

Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro

PORTARIA Nº 1.675, DE 7 DE JUNHO DE 2018

Altera a Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre os critérios para a organização, Funcionamento e financiamento do cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica - DRC no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

ANEXO I

(Anexo 12 do Anexo IV à Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 setembro de 2017)

FORMULÁRIO PARA HABILITAÇÃO EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM DRC

(Este formulário estará disponível no Sistema de Apoio à Implementação de Políticas de Saúde - SAIPS)

Solicitação de habilitação para:

() Atenção Especializada em DRC com hemodiálise - código 15.04

() Atenção Especializada em DRC com diálise peritoneal - código 15.05

() Atenção Ambulatorial Especializada em DRC nos estágios 3, 4 e 5 (Pré-Dialítico) - código 15.06

Informações gerais:

1 - Informar o número de máquinas de hemodiálise: _____

2 - Informar o número de máquinas de hemodiálise reserva: _____

3 - Informar o número de turnos de atendimento: _____

4 - Informar o número de pacientes em acompanhamento multiprofissional nos estágios clínicos 4 e 5 (pré-diálise): _____

5 - Informar o número de pacientes adultos em hemodiálise: _____

6 - Informar o número de pacientes pediátricos em hemodiálise: _____

7 - Informar o número de pacientes com sorologia positiva para HIV, hepatite B ou hepatite C em hemodiálise: _____

8 - Informar o número de pacientes em Diálise Peritoneal Automatizada (DPA): _____

9 - Informar o número de pacientes em Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (DPAC):

10 - Informar o número de pacientes em Diálise Peritoneal Intermitente (DPI): _____

11 - O estabelecimento de saúde possui licença de funcionamento vigente? Caso o serviço seja público deve ter a cópia do parecer técnico conclusivo da situação encontrada que deverá ser anexado ao processo. **APRESENTAR DOCUMENTO**

Sim Não

12 - O estabelecimento de saúde conta com parecer favorável da vigilância sanitária local e está de acordo com a RDC nº 11, de 13 de março de 2014 da ANVISA ou a que vier substituir? **APRESENTAR ALVARÁ E RELATÓRIO ATUALIZADOS (VIGILÂNCIA SANITÁRIA ESTADUAL)**

Sim Não

13 - O estabelecimento de saúde possui serviço de diagnose para que seja garantida a execução dos exames laboratoriais (análises clínicas)?

Sim Não, referencia para: _____

CNES: _____

APRESENTAR CÓPIA DO CONTRATO

14 - O estabelecimento de saúde possui serviço de diagnose para que seja garantida a execução dos exames de imagem (Raio X e ultrassonografia)?

Sim Não, referencia para: _____

CNES: _____

APRESENTAR CÓPIA DO CONTRATO

15 - O estabelecimento de saúde possui sala amarela para o atendimento dos pacientes com sorologia positiva em hepatite B?

Sim Não, referencia para: _____

CNES: _____

APRESENTAR CÓPIA DO CONTRATO

Não se aplica

16 - O estabelecimento de saúde possui serviço próprio para confecção da fistula arterio-venosa ou implante de cateter para diálise peritoneal?

Sim Não, referencia para: _____

CNES: _____

APRESENTAR CÓPIA DO CONTRATO

Não de aplica

17 - O estabelecimento de saúde possui serviço de internação próprio para os casos que necessitem de internação por intercorrências decorrentes do tratamento dialítico? (hospital de retaguarda).

Sim Não, referencia para: _____

CNES: _____

APRESENTAR CÓPIA DO CONTRATO

Não de aplica

18 - Foi estabelecida, por meio da central de regulação de urgência e emergência, a transferência do paciente em serviço de urgência móvel?

