

ADVERTÊNCIA

Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial da União



Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro

PORTARIA Nº 800, DE 17 DE JUNHO DE 2015

Altera, acresce e revoga dispositivos da Portaria nº 665/GM/MS, de 12 de abril de 2012, que dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e considerando a necessidade de aprimorar os mecanismos de regulação, controle e avaliação da assistência aos portadores de acidente vascular cerebral, resolve:

Art. 1º Os incisos V, VII, IX e X do art. 5º; a alínea "a" do inciso III do art. 6º e o "caput" e o inciso I do "caput" do art. 8º, todos da [Portaria nº 665/GM/MS, de 12 de abril de 2012](#), passam a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 5º

.....

V - fornecer cobertura de atendimento neurológico, disponível em até 30 (trinta) minutos da admissão do paciente (plantão presencial, sobreaviso à distância ou suporte neurológico especializado por meio da telemedicina/telessaúde);

.....

VII - possuir Unidade de Tratamento Intensivo (UTI);

.....

IX - dispor de equipe neurocirúrgica 24 (vinte e quatro) horas/dia, seja ela própria, presencial ou disponível em até duas horas, ou referenciada, disponível em até duas horas; e

X - realizar tratamento hemoterápico para possíveis complicações hemorrágicas." (NR)

"Art. 6º

.....

III -

a) ultrassonografia doppler colorido de vasos (exame de doppler de artérias cervicais);" (NR)

"Art. 8º Para a habilitação em Centro de Atendimento de Urgência Tipo I, II e III aos pacientes com AVC junto ao Ministério da Saúde, os gestores estaduais, do Distrito Federal e municipais deverão encaminhar a respectiva solicitação, por meio de ofício, à Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade (CGMAC/DAET/SAS/MS) com as seguintes documentações:

I - cópia do Plano de Ação Regional (PAR) aprovado pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou equivalente, submetido ao Ministério da Saúde, ou expediente que comprove elaboração do PAR da Rede de Urgência e Emergência e a resolução da CIB aprovando a habilitação dos serviços;" (NR)

Art. 2º A [Portaria nº 665/GM/MS, de 2012](#), passa a vigorar acrescida dos §§ 1º e 2º ao art. 5º; das alíneas "f" e "g" ao inciso III do art. 6º; do § 3º ao art. 6º; do § 4º ao art. 7º e dos §§ 6º e 7º ao art. 8º, nos seguintes termos:

"Art. 5º

.....

§ 1º Entende-se por telemedicina/telessaúde para tratamento agudo do AVC a utilização de sistemas de comunicação ou teleconferência que incluam ou não o compartilhamento de vídeo, som e dados de neuroimagem, permitindo a avaliação remota de um paciente com suspeita de AVC por um neurologista com experiência em AVC, preferencialmente vinculado a um Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com AVC.

§ 2º Na avaliação referida no § 1º do art. 5º, o sistema de comunicação ou teleconferência deve permitir que o neurologista realize:

I - checagem da história clínica e do exame neurológico, se necessário, do referido paciente, conversando ou visualizando e, sobretudo, interagindo em tempo real com o paciente e a equipe médica à distância para o cuidado ao paciente com AVC;

II - deve-se avaliar, em tempo real, a neuroimagem realizada logo após sua aquisição no equipamento remoto (tomografia computadorizada ou ressonância magnética de crânio), através de um software de transmissão de imagem, com visualizador que tenha ajuste do centro e largura da janela da imagem e transferência de dados segura, quando necessitar de trombólise; e

III - todo o cuidado ao paciente com AVC para redução da morbidade e sequelas, considerando seus riscos."

"Art. 6º

.....

III -

.....

f) ecocardiografia (ecocardiograma) transtorácico e transesofágico; e

g) angiografia;

§ 3º As unidades da federação que não cumprirem os critérios de habilitação descritos neste artigo e tiverem necessidade de U-AVC Agudo no contexto da Rede de Urgência e Emergência poderão solicitar a referida habilitação, que será analisada e definida pelo Ministério da Saúde em ato específico."

