofisiologia conta preferencialmente, com mais um médico com certificado na área de atuação em eletrofisiologia, habilitado pelo Departamento de Arritmias e Eletrofisiologia Clínica – DAEC da Sociedade Brasileira de Cardiologia – SBC. () Sim () Não

Médico (com título):----- CRM:

Especialidade: _____

Obs.: Na ausência deste, poderá ser um cardiologista com título de especialista pela Sociedade Brasileira de Cardiologia – SBC.

e) Conta com quantitativo suficiente para o atendimento de enfermagem, intercorrências clínicas e cirúrgicas do pós-operatório e 1 (um) ambulatório semanal. Sim Não

10.4- Exigências para a Unidade

10.4.1 Possui a seguinte Equipe de Saúde Básica:

a) Cardiologia Clínica: Médicos, cardiologista auxiliar, com treinamento em eletrofisiologia com Certificado de Residência Médica, Especialização ou Título de Especialista em Clínica Cardiológica para atendimento diário e em regime de sobreaviso. Sim Não

b) Anestesiologista: Médicos com Certificado de Residência Médica ou Título de Especialista em Anestesiologia pela Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Sim Não

c) Enfermagem: A equipe conta com um enfermeiro coordenador, com Especialização em Cardiologia reconhecido pelo MEC ou com certificado de Residência em Cardiologia reconhecido pelo MEC ou com título de Especialista em Enfermagem Cardiovascular, reconhecido pela Sociedade Brasileira de Enfermagem Cardiovascular-SOBENC. Sim Não

Enfermeiro Coordenador: _____ COREN: _____

d) O Serviço de Laboratório de Eletrofisiologia e a Sala de recuperação contam, por turno, com (incluído o enfermeiro coordenador):

- 1 (um) enfermeiro para o Laboratório de Eletrofisiologia e 1 (um) enfermeiro para cada 10 leitos da sala de recuperação, por turno Sim Não

- 1 (um) auxiliar de enfermagem (AE) ou técnico em enfermagem (TE) para cada 04 leitos da sala de recuperação em atendimentos de alta complexidade, por turno. Sim Não

Obs.: O serviço que não possuir um enfermeiro coordenador, conforme exigências, terá o prazo de 04 (quatro) anos para se adequar.

e) Técnico em radiologia ou tecnólogo: com experiência e treinamento adequados para operar os equipamento de radiodiagnóstico de angiografia. Conhecer os princípios físicos das radiações e medidas de proteção e ser credenciado no CONTER-Conselho Técnico de Radiologia. Sim Não

O quantitativo suficiente para o atendimento a saber:

1 (hum) técnico em radiologia ou tecnólogo, por serviço, com experiência em eletrofisiologia. Sim Não

10.4.2- Possui a seguinte Equipe de Saúde Complementar (Apoio multidisciplinar):

a) A unidade conta, em caráter permanente ou alcançável com cirurgião vascular, residente no mesmo município ou cidades circunvizinhas Sim Não

b) Conta com Ambulatório de Arritmia Sim Não

10.5- Instalações Físicas:

10.5.1- Além do estabelecido no item 4 deste anexo, as áreas físicas da Unidade se enquadra:

a- Portaria da Agência de Vigilância Sanitária, nº 453, de 1 de junho de 1998, que estabelece as diretrizes básicas de proteção radiológica. Sim Não

10.6- Materiais e Equipamentos:

10.6.1- A unidade dispõe de todos os materiais e equipamentos necessários, em perfeito estado de conservação e funcionamento, para assegurar a qualidade da assistência aos pacientes, que possibilitem o diagnóstico, tratamento e acompanhamento médico e de enfermagem. Sim Não

10.6.2- O hospital destina quantitativo de leitos em hospital dia e/ou de internação, específicos para os pacientes de alta complexidade em cardiovascular. Sim Não

10.6.3- O Laboratório de Eletrofisiologia possui os seguintes materiais/equipamentos mínimos:

