

ANEXO I

FORMULÁRIO PARA VISTORIA DO GESTOR NORMAS DE CLASSIFICAÇÃO E HABILITAÇÃO DE CENTRO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA TIPO I AOS PA- CIENTES COM AVC

(deve ser preenchido e assinado pelo Gestor)

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

NOME DA INSTITUIÇÃO:

CNPJ:

TIPO DE PRESTADOR (NATUREZA):

- ☐ Federal
- ☐ Estadual
- ☐ Municipal
- ☐ Filantrópico
- ☐ Privado

ENDEREÇO:

MUNICÍ-
PIO:

ESTADO:

CEP:

TELEFONE:

FAX:

E-MAIL:

DIRETOR

TÉCNICO:

Tipos de Assistência:

- ☐ Ambulatorial
- ☐ Internação
- ☐ Urgência/Emergência de porta aberta

1. Registro das Informações do Paciente:

a) 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

2. O Centro de Atendimento de Urgência Tipo I aos Pacientes com AVC dispõe dos seguintes critérios:

a) atendimento de urgência 24 horas por dia, todos os dias da semana, inclusive finais de semana;

☐ Sim ☐ Não

b) tomografia computadorizada de crânio 24 horas por dia;

☐ Sim ☐ Não

c) equipe de AVC organizada e capacitada (com médico, técnicos de enfermagem, enfermeiro), coordenada por neurologista (com título de especialista em Neurologia reconhecido pelo CFM ou CRM ou residência médica em Neurologia reconhecida pelo MEC);

☐ Sim ☐ Não

d) protocolos clínicos e assistenciais escritos e disponibilizados;

☐ Sim ☐ Não

e) cobertura de neurologista, disponível em até 30 minutos da admissão do paciente (plantão presencial, ou sobreaviso à distância, ou suporte neurológico especializado por meio da telemedicina);

☐ Sim ☐ Não

f) enfermagem treinada em urgência e atendimento de pacientes com AVC;

☐ Sim ☐ Não

g) leitos monitorados para o atendimento ao AVC agudo, com médico 24 horas por dia e equipe treinada para o atendimento, podendo ser no serviço de urgência ou Unidade de Terapia Intensiva (UTI);

☐ Sim ☐ Não

h) unidade de Terapia Intensiva - UTI tipo II ou III;

☐ Sim ☐ Não

i) serviço de laboratório clínico em tempo integral;

☐ Sim ☐ Não

j) equipe Neurocirúrgica 24 horas (presencial ou disponível em 2 horas);

☐ Sim ☐ Não

k) disponibilidade de trombolítico conforme PCDT específico;

☐ Sim ☐ Não

l) serviço de Hemoterapia.

☐ Sim ☐ Não

3. Possui Alvará de Funcionamento.

☐ Sim ☐ Não

Data de Emissão: ____/____/____

4. O Centro de Atendimento de Urgência Tipo I aos Pacientes com AVC participa da Linha de Cuidados em AVC constante do Plano de Ação Regional da RUE, por indicação do grupo condutor da RUE, realizando ações que permitam sua plena integração com os outros pontos de atenção, nos termos do documento base da referida linha de cuidados, de modo a garantir o cuidado integral e de qualidade aos pacientes com acidente vascular cerebral.

☐ Sim ☐ Não

5. Adoção de protocolos clínicos, assistenciais e de procedimentos administrativos de acordo com a Linha de Cuidados em AVC.

☐ Sim ☐ Não

INTERESSE DO GESTOR ESTADUAL NO CREDENCIAMENTO:

De acordo com vistoria realizada in loco, a instituição cumpre com os requisitos da Portaria nº 664/GM/MS, de 12 de abril de 2012, para o(s) credenciamento(s) solicitado(s).

☐ Sim ☐ Não

DATA: ____/____/____

CARIMBO E ASSINATURA DO GESTOR:

Gestor Municipal

Gestor Estadual

ANEXO II

FORMULÁRIO PARA VISTORIA DO GESTOR

NORMAS DE CLASSIFICAÇÃO E HABILITAÇÃO DE CENTRO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA TIPO II AOS PACIENTES COM AVC

(deve ser preenchido e assinado pelo Gestor)

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

NOME _____ DA _____ INSTITUIÇÃO: _____

CNPJ: _____

TIPO DE PRESTADOR (NATUREZA):