Sim Não

APRESENTAR DOCUMENTO/GRADE DE REFERÊNCIA

Equipe multiprofissional:

19 - O estabelecimento de saúde habilitado como Atenção Ambulatorial Especializada em DRC nos estágios 3, 4 e 5 (pré-dialítico) - código 15.06 - possui equipe mínima de acordo com o proposto nesta Portaria? **(SOLICITAR ESCALAS DE SERVIÇO DE TODOS OS PROFISSIONAIS)**

Sim Não Não se aplica

1.Nome do médico nefrologista: _____

APRESENTAR: DIPLOMA/TÍTULOS DE ESPECIALIDADE, CÓPIA DA CARTEIRA DO CONSELHO, INSERIR NO CNES

2.Nome do enfermeiro: _____

APRESENTAR: DIPLOMA/TÍTULOS DE ESPECIALIDADE, CÓPIA DA CARTEIRA DO CONSELHO, INSERIR NO CNES

3.Nome do nutricionista: _____

APRESENTAR: DIPLOMA/TÍTULOS DE ESPECIALIDADE, CÓPIA DA CARTEIRA DO CONSELHO, INSERIR NO CNES

4.Nome do psicólogo: _____

APRESENTAR: DIPLOMA/TÍTULOS DE ESPECIALIDADE, CÓPIA DA CARTEIRA DO CONSELHO, INSERIR NO CNES

5.Nome do assistente social:

APRESENTAR: DIPLOMA/TÍTULOS DE ESPECIALIDADE, CÓPIA DA CARTEIRA DO CONSELHO, INSERIR NO CNES

20 - O estabelecimento de saúde habilitado como Atenção Especializada em DRC com hemodiálise (código 15.04) possui equipe mínima de acordo com o proposto nesta Portaria? **APRESENTAR ESCALA DDE SERVIÇO DOS PROFISSIONAIS**

Sim Não Não se aplica

1.Nome do médico nefrologista responsável técnico: _____

(APRESENTAR DOCUMENTOS: DESIGNAÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA, TÍTULOS DE ESPECIALIDADE, CPF, RG, CRM, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA) - INSERIR NO CNES

2.Nome do médico nefrologista: _____

APRESENTAR: TÍTULOS DE ESPECIALIDADE, CÓPIA DA CARTEIRA DO CONSELHO) - INSERIR NO CNES

3.Nome do enfermeiro nefrologista responsável técnico: _____

(APRESENTAR DOCUMENTOS: DESIGNAÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA, TÍTULOS DE ESPECIALIDADE, CPF, RG, COREN, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA) - INSERIR NO CNES

4.Nome do enfermeiro nefrologista: _____

APRESENTAR: TÍTULOS DE ESPECIALIDADE, CÓPIA DA CARTEIRA DO CONSELHO) - INSERIR NO CNES

5.Nome do nutricionista: _____

APRESENTAR: TÍTULOS DE ESPECIALIDADE, CÓPIA DA CARTEIRA DO CONSELHO - INSERIR NO CNES

6.Nome do psicólogo: _____

APRESENTAR: TÍTULOS DE ESPECIALIDADE, CÓPIA DA CARTEIRA DO CONSELHO- INSERIR NO CNES

Nome do assistente social: _____

APRESENTAR: TÍTULOS DE ESPECIALIDADE, CÓPIA DA CARTEIRA DO CONSELHO- INSERIR NO CNES

Relação com os nomes dos técnicos de enfermagem:

APRESENTAR TAMBÉM ESCALAS DE REVEZAMENTO – INSERIR TODOS NO CNES

_____ COREN -----

_____ COREN -----

_____ COREN -----

_____ COREN -----

_____ COREN -----

_____ COREN -----

_____ COREN -----

_____ COREN -----
_____ COREN -----
_____ COREN -----
_____ COREN -----
_____ COREN -----
_____ COREN -----
_____ COREN -----

21 - O estabelecimento de saúde habilitado como Atenção Especializada em DRC com diálise peritoneal (código 15.05) possui equipe mínima de acordo com o proposto nesta Portaria?

