



1 - DADOS OPERACIONAIS

INCLUSÃO

ALTERAÇÃO

EXCLUSÃO

2 - IDENTIFICAÇÃO

2.1 - CNES

2.8 - Nome Fantasia do Estabelecimento

22 - CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE HEMOTERAPIA

Quantidade de salas

Coleta

Recepção/ Cadastro	Triagem Hematológica	Triagem Clínica	Coleta	Afêrese
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Processamento

Processamento	Pré-Estoque	Estoque	Distribuição
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Laboratório

Sorologia	Imunohema- tologia	Pré-trans- fusionais	Hemostasia	Controle de Qualidade	Biologia Molecular	Imunofeno- tipagem
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Atendimento

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

23 - QUANTIDADE DE EQUIPAMENTOS/PROCEDIMENTOS ESPECIAIS - HEMOTERAPIA

Cadeira Reclináveis	Centrífugas Refrigeradas	Refrigerador p/ Guarda de Sangue	Congelador Rápido	Extrator Automático de Plasma	Freezer -18° C	Freezers -30° C	Agitador de Plaquetas	Seladoras	Irradiador de Hemocomponentes
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Aglutinoscópio	Máquina de Afêrese	Refrigerador p/Guarda de Reagentes	Refrigerador para Guarda de Amostras de Sangue	Capela de Fluxo Laminar					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					

24 - SERVIÇOS REFERENCIADOS

Hemocentro Coordenador

Nome/Razão Social	CNPJ
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Código do IBGE	Nome do Município
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Hemocentro Regional

Nome/Razão Social	CNPJ
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Código do IBGE	Nome do Município
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Núcleo de Hemoterapia

Nome/Razão Social	CNPJ
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Código do IBGE	Nome do Município
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Central Sorológica

Nome/Razão Social	CNPJ
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Código do IBGE	Nome do Município
<input type="text"/>	<input type="text"/>

25 - FORMALIZAÇÃO

Médico Hemoterapeuta Responsável	CPF
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Médico Hematologista Responsável	CPF
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Responsável Técnico/Sorologia	CPF
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Médico Capacitado Responsável	CPF
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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