☐ Federal

☐ Estadual

☐ Municipal

☐ Filantrópico

☐ Privado

ENDEREÇO: _____

MUNICÍPIO: _____

ESTADO: _____

CEP: _____

TELEFONE: _____

FAX: _____

E-MAIL: _____

DIRETOR TÉCNICO: _____

Tipos de Assistência:

☐ Ambulatorial

☐ Internação

☐ Urgência/Emergência de porta aberta

1. Registro das Informações do Paciente:

a) 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

2. O Centro de Atendimento de Urgência Tipo II aos Pacientes com AVC dispõe dos seguintes critérios:

a) atendimento de urgência 24 horas por dia, todos os dias da semana, incluindo feriados;

☐ Sim ☐ Não

b) unidade de Cuidado Agudo ao AVC;

☐ Sim ☐ Não

c) tomografia Computadorizada de crânio 24 horas por dia;
() Sim () Não
d) protocolos clínicos e assistenciais escritos e disponibilizados;
() Sim () Não
e) unidade de Terapia Intensiva - UTI tipo II ou III;
() Sim () Não
f) serviço de laboratório clínico em tempo integral;
() Sim () Não
g) disponibilidade de trombolítico conforme PCDT específico;
() Sim () Não
h) serviço de Hemoterapia;
() Sim () Não
i) equipe Neurocirúrgica 24 horas (presencial ou disponível em 2 horas);
() Sim () Não
j) eletrocardiograma, Serviço de laboratório clínico, Serviço de Radiologia, Serviço de Hemoterapia, ultrassonografia doppler colorido de vasos (exame de doppler de artérias cervicais), ecocardiografia (ecocardiograma) transtorácico e transesofágico e angiografia;
() Sim () Não
k) acesso formalizado aos seguintes procedimentos: angiografia, ressonância magnética, angioressonância, ecodoppler transcraniano e neuroradiologia intervencionista.
() Sim () Não
3. A Unidade de Cuidado Agudo ao AVC, dos Centros de Atendimento de Urgência Tipo II aos Pacientes com AVC, dispõe dos seguintes critérios:
a) mínimo de 5 (cinco) leitos.
() Sim () Não
Número de leitos: _____
3.1 Recursos Humanos
a) Enfermeiro 24 horas;
() Sim () Não
b) 1 técnico de enfermagem exclusivo para cada 4 leitos, 24 horas;
() Sim () Não
c) Médico 24 horas;
() Sim () Não
d) suporte diário de fisioterapeuta;
() Sim () Não
e) suporte diário de fonoaudiólogo;
() Sim () Não
f) suporte de neurologista 24 horas por dia, 7 dias por semana, inclusive feriados;
() Sim () Não
g) 1 responsável técnico com título de especialista em Neurologia reconhecido pelo CFM ou CRM ou residência médica em Neurologia reconhecida pelo MEC.
() Sim () Não
Médico: _____
Especialidade: _____
CFM/CRM: _____
3.2 Recursos Materiais
a) Camas Hospitalares com grades laterais, correspondente ao número de leitos habilitados;
() Sim () Não
b) 1 estetoscópio/leito;
() Sim () Não
c) pelo menos 2 (dois) equipamentos para infusão contínua e controlada de fluidos ("bomba de infusão") para cada leito, com reserva operacional de 1 (um) equipamento para cada 3 (três) leitos;
() Sim () Não
d) kit, por unidade, para atendimento às emergências contendo medicamentos e os seguintes materiais: equipamentos para ressuscitação respiratória manual do tipo balão autoinflável, com reservatório e máscara facial (ambu), cabos e lâminas de laringoscópio, tubos/cânulas endotraqueais, fixadores de tubo endotraqueal, cânulas de Guedel e fio guia estéril - 1 (um);
() Sim () Não
e) pontos de oxigênio e ar comprimido medicinal com válvulas reguladoras de pressão e pontos de vácuo para cada leito;
() Sim () Não
f) máscara facial que permita diferentes concentrações de Oxigênio: 1 (uma) para cada 3 (três) leitos;
() Sim () Não
g) materiais para aspiração;
() Sim () Não
Equipamento desfibrilador/cardioversor: 01 (um) para unidade;
() Sim () Não
h) Eletrocardiógrafo portátil: 01 (um) equipamento por unidade;
() Sim () Não
i) Equipamento para aferição de glicemia capilar, específico para uso hospitalar: 01 (um) para unidade;
() Sim () Não
j) Maca para transporte, com grades laterais, suporte para soluções parenterais e suporte para cilindro de oxigênio: 1 (uma) para cada 5 (cinco) leitos;
() Sim () Não
k) Máscara facial com diferentes concentrações de Oxigênio: 01 (uma) para cada 03 (três) leitos;
() Sim () Não

