

Resolução de CIR do Médio Araguaia, nº 021, de 22 de outubro 2015.

*mem
389/2015
SAS e SUBES*

Dispõe sobre a Reabilitação dos Laboratórios Públicos e Privados que prestam serviços ao SUS, classificado Tipo I para realizarem exames citopatológicos do colo de útero aos municípios da Região de Saúde Médio Araguaia do estado de Mato Grosso.

A COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL DO MÉDIO ARAGUAIA, no uso de suas atribuições legais e considerando:

I – Portaria GM Nº 3.388, de 30 de dezembro de 2013, que redefine a Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer de colo de útero (QualiCito), no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas;

II – Portaria Nº 2.046 de 12 de setembro de 2014, que Habilita Laboratórios de Exames Citopatológicos de Colo de Útero;

III – Ofício Circular nº 310-GS/SAS de 23 de setembro de 2015 que versa sobre a Avaliação das habilitações dos Laboratórios Tipo I e Tipo II pela QualiCito;

IV – O Requerimento de Habilitação dos Laboratórios Tipo 1 e Tipo 2 assinado pelo Gestor;

V – A Declaração do Gestor no qual informa que realizou avaliação anual dos indicadores prevista na Portaria GM Nº 3.388, de 30 de dezembro de 2013;

VI - Resolução CIB/MT Nº 223 de 09 de outubro de 2014, que dispõe sobre a adesão para a habilitação dos Laboratórios Públicos e Privados que prestam serviços ao SUS, Tipo I para realizarem exames citopatológicos do colo de útero e Tipo II, para realizarem o Monitoramento Externo da Qualidade – MEQ aos municípios do estado de Mato Grosso, revogando a Resolução CIB/MT Nº 032 de 13 de março de 2014;

RESOLVE:

Art. 1º - Aprovar a reabilitação do Laboratório Padronni que presta serviço ao SUS, classificado Tipo I para realizar exames citopatológicos do colo de útero aos municípios de Água Boa, Bom Jesus do Araguaia, Canarana, Cocalinho, Gaúcha do Norte, Nova Nazaré, Querência e Ribeirão Cascalheira, da Região de Saúde do Médio Araguaia do estado de **Mato Grosso**, conforme Anexo Único desta Resolução.

Art.2º - Estabelecer o prazo de 30 (trinta) dias para que o Laboratório Tipo I encaminhe todas as lâminas e laudos dos exames selecionados pelo SISCAN ao Laboratório Tipo II - LACEN para realizar o Monitoramento Externo da Qualidade/MEQ.

Art.3º - Estabelecer que o Laboratório seja avaliado anualmente pela Secretaria Municipal de Saúde contratante do serviço mediante cumprimento dos critérios dispostos no art. 14 da portaria Nº 3.388, de 30 de dezembro de 2013.

Art. 4º - Fica Revogado as disposições em contrário.

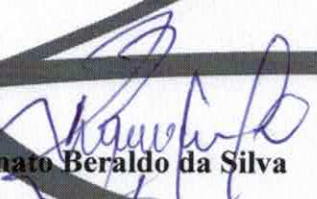
Art. 5º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua assinatura.

Água Boa/MT, 22 de outubro de 2015.


Renata Araujo Queiroz Fernandes

Coordenadora da CIR do Médio Araguaia

Esc. Regional de Saúde - Água Boa
RENATA ARAÚJO Q. FERNANDES
Diretora
Ato nº 3.697/2015


Renato Beraldo da Silva

Vice-Regional do COSEMS

Ofício nº 119/ 2015 – C. ESFs / APS / SMS / Água Boa.

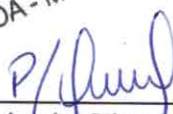
Água Boa, 09 de novembro de 2015.

EMENTA: Avaliação de laboratório

Prezada Senhora,

Cumprimentando cordialmente V. S^a., vimos através deste, enviar anexo planilha de requerimento de habilitação de laboratório Tipo I, conforme solicitado. Sem mais para o momento, estamos a disposição para demais esclarecimentos. Respeitosamente,

Renato Beraldo da Silva
Secretário Municipal de Saúde
SMS - ÁGUA BOA - MT



Renato Beraldo da Silva
Secretário Municipal de Saúde

ILMA.SRA.
Dra Renata Queiroz
M. D. DIRETORA DO ERS DE AB
ÁGUA BOA / MT

DECLARAÇÃO

Em cumprimento à Portaria 3.388, de 30 de dezembro de 2013, que redefine a Qualificação Nacional em Citopatologia na Prevenção do Câncer do Colo do Útero (QUALICITO), no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, declaro que realizarei avaliação anual dos indicadores de qualidade constantes na referida Portaria para exames citopatológicos do colo do útero, referentes aos prestadores SUS, deste município, que estão sob minha governabilidade, indicados nominalmente a seguir:

CNES	NOME LABORATÓRIO
2615347	Laboratório Padroni

Local e Data: Agua Boa 06-10-15

Renato Beraldo da Silva
Secretário Municipal de Saúde
SMS - AGUA BOA - MT

Assinatura do Secretário Municipal de Saúde

REQUERIMENTO DE HABILITAÇÃO DOS LABORATÓRIOS TIPO 1 E TIPO 2

Dados do Estabelecimento

NOME DO LABORATÓRIO: Laboratório Padroni

CNES: 2615347

Se o estabelecimento for Hospital Público, assinalar:

() Federal

() Estadual

() Municipal

() Unidade Universitária

DIRETOR TÉCNICO: Cleber J. S. D. A.

Número de registro em Conselho de Classe: 0835 CRF

Habilitação () Revisão de habilitação (x)

NORMAS DE HABILITAÇÃO DOS LABORATÓRIOS TIPO 1 E TIPO 2

(Formulário de preenchimento obrigatório para as solicitações de habilitação, sendo que o laboratório terá um prazo de 12 (doze) meses para adequação às normas, a contar da data de habilitação.)

Instalações Físicas

1. O laboratório possui Alvará de Funcionamento (Licença Sanitária)?

(x) Sim () Não

2. Enquadra-se nos critérios e normas estabelecidos pela legislação em vigor ou outros ditames legais que as venham substituir ou complementar? A saber: Sim

2.1. Resolução nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

☒ Sim () Não

2.2. Resolução nº 306, de 07 de dezembro de 2004, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde.

☒ Sim () Não

2.3. Apresenta, em sua infraestrutura, área de citotecnologia (área técnica e microscopia).

☒ Sim () Não

Critérios de Habilitação

3. Comprova a produção mínima de 15.000 lâminas/ano (apenas para habilitação de Laboratório Tipo 2)?

() Sim () Não

4. Comprova a habilitação do responsável técnico devidamente registrado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES?

☒ Sim () Não

5. Demonstra quadro de funcionários compatível com sua produção, bem como vínculo institucional?

☒ Sim () Não

6. Apresenta relatório de Monitoramento Interno da Qualidade (MIQ) do último ano?

☒ Sim () Não

7. Realiza o Monitoramento Interno da Qualidade (MIQ) de acordo com os componentes definidos no artigo 10 da Portaria nº 1.504 de 23 de julho de 2013?

☒ Sim () Não

8. Está dentro dos parâmetros de qualidade contidos no Manual de Gestão da Qualidade para Laboratório de Citopatologia?

☒ Sim () Não

9. Utiliza exclusivamente a terminologia padronizada na Nomenclatura Brasileira para Laudos Citopatológicos Cervicais?

☒ Sim () Não

10. Arquivo Ficha de Requisição do Exame Citopatológico do Colo do útero do Ministério da Saúde no laboratório?

☒ Sim () Não

11. Emite laudo assinado por profissional de nível superior habilitado para a unidade de saúde solicitante?

☒ Sim () Não

12. Arquivo os laudos por, no mínimo, 05 (cinco) anos nos casos de exames negativos e por 20 (vinte) anos nos casos de exames positivos?

☒ Sim () Não

13. Insere as informações sobre os exames citopatológicos realizados no Sistema de Informação do Câncer (SISCAN) ou sistema de informação vigente?

☒ Sim () Não

Nome do responsável técnico: CLEBER J. S. DIAS

Número de registro em Conselho de Classe: 0835

Preenchimento obrigatório somente para as revisões de habilitação de Laboratório Tipo 2

1. Manteve contato com os laboratórios de origem de maneira regular e formalizada fornecendo informações sobre a concordância dos laudos?

() Sim () Não

2. Mantém registro do resultado da fase pré-analítica, encaminhando aos laboratórios as não conformidades?

() Sim () Não

3. Recebe lâminas e laudos dos laboratórios a ela vinculados conforme definido pela coordenação gestora (estadual, municipal ou distrital)?

() Sim () Não

4. Comunica imediatamente ao laboratório de origem sobre os exames discordantes?

() Sim () Não

5. Formaliza contato com os laboratórios monitorados e a coordenação gestora (estadual, municipal ou distrital), com emissão de relatórios mensais informando a avaliação pré-analítica e de concordância através de análise estatística e devolução de todas as lâminas revisadas?

() Sim () Não

6. Apóia a coordenação gestora (estadual, municipal ou distrital) nos casos especiais de avaliação da qualidade, como, por exemplo, a representatividade da amostra e as taxas de resultados falso-negativos e falso-positivos e esfregaços insatisfatórios?

() Sim () Não

7. Apóia a coordenação gestora (estadual, municipal ou distrital) na interface com os laboratórios que realizam exames para o SUS?

() Sim () Não

8. Discute caso a caso os exames discordantes com o laboratório prestadores de serviço para o SUS, buscando o consenso, devendo considerar discordantes aqueles casos em que haja mudança de conduta clínica?

() Sim () Não

9. Apresentou ao gestor (estadual, municipal ou distrital), a relação dos profissionais e respectivos laboratórios, que foram submetidos a treinamento?

() Sim () Não

10. Insere os resultados dos exames revisados no módulo MEQ da base de dados do SISCAN ou sistema de informação vigente e envia essas informações, mensalmente, às coordenações responsáveis pelo credenciamento.

() Sim () Não

De acordo com vistoria realizada *in loco*, pela gestão estadual, distrital e/ou municipal, o laboratório cumpre com os requisitos desta Portaria para a habilitação solicitada?

() Sim () Não

Nome completo do responsável técnico: Cleber José Silva e Dias

Telefone para contato: 66 - 34683864

Email: laboratoriopadrone@hotmail.com

Local e Data: Água Boa, 6 de novembro de 2015

Carimbo e Assinatura do Gestor

Renato Beraldo da Silva
Secretário Municipal de Saúde
SMS - ÁGUA BOA - MT