"Art. 7º

§ 4º As unidades da federação que não cumprirem os critérios de habilitação definidos neste artigo e tiverem necessidade de U-AVC Integral no contexto da Rede de Urgência e Emergência poderão solicitar a referida habilitação, que será analisada e definida pelo Ministério da Saúde em ato específico."

"Art. 8º

§ 6º As localidades e regiões que ainda não dispuserem do PAR, conforme descrito em inciso I do "caput", e forem consideradas estratégicas para implantação da Linha de Cuidado ao AVC pelos gestores estaduais e municipais, poderão pleitear habilitação para o Centro de Atendimento de Urgência aos pacientes com AVC Tipo I, II ou III, mediante a apresentação dos documentos descritos no § 7º deste artigo e parecer técnico da CGMAC/DAET/SAS/MS, além do cumprimento das regras desta Portaria, com exceção do inciso I do "caput" do presente artigo.

§ 7º Para o cumprimento do § 6º do "caput" deste artigo, os gestores deverão encaminhar à CGMAC/DAET/SAS/MS os seguintes documentos:

I - comprovação da cobertura do componente SAMU 192 da Rede de Urgência e Emergência;

II - comprovação da existência de pontos de atenção de Unidades de Pronto Atendimento (UPA) ou serviços de urgências;

III - cobertura mínima, pela Atenção Básica, de 50% (cinquenta por cento) da população;

IV - expediente ou termo de compromisso que comprove articulação com a Atenção Básica à Saúde, SAMU 192, unidades hospitalares de retaguarda e com outros serviços de atenção à saúde para promoção da reabilitação, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contrarreferência, ordenando tais fluxos por meio de Centrais de Regulação Médica instaladas na região; e

V - expediente que comprove a aprovação da CIR e da CIB para a referida implantação da Linha de Cuidado ao AVC e habilitação do respectivo Centro de Atendimento de Urgência aos pacientes com AVC Tipo I, II ou III." (NR)

Art. 3º Os Anexos I, II, III, IV e VI da [Portaria nº 665/GM/MS, de 2012](#), passam a vigorar na forma dos Anexos I, II, III, IV e VI, respectivamente, desta Portaria.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 5º Ficam revogadas as alíneas "d", "e", "f" e "g" do inciso II do "caput" do art. 6º; e os incisos VI e VII do "caput" do art. 7º, todos da [Portaria nº 665/GM/MS, de 12 de abril de 2012, publicada no DOU nº 72, Seção 1, do dia seguinte, p. 35](#).

ARTHUR CHIRO

ANEXO I

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

(deve ser preenchido e assinado pelo Gestor)

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

NOME DA INSTITUIÇÃO: _____

CNES: _____

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 I aos Pacientes com AVC dispõe dos seguintes critérios:

a) realiza atendimento de urgência vinte e quatro horas por dia, todos os dias da semana, inclusive finais de semana;

() Sim () Não

b) realiza exame de tomografia computadorizada de crânio nas vinte e quatro horas do dia;

() Sim () Não

c) dispõe de equipe treinada em urgência para atendimento aos pacientes com AVC, composta por médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem e coordenada por neurologista com título de especialista em neurologia reconhecido pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) ou Conselho Regional de Medicina (CRM) ou residência médica em Neurologia reconhecida pelo Ministério da Educação (MEC);

() Sim () Não

d) disponibiliza protocolos clínicos e assistenciais escritos;

() Sim () Não

e) fornece cobertura de atendimento neurológico, disponível em até trinta minutos da admissão do paciente (plantão presencial ou sobreaviso à distância ou suporte neurológico especializado por meio da telemedicina/telessaúde);

() Sim () Não

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

() Sim () Não

g) possui UTI;

() Sim () Não

h) realiza serviço de laboratório clínico em tempo integral;

() Sim () Não

i) dispõe de equipe neurocirúrgica própria vinte e quatro horas (presencial ou disponível em até duas horas) ou referenciada (disponível em até duas horas); e

() Sim () Não

j) realiza tratamento hemoterápico para possíveis complicações hemorrágicas.