l) Monitor de beira de leito para monitorização contínua de frequência cardíaca, cardioscopia, oximetria de pulso e pressão não invasiva, frequência respiratória e temperatura, um para cada leito.
() Sim () Não
4. Possui Alvará de Funcionamento.
() Sim () Não
Data de Emissão: ____/_____/_____
5. O Centro de Atendimento de Urgência Tipo II aos Pacientes com AVC participa da Linha de Cuidados em AVC constante do Plano de Ação Regional da RUE, por indicação do grupo condutor da RUE, realizando ações que permitam sua plena integração com os outros pontos de atenção, nos termos do documento base da referida linha de cuidados, de modo a garantir o cuidado integral e de qualidade aos pacientes com acidente vascular cerebral.
() Sim () Não
6. Adoção de protocolos clínicos, assistenciais e de procedimentos administrativos de acordo com a Linha de Cuidados em AVC.
() Sim () Não
INTERESSE DO GESTOR ESTADUAL NO CREDENCIAMENTO: _____
De acordo com vistoria realizada in loco, a Instituição cumpre com os requisitos da Portaria nº 664/GM/MS, de 12 de abril de 2012, para o(s) credenciamento(s) solicitado(s).
() Sim () Não
DATA: ____/_____/_____
CARIMBO E ASSINATURA DO GESTOR: _____
Gestor Municipal _____
Gestor Estadual _____
ANEXO III
FORMULÁRIO PARA VISTORIA DO GESTOR
NORMAS DE CLASSIFICAÇÃO E HABILITAÇÃO DE CENTRO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA TIPO III AOS PACIENTES COM AVC
(deve ser preenchido e assinado pelo Gestor)
(esse formulário não deve ser modificado e/ou substituído)
NOME DA INSTITUIÇÃO: _____
CNPJ: _____
TIPO DE PRESTADOR (NATUREZA):
() Federal
() Estadual
() Municipal
() Filantrópico
() Privado
ENDEREÇO: _____
MUNICÍPIO: _____
ESTADO: _____ CEP: _____
TELEFONE: _____ FAX: _____
E-MAIL: _____
DIRETOR TÉCNICO: _____
Tipos de Assistência:
() ambulatorial
() internação
() Urgência/Emergência de porta aberta
1. Registro das Informações do Paciente:
a) 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
2. O Centro de Atendimento de Urgência Tipo III aos Pacientes com AVC dispõe dos seguintes critérios:
a) Unidade de Cuidado Integral ao AVC;
() Sim () Não
b) ambulatório especializado próprio ou referenciado;
() Sim () Não
c) atendimento de urgência 24 horas por dia, todos os dias da semana, incluindo feriados;
() Sim () Não
d) Tomografia Computadorizada de crânio 24 horas por dia;
() Sim () Não
e) protocolos clínicos e assistenciais escritos e disponibilizados;
() Sim () Não
f) Unidade de Terapia Intensiva - UTI tipo ou III;
() Sim () Não
g) serviço de laboratório clínico em tempo integral;
() Sim () Não
h) disponibilidade de trombolítico conforme PCDT específico;
() Sim () Não
i) Serviço de Hemoterapia;
() Sim () Não
j) Equipe Neurocirúrgica 24 horas (presencial ou disponível em 2 horas);
() Sim () Não