() Sim () Não () Não se aplica

1.Nome do médico nefrologista responsável técnico: _____

(APRESENTAR CÓPIAS DE DOCUMENTOS: DESIGNAÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA, TÍTULOS DE ESPECIALIDADE, CPF, RG, CRM, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA) - INSERIR NO CNES

2.Nome do enfermeiro nefrologista responsável técnico: _____

(APRESENTAR CÓPIAS DE DOCUMENTOS: DESIGNAÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA, TÍTULOS DE ESPECIALIDADE, CPF, RG, COREN, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA) - INSERIR NO CNES

3.Nome do nutricionista: _____

APRESENTAR CÓPIA DE DOCUMENTOS: DIPLOMA/TÍTULOS DE ESPECIALIDADE, CÓPIA DA CARTEIRA DO CONSELHO DE CLASSE

4.Nome do psicólogo: _____

APRESENTAR CÓPIA DE DOCUMENTOS: DIPLOMA/TÍTULOS DE ESPECIALIDADE, CÓPIA DA CARTEIRA DO CONSELHO DE CLASSE - INSERIR NO CNES

5.Nome do assistente social: _____

APRESENTAR CÓPIA DE DOCUMENTOS: DIPLOMA/TÍTULOS DE ESPECIALIDADE, CÓPIA DA CARTEIRA DO CONSELHO DE CLASSE - INSERIR NO CNES

6.Relação com os nomes dos técnicos de enfermagem:

APRESENTAR ESCALA DE REVEZAMENTO E INSERIR TODOS NO CNES

_____ COREN -----
_____ COREN -----

_____ COREN -----
_____ COREN -----
_____ COREN -----
_____ COREN -----
_____ COREN -----
_____ COREN -----
_____ COREN -----
_____ COREN -----
_____ COREN -----
_____ COREN -----
_____ COREN -----
_____ COREN -----
_____ COREN -----
_____ COREN -----
_____ COREN -----

22 - A operação do Sistema de Tratamento e Distribuição de Água para Hemodiálise (SADTH) é realizado por empresa terceirizada?

Sim Não

23 - Informar o nome da empresa, caso o serviço seja terceirizado:

Nome: _____ CNPJ: _____

APRESENTAR CONTRATO

24 - Informar se o estabelecimento de saúde habilitado como Atenção Especializada em DRC com Hemodiálise (código 15.04) obedece, no mínimo, a seguinte proporção:

1 (um) médico nefrologista para cada 50 (cinquenta) pacientes, em cada turno.

APRESENTAR ESCALA DE REVEZAMENTO - INSERIR NO CNES

Sim Não Não se aplica

1 (um) enfermeiro para cada 50 (cinquenta) pacientes, em cada turno.

APRESENTAR ESCALA DE REVEZAMENTO – INSERIR NO CNES

Sim Não Não se aplica

1 (um) técnico de enfermagem para cada 6 (seis) pacientes em cada turno.

APRESENTAR ESCALA DE REVEZAMENTO – INSERIR NO CNES

Sim Não Não se aplica

25 - Informar se o estabelecimento de saúde habilitado como Atenção Especializada em DRC com Diálise Peritoneal (código 15.05) obedece, no mínimo, a seguinte proporção:

1 (um) médico nefrologista (um) para cada 50 (cinquenta) pacientes.

SE SIM, APRESENTAR ESCALA DE REVEZAMENTO - INSERIR NO CNES

Sim Não Não se aplica

1 (um) enfermeiro, para cada 50 (cinquenta) pacientes.

SE SIM, APRESENTAR ESCALA DE REVEZAMENTO - INSERIR NO CNES

Sim Não Não se aplica

26 - Anexar os seguintes documentos:

1. Resolução da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou, no caso do Distrito Federal, do Colegiado de Gestão da Secretaria de Saúde (CGSES/DF) ou da Comissão Intergestores Regional (CIR), conforme deliberação em CIB, contendo:

RESOLUÇÃO CIB, A SER EMITIDA PELA SESAPI, APÓS CONCLUSÃO DO PROCESSO

1. tipo de habilitação com o respectivo código de habilitação, nome do estabelecimento de saúde e CNES.

2. valor do impacto financeiro mensal e anual segundo os valores dos procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS.

2. Memória de cálculo com o valor do impacto financeiro mensal e anual.

OBS: O CÁLCULO DO IMPACTO FINANCEIRO SERÁ REALIZADO POR TÉCNICOS DA SMS DO MUNICÍPIO RESPONSÁVEL PELA GESTÃO DO SERVIÇO

3. Relatório da vigilância sanitária local com parecer favorável para a habilitação, de acordo com a RDC nº 11, de 13 de março de 2014 da ANVISA ou a que vier substituir.

4. Cópia da licença de funcionamento vigente.

Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde