**TERMO DE REQUERIMENTO PARA HABILITAÇÃO DE CENTRO DE**

**PARTO NORMAL – CPN INTRA OU PERI HOSPITALAR – REDE CEGONHA**

Através deste instrumento solicitamos a habilitação do Centro de Parto Normal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(intra-hospitalar tipo I/ intra-hospitalar tipo II/ peri-hospitalar), pertencente ao Hospital/Secretaria de Saúde\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CNPJ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,CNES\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, estabelecimento sob gestão\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(estadual/municipal), composto por \_\_\_\_\_\_\_ quartos PPP (pré-parto-puerpério) e contando com estrutura física de acordo com a Portaria de Consolidação GM/MS n° 03/2017.

Declaramos que para o funcionamento do Centro de Parto Normal, nos comprometemos a:

* Garantir a coordenação do CPN e a condução da assistência ao parto de baixo risco, puerpério fisiológico e cuidados com recém-nascido sadio, da admissão à alta, por obstetriz ou enfermeiro obstétrico;
* Possuir protocolos de admissão no CPN e de assistência ao trabalho de parto, parto, puerpério e cuidados com o recém-nascido por enfermeiro obstétrico/obstetriz;
* Garantir a continuidade do cuidado nos diferentes níveis de complexidade pelo estabelecimento hospitalar ao qual pertence, incluindo acesso diagnóstico e terapêutico;
* Garantir a assistência imediata à mulher e ao recém-nascido nas intercorrências obstétricas e neonatais;
* Possuir estabelecimento hospitalar de referência (somente para o CPN peri-hospitalar pertencente à Secretaria de Saúde), com equipe de retaguarda 24 (vinte e quatro) horas por dia, nos 7 (sete) dias da semana, composta por médico obstetra, médico anestesista e médico pediatra ou neonatologista, que prestará o pronto atendimento às solicitações e aos encaminhamentos da equipe do CPN;
* Ofertar orientações para o planejamento familiar, saúde sexual e reprodutiva após o parto, com promoção da continuidade deste planejamento na atenção básica em saúde;
* Garantir o fornecimento de relatório de alta e orientações pós-alta, de forma a promover a continuidade do cuidado pela equipe da atenção básica em saúde;
* Possuir protocolos que orientem a linha de cuidado materna e infantil e protocolos assistenciais que promovam a segurança e a humanização do cuidado, assegurando as boas práticas de atenção ao parto e nascimento;
* Possuir rotinas que favoreçam a proteção do período sensível e o contato pele a pele imediato e ininterrupto entre a mulher e o recém-nascido, de forma a promover o vínculo, com a participação do pai, quando couber;
* Alimentar os sistemas de informação vigentes do Ministério da Saúde e realizar o acompanhamento dos dados e indicadores conforme estabelecido no Anexo 7 do anexo II da Portaria de Consolidação GM/MS n° 03/2017;
* Sinalizar a unidade de CPN conforme estabelecido na Portaria 2.838 de Dezembro de 2011, com acesso ao endereço: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/guia-de-sinalizacao>.

Em caso de não cumprimento de todos os requisitos acima elencados e dos demais constantes na Portaria de Consolidação GM/MS n° 03/2017 declaro o compromisso da gestão e do estabelecimento em ajustar o que se faz necessário, no prazo de seis meses a contar da data de habilitação do CPN, de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde.

Encaminhamos em anexo documentação solicitada conforme Capítulo II Seção II e check-list de acordo com Anexo 8 do Anexo II da Portaria de Consolidação GM/MS n° 03/2017.

Atenciosamente,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Secretário Estadual /Municipal ou Distrital de Saúde

De acordo,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Diretor do estabelecimento solicitante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Coordenador do Centro de Parto Normal