k) ECG, Serviço de laboratório clínico, Serviço de Radiologia, Serviço de Hemoterapia, ultrassonografia doppler colorido de vasos (exame de doppler de artérias cervicais), ecocardiografia (ecocardiograma) transtorácico e transesofágico e angiografia;
() Sim () Não
l) acesso formalizado aos seguintes procedimentos: angiografia, ressonância magnética, angioressonância, ecodoppler transcraniano e neuroradiologia intervencionista.
() Sim () Não
3. A Unidade de Cuidado Integral ao AVC, dos Centros de Atendimento de Urgência Tipo III aos Pacientes com AVC, dispõe dos seguintes critérios:
a) Mínimo de 10 (dez) leitos.
() Sim () Não
Número de leitos: _____
3.1 Recursos humanos:
a) 1 médico, 24 horas por dia, se os leitos agudos forem na Unidade de AVC;
() Sim () Não
b) suporte de neurologista 24 horas por dia, 7 dias por semana, inclusive feriados;
() Sim () Não
c) 1 enfermeiro exclusivo na unidade;
() Sim () Não
d) 1 técnico de enfermagem para cada 4 leitos;
() Sim () Não
e) 1 Fisioterapeuta para cada 10 leitos (6 horas/dia);
() Sim () Não
f) 1 Fonoaudiólogo para cada 10 leitos (6 horas/dia);
() Sim () Não
g) 1 Terapeuta ocupacional para cada 10 leitos (6 horas /dia);
() Sim () Não
h) 1 assistente social 6 horas/dia de segunda a sexta;
() Sim () Não
i) Suporte de psicólogo, nutricionista e farmacêutico na instituição;
() Sim () Não
j) 1 responsável técnico com título de especialista em Neurologia reconhecido pelo CFM ou CRM ou residência médica em Neurologia reconhecida pelo MEC.
() Sim () Não
Médico: _____
Especialidade: _____
CFM/CRM: _____
3.2 Recursos Materiais:
a) Camas Hospitalares com grades laterais, correspondente ao número de leitos habilitados;
() Sim () Não
a) 1 estetoscópio/leito;
() Sim () Não
b) 2 equipamentos para infusão contínua e controlada de fluidos ("bomba de infusão") para cada leito, com reserva operacional de 1 (um) equipamento para cada 3 (três) leitos;
() Sim () Não
c) 50% dos leitos com capacidade para monitoração contínua de frequência respiratória, oximetria de pulso, frequência cardíaca, eletrocardiografia, temperatura, pressão arterial nãoinvasiva;
() Sim () Não
d) pontos de oxigênio e ar comprimido medicinal com válvulas reguladoras de pressão e pontos de vácuo para cada leito;
() Sim () Não
e) máscara facial que permite diferentes concentrações de oxigênio: 1 (uma) para cada 5 (cinco) leitos;
() Sim () Não
f) materiais para aspiração;
() Sim () Não
g) eletrocardiógrafo portátil: 1 (um) equipamento por unidade;
() Sim () Não
h) kit, por unidade, para atendimento às emergências contendo medicamentos e os seguintes materiais: equipamentos para ressuscitação respiratória manual do tipo balão autoinflável, com reservatório e máscara facial (ambu), cabos e lâminas de laringoscópio, tubos/cânulas endotraqueais, fixadores de tubo endotraqueal, cânulas de Guedel e fio guia estéril - 1(um);
() Sim () Não
i) equipamento desfibrilador/cardioversor: 1 (um) para unidade;
() Sim () Não
j) equipamento para aferição de glicemia capilar, específico para uso hospitalar: 1 (um) para unidade;
() Sim () Não
k) maca para transporte, com grades laterais, suporte para soluções parenterais e suporte para cilindro de oxigênio: 1 (uma) para cada 10 (dez) leitos;
() Sim () Não
l) cilindro transportável de oxigênio.
() Sim () Não
3.3 A Unidade de Cuidado Integral ao AVC monitora e registra os indicadores de segurança e qualidade (assistenciais e de processo):
a) profilaxia para trombose venosa profunda iniciada até o segundo dia;
() Sim () Não

b) alta em uso de antiagregante plaquetário em pacientes com AVC não cardioembólico (salvo situações específicas);

() Sim () Não

c) alta em uso de anticoagulação oral para pacientes com FA ou Flutter (salvo contra-indicações);

() Sim () Não

d) uso de antiagregantes plaquetários, quando indicado, iniciado até o segundo dia de internação;

() Sim () Não

e) alta em uso de estatina para pacientes com AVC aterotrombótico (salvo contraindicações);

() Sim () Não

f) alta com plano de terapia profilática e de reabilitação;

() Sim () Não

g) monitorar porcentagem de pacientes com doença cerebrovascular aguda, atendidos na Unidade de AVC;

() Sim () Não

h) monitorar o tempo de permanência hospitalar do paciente acometido por AVC visando redução do mesmo;

() Sim () Não

i) monitorar as seguintes complicações: trombose venosa profunda, úlcera de pressão, pneumonia, infecção do trato urinário;

() Sim () Não

j) registrar o CID-10 específico do tipo de AVC à alta hospitalar;

() Sim () Não

k) monitorar mortalidade hospitalar por AVC, visando redução da mesma;

() Sim () Não

l) tempo porta-tomografia < 25 minutos;

() Sim () Não

m) tempo porta-agulha < 60 minutos.

