



1 - DADOS OPERACIONAIS

INCLUSÃO

☐

ALTERAÇÃO

☐

EXCLUSÃO

☐

2 - IDENTIFICAÇÃO

2.1 - CNES

2.8 - Nome Fantasia do Estabelecimento

25 - CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE HEMOTERAPIA

Quantidade de salas

Coleta

Recepção/ Cadastro
<input type="text"/>

Triagem Hematológica
<input type="text"/>

Triagem Clínica
<input type="text"/>

Coleta
<input type="text"/>

Aférese
<input type="text"/>

Processamento

Processamento
<input type="text"/>

Pré-Estoque
<input type="text"/>

Estoque
<input type="text"/>

Distribuição
<input type="text"/>

Laboratório

Sorologia
<input type="text"/>

Imunohema- tologia
<input type="text"/>

Pré-trans- fusionais
<input type="text"/>

Hemostasia
<input type="text"/>

Controle de Qualidade
<input type="text"/>

Biologia Molecular
<input type="text"/>

Imunofeno- tipagem
<input type="text"/>

Atendimento

Transusão
<input type="text"/>

Seguimento do doador
<input type="text"/>

26 - QUANTIDADE DE EQUIPAMENTOS/PROCEDIMENTOS ESPECIAIS - HEMOTERAPIA

Cadeira Reclináveis
<input type="text"/>

Centrífugas Refrigeradas
<input type="text"/>

Refrigerador p/ Guarda de Sangue
<input type="text"/>

Congelador Rápido
<input type="text"/>

Extrator Automático de Plasma
<input type="text"/>

Freezer -18° C
<input type="text"/>

Freezers -30° C
<input type="text"/>

Agitador de Plaquetas
<input type="text"/>

Seladoras
<input type="text"/>

Irradiador de Hemocomponentes
<input type="text"/>

Aglutinoscópio
<input type="text"/>

Máquina de Aférese
<input type="text"/>

Refrigerador p/Guarda de Reagentes
<input type="text"/>

Refrigerador para Guarda de Amostras de Sangue
<input type="text"/>

Capela de Fluxo Laminar
<input type="text"/>

27 - SERVIÇOS REFERENCIADOS

Hemocentro
Coordenador

Nome/Razão Social

CNES

Código do IBGE

Nome do Município

Hemocentro Regional

Nome/Razão Social

CNES

Código do IBGE

Nome do Município

Núcleo de Hemoterapia

Nome/Razão Social

CNES

Código do IBGE

Nome do Município

Central Sorológica

Nome/Razão Social

CNES

Código do IBGE

Nome do Município

28 - FORMALIZAÇÃO

Médico Hemoterapeuta Responsável

CPF

Médico Hematologista Responsável

CPF

Responsável Técnico/Sorologia

CPF

Médico Capacitado Responsável

CPF

Assinatura e Carimbo do(a) Cadastrador(a)

Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade

Data

Assinatura e Carimbo do Gestor Municipal do SUS

Data

Assinatura e Carimbo do Gestor Estadual do SUS

Data