- a) Equipamento de fluoroscopia em arco cirúrgico ou similar Sim Não
- b) Estimulador cardíaco Sim Não
- c) Marcapasso temporário Sim Não
- d) Sistema de monitorização de eletrocardiogramas periféricos e intracardíacos de, no mínimo 18 canais simultâneos e, opcionalmente, com sistema de mapeamento eletroanatômico Sim Não
- e) Sistema gerador de energia Sim Não
- f) Desfibriladores externos (mínimo de dois) Sim Não
- g) Material e equipamento para reanimação cardio-respiratória Sim Não

10.7- Recursos Diagnósticos e Terapêuticos

- a) Laboratório de Análises Clínicas que realiza exames na unidade, disponíveis nas 24 horas do dia:
- bioquímica Sim Não
 - hematologia Sim Não
 - gasometria Sim Não

O Laboratório participa de Programa de Controle de Qualidade Sim Não

b) Unidade de Imagenologia com:

- Equipamento de Rx convencional de 500 mA fixo Sim Não
- Equipamento de Rx portátil Sim Não
- Doppler periférico portátil Sim Não
- Ecodopplercardiografia Transtorácica Sim Não
- Ultra-sonografia com Doppler Sim Não
- Tomografia Computadorizada Sim Não

A unidade de Imagenologia participa de Programa de Controle de Qualidade Sim Não

c) O Hospital conta com Serviço de Hemoterapia disponível nas 24 horas do dia, por Agência Transfusional (AT) ou estrutura de complexidade maior, dentro do que rege a Resolução RDC nº 151 de 21 de agosto de 2001, publicada no D.O. de 22/8/01 ter convênio ou contrato devidamente formalizado de acordo com a mesma resolução Sim Não

- Serviço de Hemoterapia (Se não for própria, indicar a Referência)

Serviço: _____

CGC: _____

Obs.: Os exames de Tomografia Computadorizada poderão ser realizados em serviços de terceiros, instalados dentro ou fora da estrutura ambulatorio-hospitalar do Hospital. Neste caso, a referência deve ser devidamente formalizada de acordo com o que estabelece a Portaria SAS nº 494, de 26 de agosto de 1999.

- Tomografia Computadorizada (Se não for própria, indicar a Referência)

Serviço: _____

CGC: _____

d) Unidade de Tratamento Intensivo credenciada pelo SUS e classificada como de Tipo II ou III, de acordo com a Portaria GM/MS nº 3432, de 12 de agosto de 1998 Sim Não

10.8- Rotinas e Normas de Funcionamento e Atendimento:

10.8.1- A Unidade possui rotinas e normas, escritas, atualizadas anualmente e assinadas pelo Responsável Técnico pela Unidade. Sim Não

10.8.2- As rotinas e normas abordam todos os processos envolvidos na assistência e administração e contemplam os seguintes itens:

- a - Manutenção preventiva e corretiva de materiais e equipamentos Sim Não
- b - Avaliação dos pacientes Sim Não
- c - Indicação do procedimento Sim Não
- d - Protocolos Assistenciais em Eletrofisiologia Cardíaca Sim Não
- e - Protocolos de enfermagem Sim Não
- f - Controle de Infecção Hospitalar Sim Não
- g - Acompanhamento ambulatorial dos pacientes Sim Não
- h - Avaliação de satisfação do cliente Sim Não

10.9- Produção do Serviço

10.9.1- Os Serviços de Assistência de Alta Complexidade em Laboratório de Eletrofisiologia, devem realizar, no mínimo, 60 (sessenta) procedimentos anuais de alta complexidade, listados no anexo III, em pacientes do Sistema Único de Saúde. Sim Não

Informações Adicionais:

Anexar cópia dos títulos/comprovantes de experiência dos profissionais e cópia dos documentos de formalização de referência com os serviços.

INTERESSE DO GESTOR ESTADUAL NO CREDENCIAMENTO:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CONCLUSÃO:

De acordo com vistoria realizada *in loco*, a Instituição cumpre com os requisitos da Portaria SAS/MS nº _____, de de maio de 2004, para o(s) credenciamento(s) solicitado(s).

() Sim () Não

.....
.....
.....
.....
.....

DATA: _____

CARIMBO E ASSINATURA DO GESTOR:
