

ANEXO II - B

B - FORMULÁRIO PARA VISTORIA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

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

UNIDADES DE ASSISTÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE CARDIOVASCULAR

NOME DA UNIDADE(*): _____

CNPJ: _____

Endereço: _____

Município: _____ **UF:** _____

CEP: _____ **Telefones ()** _____

Fax: () _____ **E-mail:** _____

DIRETOR TÉCNICO: _____

Telefones: () _____ **Fax: ()** _____

E-mail: _____

GESTOR: _____

Telefones: () _____ **Fax: ()** _____

E-mail: _____

TIPO DE PRESTADOR (NATUREZA):

- Federal
- Estadual
- Municipal
- Filantrópico
- Privado
- Próprio
- Atividade de Ensino e Pesquisa

TIPO DE ASSISTÊNCIA:

- Ambulatorial
- Internação
- Urgência/Emergência aberta
- Urgência/Emergência referida

- Unidade Universitária ()
- Unidade Escola Superior Isolada ()
- Unidade Auxiliar de Ensino ()
- Unidade sem Atividade de Ensino ()

Entrevistados:

_____ **Cargo/Função:** _____

_____ **Cargo/Função:** _____

Entrevistadores (delegados):

_____ **Função** _____

_____ **Função** _____

_____ **Função** _____

(*) ANEXAR ORGANOGRAMA DA UNIDADE

1. AMBULATÓRIOS DESTINADOS À ÁREA CARDIOVASCULAR

NÚMERO DE ATENDIMENTOS MENSAIS

Frequência mensal em atendimentos / possibilidade real de atendimentos possíveis para o SUS:

Nos Ambulatórios Clínicos:

Cardiologia Geral: _____/ _____ Cardiologia Pediátrica: _____/ _____

Doença Aterosclerótica : _____/ _____ Arritmias: _____/ _____ Valvares: _____/ _____

Acompanhamento Arritmias: _____/ _____ Acompanhamento Marcapassos: _____/ _____

Nos Ambulatórios Cirúrgicos:

Cirurgia Cardiovascular: _____/ _____ Cirurgia Cardiovascular Pediátrica: _____/ _____

Cirurgia Vascular: _____/ _____ Cirurgia Endovascular: _____/ _____

NÚMERO DE CONSULTÓRIOS

Nos Ambulatórios Clínicos (salas/consultórios):

Cardiologia Geral: _____ Cardiologia Pediátrica: _____

Doença Aterosclerótica : _____ Arritmias: _____ Valvares: _____

Acompanhamento Marcapassos: _____ Acompanhamento Arritmias: _____

Nos Ambulatórios Cirúrgicos (salas/consultórios):

Cirurgia Cardíaca: _____ Cirurgia Cardíaca Pediátrica: _____

Cirurgia Vascular: _____ Cirurgia Endovascular: _____

2. SERVIÇO DE IMAGEM (em funcionamento)

Anotar no parêntese: U (na unidade) ou R (referenciado por convênio ou contrato - nome da entidade)

() Rx < 500mA

() Rx = ou >500Ma

() Rx transportável maior que 50 mA

() Rx transportável até 50mA

() Intensificador de Imagem (no Centro Cirúrgico)