() 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 665/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: _____

CNES: _____

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) realiza atendimento de urgência vinte e quatro horas por dia, todos os dias da semana, inclusive finais de semana;

☐ Sim ☐ Não

b) realiza exame de tomografia computadorizada de crânio nas vinte e quatro horas do dia;

☐ Sim ☐ Não

c) disponibiliza protocolos clínicos e assistenciais escritos;

☐ Sim ☐ Não

d) possui UTI;

☐ Sim ☐ Não

e) realiza serviço de laboratório clínico em tempo integral;

☐ Sim ☐ Não

f) dispõe de equipe neurocirúrgica própria vinte e quatro horas (presencial ou disponível em até duas horas) ou referenciada (disponível em até duas horas); e

☐ Sim ☐ Não

g) disponibilidade de trombolítico conforme PCDT específico;

☐ Sim ☐ Não

h) realiza tratamento hemoterápico para possíveis complicações hemorrágicas;

☐ Sim ☐ Não

i) unidade de Cuidado Agudo ao AVC;

☐ Sim ☐ Não

j) garantir que o tratamento de fase aguda seja coordenado por neurologista;

☐ Sim ☐ Não

k) oferta os seguintes procedimentos:

I - Eletrocardiograma (ECG);

☐ Sim ☐ Não

II - Serviço de laboratório clínico em tempo integral; e

☐ Sim ☐ Não

III - Serviço de radiologia.

☐ Sim ☐ Não

l) garantia do acesso, por intermédio de termo de compromisso, nos termos do anexo IV a esta Portaria, aos seguintes procedimentos:

I - Ultrassonografia doppler colorido de vasos (exame de doppler de artérias cervicais);

☐ Sim ☐ Não

II - Ecocardiografia (ecocardiograma) transtorácico e transesofágico;

☐ Sim ☐ Não

III - Angiografia;

☐ Sim ☐ Não

IV - Ressonância magnética;

☐ Sim ☐ Não

V - Angioressonância;

☐ Sim ☐ Não

VI - Ecodoppler transcraniano; e

☐ Sim ☐ Não

VII - 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) a unidade conta com um responsável técnico neurologista, 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: _____

b) a unidade conta com um médico vinte e quatro horas por dia;

() Sim () Não

c) a unidade conta com um enfermeiro vinte e quatro horas por dia;

() Sim () Não

d) a unidade conta com um técnico de enfermagem exclusivo para cada quatro leitos, vinte e quatro horas por dia;

() Sim () Não

e) a unidade conta com suporte diário de fisioterapeuta;

() Sim () Não

f) a unidade conta com suporte diário de fonoaudiólogo; e

() Sim () Não

g) a unidade conta com suporte de neurologista, vinte e quatro horas por dia, sete dias por semana, inclusive feriados.

() Sim () Não

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 dois equipamentos para infusão contínua e controlada de fluidos ("bomba de infusão") para cada leito, com reserva operacional de um equipamento para cada três leitos;

() 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) materiais para aspiração;

() Sim () Não

f) 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; tubos/cânulas endotraqueais; fixadores de tubo endotraqueal; cânulas de Guedel e fio guia estéril;

() Sim () Não

g) um equipamento desfibrilador/cardioversor por unidade;

() Sim () Não

h) um eletrocardiógrafo portátil por unidade;

() Sim () Não

i) um equipamento para aferição de glicemia capilar, específico para uso hospitalar por unidade;

() Sim () Não

j) uma maca para transporte, com grades laterais, suporte para soluções parenterais e suporte para cilindro de oxigênio para cada 5 (cinco) leitos;

() Sim () Não

k) cilindro transportável de oxigênio;

() Sim () Não

l) uma máscara facial com diferentes concentrações de oxigênio para cada três leitos; e

() Sim () Não

m) um monitor de beira de leito para monitorização contínua de frequência cardíaca, cardioscopia, oximetria de pulso e pressão não invasiva, frequência respiratória e temperatura, para cada leito.