() Sim () Não

4. Possui Alvará de Funcionamento.

() Sim () Não

Data de Emissão: ____/_____/____

5. O Centro de Atendimento de Urgência Tipo III aos Pacientes com AVC participa da Linha de Cuidados em AVC constante do Plano de Ação Regional da RUE, por indicação do grupo condutor da RUE, realizando ações que permitam sua plena integração com os outros pontos de atenção, n/os termos do documento base da referida linha de cuidados, de modo a garantir o cuidado integral e de qualidade aos pacientes com acidente vascular cerebral.

() Sim () Não

6. Adoção de protocolos clínicos, assistenciais e de procedimentos administrativos de acordo com a Linha de Cuidados em AVC.

() Sim () Não

INTERESSE DO GESTOR ESTADUAL NO CREDENCIAMENTO:

De acordo com vistoria realizada in loco, a instituição cumpre com os requisitos da Portaria nº 664/GM/MS, de 12 de abril de 2012, para o(s) credenciamento(s) solicitado(s).

() Sim () Não

DATA:____/_____/____

CARIMBO E ASSINATURA DO GESTOR:

Gestor Municipal

Gestor Estadual

ANEXO IV

MODELO

TERMO DE COMPROMISSO

Conforme disposto no art. 6º, inciso III, da nº 664/GM/MS, de 12 de abril de 2012, a Secretaria de Saúde do Município de _____ e/ou a Secretaria de Saúde do Estado de _____ e do Distrito Federal assume a responsabilidade de garantir, seja por meio de serviços próprios ou contratados, o acesso aos seguintes procedimentos:

a) angiotomografia;

b) ressonância magnética;

c) angioressonância;

d) ecodoppler transcraniano; e

e) neuroradiologia intervencionista.

Por ser verdade, firmo o presente.

CIDADE _____ UF, _____ de
(mês) _____ de (ano) _____.

Nome Completo

(Assinatura do Gestor Municipal e/ou Estadual e do Distrito Federal c/ carimbo)

ANEXO V

MEMÓRIA DE CÁLCULO DO INCENTIVO DOS LEITOS DE U-AVC AGUDO E U-AVC INTEGRAL

I - U-AVC AGUDO = Número de leitos da Unidade X R\$ 350,00 X 365 dias X 0,90 (90 % de taxa de ocupação).

II - U-AVC INTEGRAL = Número de leitos da Unidade X R\$ 350,00 X 365 dias X 0,85 (85 % de taxa de ocupação).

ANEXO VI

PROCEDIMENTO	03.03.04.030-0 - Tratamento de acidente vascular cerebral isquêmico agudo com uso de trombolítico
Descrição	Consiste no tratamento clínico do acidente vascular cerebral isquêmico agudo, inclusive com trombolítico, conforme Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde. O tratamento do paciente deve incluir outros procedimentos que visem prevenir ou minimizar possíveis sequelas.
Origem	03.03.04.014-9
Complexidade	MC - Média Complexidade
Modalidade	02 - Hospitalar
Instrumento de Registro	03 - AIH (Proc. Principal)
Tipo de Financiamento	06 - Média e Alta Complexidade (MAC)
Valor Ambulatorial SA	0,00
Valor Ambulatorial Total	0,00
Valor Hospitalar SP	64,38
Valor Hospitalar SH	1.571,17
Total Hospitalar	1.635,55
Sexo	Ambos
Idade Mínima	18 anos
Idade Máxima	110 anos
Quantidade Máxima	01
Média de Permanência	07
Atributos Complementares	Admite permanência maior
Especialidade do Leito	03 - Clínico
CBO	225125, 225150, 225260, 225112, 225120, 2231F9.
CID	I63.0, I63.1, I63.2, I63.3, I63.4, I63.5, I63.6, I63.8, I63.9, I65.0, I65.1, I65.2, I65.3, I65.8, I65.9, I66.0, I66.1, I66.2, I66.3, I66.4, I66.8 e I66.9
Serviço/Classificação	140 - Serviço de Urgência/ 001 - Pronto Socorro Geral, 002 - Pronto Socorro Especializado, 003 - Pronto Atendimento
Habilitação	16.15. Centro de Atendimento de Urgência Tipo I aos Pacientes com AVC; 16.16. Centro de Atendimento de Urgência Tipo II aos Pacientes com AVC; 16.17. Centro de Atendimento de Urgência Tipo III aos Pacientes com AVC.