() Ultra-sonografia

() Tomografia Computadorizada: _____

() Ressonância Magnética : _____

() Eco-Doppler: _____

() Eco-Doppler Stress Farmacológico: _____

() Eco transesofágica: _____

3. PATOLOGIA CLÍNICA

Própria Contratada ou Conveniada: _____

Plantão de 24 h Alcançável / Dependente de Solicitação

EXAMES DE ROTINA

HEMATOLOGIA e BIOQUÍMICA

Hemograma com contagem de plaquetas Hemossedimentação Troponina

Provas de compatibilidade sangüínea Coagulograma: TC-TS-PL-TAP-PTT

Gasometria Glicose Uréia Creatinina Ácido Úrico

Proteínas totais e frações TGO TGP GamaGT Fosfatase alcalina

Na Cl Ca Fósforo Mg PK total CPK MB Aldolase

DLH Colesterol Triglicéridos Lipase ácida T4 livre TSH

PCR Outros _____

BACTERIOLOGIA e OUTROS

Bacterioscopia: Gran Zihl-Nielsen Tzanck

Dosagem de anticorpos: ASO FTA ABS Outros _____

Cultura: Anaeróbios Aeróbios Fungos BK

Testes sorológicos: VDRL Montenegro HIV

4. ANATOMIA PATOLÓGICA

Própria Contratada Citopatologia Histopatologia

5. CUIDADOS INTENSIVOS (Nº DE LEITOS)

UTI: _____ leitos no total UTI Cardiovascular: _____ leitos

UTI Pediátrica: _____ leitos UTI Neonatal: _____ leitos

6. HEMOTERAPIA

Serviço de Hemoterapia Agência Transfusional e Posto de Coleta

Agência Transfusional Laboratório de Imuno-hematologia Transfusão homóloga

Programa de Auto-Transfusão Recuperação de hemácias Plantão técnico de 24 h

Hemodiluição normovolêmica Hemoterapêuta Alcançável

Coleta seletiva de elementos (fibrinogênio, plaquetas, fatores, etc.)

7. CENTRO CIRÚRGICO

Salas cirúrgicas

Salas exclusivas para procedimentos de alta complexidade (total): _____

Salas exclusivas destinadas à Cirurgia Cardíaca (total): _____

Salas exclusivas destinadas à Cirurgia Cardíaca Pediátrica (total): _____

Salas exclusivas destinadas à Cirurgia Vascular (total): _____

Material Circulação Extracorpórea

() CEC () CEC Pediátrico

Material auxiliar

() Mesa pediátrica () Equipamento Videocirurgia () Microscópio cirúrgico

() Intensificador de imagem () Aparelho de Rx transportável

Transplante de Tecidos

() Banco de Tecidos / Válvula Cardíaca () Acesso a Banco de Tecidos Válvula Cardíaca

Avaliação das Condições das Áreas Físicas

(Portaria GM/MS nº 554, de 20 de março de 2002)

	ADEQUADO	INADEQUADO (o que corrigir)
Assepsia		
Circulação		
Campos Operatórios		
Vestimenta		

8. RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA (Nº DE LEITOS)

() RPA : _____

() UTI (com reserva programada): _____

9. APOIO MULTIDISCIPLINAR (quantitativo)

Especialidade	Rotina	Alcançável	Especialidade	Rotina	Alcançável
Cardiologista: Cardiologista Pediátrico: Anestesiologista: Cirurgião Geral: Fisiatra:			Enfermeiro: Técnico de Enfermagem: Auxiliar de Enfermagem: Técnico em Radiologia: Nutricionista: Terapeuta Ocupacional: Assistente Social: Farmacêutico:		

10. COMISSÃO DE ÉTICA

Existência: () SIM () NÃO

Média de Convocações por Ano: _____

14. CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

COMPOSIÇÃO COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

ATO DE NOMEAÇÃO (publicação, composição e data):

- Cirurgião Intervenc. Clínico Aux. Enfermagem Residente
 Enfermeiro Infectologista Patologista Clínico Administrador
 Microbiologista Pediatra Anestesiologista Farmacêutico

TIPO DE ATUAÇÃO (Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares)

COLETA DE DADOS

- Comunicação Imediata Busca Ativa Hospitalar Busca ativa pós-alta

APURAÇÃO DE TAXAS:

- Taxa de Infecção Hospitalar Global Taxa de Infecção Cirúrgica
 Taxa de Infecção Comunitária Taxa de Infecção não Cirúrgica sem Procedimento
 Taxa de Infecção não Cirúrgica com Procedimento
 Taxa de Infecção por Procedimento Taxa de Infecção por Topografia

AVALIAÇÃO DOS DADOS

- Reunião Periódica com Ata (anexar cópia da última) Periodicidade dos relatórios: _____