() Sim () Não

4. Possui Alvará de Funcionamento.

() Sim () Não

Data de Emissão: ____/____/____

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 665/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: _____

CNES: _____

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) realiza atendimento de urgência vinte e quatro horas por dia, todos os dias da semana, inclusive finais de semana;

() Sim () Não

b) realiza exame de tomografia computadorizada de crânio nas vinte e quatro horas do dia;

() Sim () Não

c) disponibiliza protocolos clínicos e assistenciais escritos;

() Sim () Não

d) possui UTI;

() Sim () Não

e) realiza serviço de laboratório clínico em tempo integral;

() Sim () Não

f) dispõe de equipe neurocirúrgica própria vinte e quatro horas (presencial ou disponível em até duas horas) ou referenciada (disponível em até duas horas); e

() Sim () Não

g) disponibilidade de trombolítico conforme PCDT específico;

() Sim () Não

h) realiza tratamento hemoterápico para possíveis complicações hemorrágicas;

() Sim () Não

i) unidade de Cuidado Integral ao AVC;

() Sim () Não

j) ambulatório especializado próprio ou referenciado;

() Sim () Não

k) garantir que o tratamento de fase aguda seja coordenado por neurologista;

() Sim () Não

l) dispõe de equipe neurocirúrgica própria vinte e quatro horas (presencial ou disponível em até duas horas) ou referenciada (disponível em até duas horas); e

() Sim () Não

m) oferta os seguintes procedimentos:

I - Eletrocardiograma (ECG);

() Sim () Não

II - Serviço de laboratório clínico em tempo integral; e

() Sim () Não

III - Serviço de radiologia.

() Sim () Não

n) Garantia do acesso, por intermédio de termo de compromisso, nos termos do anexo IV a esta Portaria, aos seguintes procedimentos:

I - Ultrassonografia doppler colorido de vasos (exame de doppler de artérias cervicais);

() Sim () Não

II - Ecocardiografia (ecocardiograma) transtorácico e transesofágico;

() Sim () Não

III - Angiografia;

() Sim () Não

IV - Ressonância magnética;

() Sim () Não

V - Angioressonância;

() Sim () Não

VI - Ecodoppler transcraniano; e

() Sim () Não

VII - 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 (um) responsável técnico neurologista com título de especialista em neurologia reconhecido pelo CFM ou CRM ou residência médica em Neurologia reconhecida pelo MEC;

Médico: _____

Especialidade: _____CFM/CRM: _____

b) um médico, vinte e quatro horas por dia;

c) suporte de neurologista, vinte e quatro horas por dia, sete dias por semana, inclusive feriados;

d) um enfermeiro exclusivo na unidade;

e) um técnico de enfermagem para cada quatro leitos;

f) um fisioterapeuta para cada dez leitos, seis horas por dia;

g) um fonoaudiólogo para cada dez leitos, seis horas por dia;

h) um terapeuta ocupacional para cada dez leitos, seis horas por dia;

i) um assistente social, seis horas por dia, de segunda a sexta-feira;

j) suporte de psicólogo, nutricionista e farmacêutico na instituição;

3.2 Recursos Materiais:

a) camas hospitalares com grades laterais, correspondente ao número de leitos habilitados;

() Sim () Não

b) um estetoscópio por leito;

() Sim () Não

c) dois equipamentos para infusão contínua e controlada de fluidos ("bomba de infusão") para cada leito, com reserva operacional de um equipamento para cada três leitos;

☐ Sim ☐ Não

d) cinquenta por cento dos leitos com capacidade para monitoração contínua de frequência respiratória, oximetria de pulso, frequência cardíaca, eletrocardiografia, temperatura, pressão arterial nãoinvasiva;

☐ 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) uma máscara facial que permite diferentes concentrações de oxigênio para cada cinco leitos;

☐ Sim ☐ Não

g) materiais para aspiração;

☐ Sim ☐ Não

h) um eletrocardiógrafo portátil por unidade;

☐ Sim ☐ Não

i) kit, por unidade, para atendimento às emergências contendo medicamentos e os seguintes materiais:

i. equipamentos para ressuscitação respiratória manual do tipo balão autoinflável, com reservatório e máscara facial (ambu);