COMUNICAÇÃO

- Dos relatórios às Chefias de Serviço e Direção do Hospital
 Dos relatórios à Direção do Hospital
 Dos relatórios aos Gestores (CCIH do Município, Estado e Min.Saúde)
 Sistema de Notificação de Infecções Comunitárias geradas em outros Hospitais

ROTINAS IMPLANTADAS

- Antibioticoterapia profilática Rotina de Limpeza Hospitalar
 Política de uso racional de antimicrobianos e germicidas
 Cooperação Farmácia - Ações Terapêuticas
 Controle da Lavanderia Hospitalar Controle do Lixo e Resíduos Hospitalares
 Capacitação de profissionais na Prevenção e Controle das Infecções Hospitalares
 Lavagem das Mãos (rotina e distribuição adequada de unidades ou pias de lavagem de mãos)
 Rotina de Bio-Segurança (descarte de material perfuro-cortante e encaminhamento referendado de acidentados com material biológico)

PESO NA ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR

- () Decisão Tomada = Medida Administrativa Adotada
- () Decisão Tomada = Medida Negociada
- () Decisão Tomada = Execução Parcial
- () Decisão Tomada = Pouca Consideração

15. AVALIAÇÃO ESPECÍFICA: CIRURGIA CARDIOVASCULAR

1. Equipe Médica

Nome	Residência Médica MEC	Título Especialista
Chefe de Serviço (Responsável Técnico) Dr.		
Equipe Dr.		
Dr.		
Dr.		
Dr.		

2. Procedimentos Executáveis

	Capacidade técnica de execução	Existência de Protocolos
<u>Procedimentos Alta Complexidade SIH (Unidades de Alta Complexidade)</u>		
Doenças da Aorta		
Coronária		
Valvulares		
Marcapasso		
Troca de Gerador e ou eletrodos		
<u>Procedimentos de Alta Complexidade e Alto Custo SIH (Centros de Referência)</u>		
Implante de marcapasso cardíaco multi-sítio		
Implante de cardiodesfibrilador		
Implante de cardiodesfibrilador multi-sítio		
Troca de gerador e ou eletrodos		

16. AVALIAÇÃO ESPECÍFICA: CIRURGIA CARDIOVASCULAR PEDIÁTRICA

1. Equipe Médica		
Nome	Residência Médica MEC	Título Especialista
Chefe de Serviço (Responsável Técnico) Dr.		
Equipe Dr.		
Dr.		
Dr.		
Dr.		
Dr.		

2. Procedimentos Executáveis		
	Capacidade técnica de execução	Existência de Protocolos
Procedimentos Alta Complexidade SIH (Unidades de Alta Complexidade)		
Congênitos com CEC		
Congênitos sem CEC		
Cirurgia Corretiva		
Cirurgia Paliativa		

17. AVALIAÇÃO ESPECÍFICA: CIRURGIA VASCULAR

1. Equipe Médica

Nome	Residência Médica MEC	Título Especialista
Chefe de Serviço (Responsável Técnico) Dr.		
Equipe Dr.		
Dr.		
Dr.		
Dr.		
Dr.		

2. Procedimentos Executáveis

	Capacidade técnica de execução	Existência de Protocolos
<u>Procedimentos Cirurgia Vascular Alta Complexidade (Unidades de Alta Complexidade)</u>		
Cirurgias da Aorta		
Cirurgia de Carótida		
Cirurgia Vascular Periférica		
Cirurgia do Sistema Venoso		
<u>Procedimentos Alta Complexidade e Alto Custo Cirurgia Vascular (Centros de Referência)</u>		
Troca de Aorta Descendente, incluindo abdominal		
Aneurismectomia Toraco-Abdominal		
Transplante de Segmento Venoso Valvulado		
Transposição de Veias do Sistema Venoso Profundo		
Valvuloplastias do Sistema Venoso Profundo		

18. AVALIAÇÃO ESPECÍFICA: CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA

1. Equipe Médica	
Nome	Título SBHCI (área de atuação)
Chefe de Serviço (Responsável Técnico) Dr.	
Equipe Dr.	
Dr.	
Dr.	
Dr.	
Dr.	

2. Procedimentos Executáveis		
	Capacidade técnica de execução	Existência de Protocolos
<u>Procedimentos Alta Complexidade Ambulatorial (Unidades Alta Complexidade)</u>		
Cateterismo Diagnóstico		
Angioplastia		
Angioplastia com Stent		
Angioplastia Primária		
Procedimentos Intervencionistas outros		
Procedimentos Cardiol. Interv. Alta Complexidade e Alto Custo - (Centros de Referência)		
Valvuloplastia Mitral Percutânea		
Valvuloplastia Tricúspede Percutânea		
Angioplastia da Aorta e ramos e Vasos Venosos com cateter balão		
Angioplastia da Aorta, Artéria Pulmonar e ramos e Vasos Venosos c/cateter balão, c/stent não recoberto		
Fechamento percutâneo do canal arterial ou fístulas arteriovenosas c/ “coils” liberação controlada		

19. AVALIAÇÃO ESPECÍFICA: CIRURGIA ENDOVASCULAR

1. Equipe Médica		
Nome	Residência Médica MEC	Título Especialista
Chefe de Serviço (Responsável Técnico) Dr.		
Equipe Dr.		
Dr.		
Dr.		
Dr.		

2. Procedimentos Executáveis		
	Capacidade técnica de execução	Existência de Protocolos
<u>Procedimentos Alta Complexidade Endovascular (Unidades de Alta Complexidade)</u>		
Angioplastia Intraluminal		
Angioplastia Intraluminal com Implante não recoberto		
Angioplastia Intraluminal com Implante recoberto		
Colocacao Percutanea de Filtro de Veia Cava na Trombose Venosa Periferica e Embolia Pulmonar		
Embolizações		
<u>Procedimentos Alta Complexidade e Alto Custo (Centros de Referência)</u>		
Angioplastia Intraluminal dos Vasos do Pescoco ou Tronco Supraaortico		
Angioplastia Intraluminal dos Vasos do Pescoco ou Tronco Supraaortico com Implante não recoberto		
Angioplastia Intraluminal dos Vasos do Pescoco ou Tronco Supraaortico com Implante recoberto		
Angioplastia Intraluminal com Implante de Protese Endovascular Transhepatico		
Correcao Endovascular de Aneurisma ou Disseccao da Aorta com Implante		
Oclusão percutânea endovascular		

20. AVALIAÇÃO ESPECÍFICA: LABORATÓRIO DE ELETROFISIOLOGIA

1. Equipe Médica	
Nome	Habilitação pelo DAEC
Chefe de Serviço (Responsável Técnico) Dr.	
Equipe Dr.	
Dr.	
Dr.	

2. Procedimentos Executáveis		
	Capacidade técnica de execução	Existência de Protocolos
<u>Procedimentos de Unidades de Alta Complexidade</u>		
Estudo Eletrofisiológico Diagnóstico		
Estudo Eletrofisiológico Diagnóstico e Terapêutico		

26 – AVALIAÇÃO DO DIRETOR DA UNIDADE / CHEFE DE SERVIÇO

1. CONHECENDO AS CONDIÇÕES TÉCNICAS DA UNIDADE QUE CHEFIO E AS EQUIPES TÉCNICAS QUE NELA PRESTAM ATENDIMENTO DA ÁREA CARDIOVASCULAR ESPECIALIZADA, INFORMO QUE A UNIDADE TEM CONDIÇÕES E DISPONIBILIDADE DE PRESTAR ATENDIMENTO AO PACIENTE CARDIOVASCULAR DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS, SEGUNDO O PADRÃO ASSINALADO:

- Atendimento por especialista, com capacidade de realizar procedimentos de média complexidade (tabela SUS de média complexidade)

- Atendimento por especialista com formação específica, com capacidade de realizar procedimentos de Alta Complexidade

cirurgia cardiovascular

cirurgia cardiovascular pediátrica

cirurgia vascular

hemodinâmica

endovascular

eletrofisiologia

2. DECLARO AUTÊNTICAS AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESTE CADASTRO.

Assinatura do Diretor ou Chefe de Serviço

(carimbo-CRM)