☐ Sim ☐ Não

ii. cabos e lâminas de laringoscópio;

☐ Sim ☐ Não

iii. tubos/cânulas endotraqueais;

☐ Sim ☐ Não

iv. fixadores de tubo endotraqueal;

☐ Sim ☐ Não

v. cânulas de Guedel; e

☐ Sim ☐ Não

vi. fio guia estéril;

☐ Sim ☐ Não

j) um equipamento desfibrilador/cardioversor por unidade;

☐ Sim ☐ Não

l) um equipamento para aferição de glicemia capilar, específico por unidade;

☐ Sim ☐ Não

m) uma maca para transporte, com grades laterais, suporte para soluções parenterais e suporte para cilindro de oxigênio para cada dez leitos; e

☐ Sim ☐ Não

n) 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):

I - profilaxia para trombose venosa profunda iniciada até o segundo dia;

☐ Sim ☐ Não

II - alta hospitalar em uso de antiagregante plaquetário em pacientes com AVC não cardioembólico, salvo situações específicas que dependam da análise do quadro clínico do paciente;

☐ Sim

☐ Não

III - alta hospitalar em uso de anticoagulação oral para pacientes com Fibrilação Atrial (FA) ou "Flutter", salvo contraindicações;

☐ Sim ☐ Não

IV - uso de antiagregantes plaquetários, quando indicado, iniciado até o segundo dia de internação;

☐ Sim ☐ Não

V - alta hospitalar em uso de estatina para pacientes com AVC aterotrombótico, salvo contraindicações;

☐ Sim ☐ Não

VI - alta hospitalar com plano de terapia profilática e de reabilitação;

☐ Sim ☐ Não

VII - porcentagem de pacientes com doença cerebrovascular aguda atendidos na Unidade de AVC;

☐ Sim ☐ Não

VIII - o tempo de permanência hospitalar do paciente acometido por AVC visando redução do mesmo;

☐ Sim ☐ Não

IX - as seguintes complicações: trombose venosa profunda, úlcera de pressão, pneumonia, infecção do trato urinário;

() Sim () Não

X - CID-10 específico do tipo de AVC à alta hospitalar;

() Sim () Não

XI - mortalidade hospitalar por AVC, visando redução da mesma;

() Sim () Não

XII - tempo porta-tomografia < 25 minutos; e

() Sim () Não

XIII - tempo porta-agulha < 60 minutos.

() Sim () Não

4. Possui Alvará de Funcionamento.

() Sim () Não

Data de Emissão: ____/____/____

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 665/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 Portaria nº 665/GM/MS, de 12 de abril de 2012 e da Portaria nº XX/GM/MS de XX de XXXX de 2014, a Secretaria de Saúde do Município de XXXXXXXXXX e/ou a Secretaria de Saúde do Estado de XXXXXXXXXX e do Distrito Federal assume a responsabilidade de garantir, seja por meio de serviços próprios ou contratados, o acesso aos seguintes procedimentos:

- a) ultrassonografia doppler colorido de vasos (exame de doppler de artérias cervicais);
- b) ressonância magnética;
- c) angioressonância;
- d) ecodoppler transcraniano;
- e) neuroradiologia intervencionista;
- f) ecocardiografia (ecocardiograma) transtorácico e transesofágico; e
- g) angiografia;

Por ser verdade, firmo o presente.

CIDADE - UF, XX de (mês) de (ano).

Nome Completo _____

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

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
Valor Ambulatorial Total	0
Valor Hospitalar SP	64,38
Valor Hospitalar SH	1,571,17

Total Hospitalar	1,635,55
Sexo	Ambos
Idade Mínima	18 anos
Idade Máxima	130 anos
Quantidade Máxima	1
Média de Permanência	7
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	005 - Atendimento ao paciente com Acidente Vascular Cerebral (AVC) (Serviço de Urgência e Emergência) 006 - Pronto Atendimento Clínico (Serviço de Urgência e Emergência) 019 - Pronto Socorro Geral/Clínico (Serviço de Urgência e Emergência).
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.