*Envolve, ainda, a existência de um sistema de referência e contra-referência que permite o*
*encaminhamento do paciente após a alta, para a continuidade do tratamento. Representa, enfim, a existência de uma filosofia que norteia e permeia todo o trabalho institucional, imprimindo qualidade à assistência prestada. O referido projeto deverá ser apresentado por escrito;*
Existe projeto terapêutico institucional escrito (PT 251/02)? SIM ( ) NÃO ( )
O projeto terapêutico escrito corresponde à prática institucional (PT 251/02)?
SIM ( ) NÃO ( )
Existem reuniões com familiares dos pacientes abordando orientações sobre
diagnóstico, tratamento, alta hospitalar e continuidade do tratamento (PT 251/02)? SIM ( ) NÃO ( )
Existe atendimento individual (PT 251/02)? SIM ( ) NÃO ( ). Quais?
( ) Psicoterapia; ( ) Consultas; Outras _
Existe atendimento grupal (PT 251/02)? SIM ( ) NÃO ( ). Quais:
( ) Grupo Operativo;
( ) Grupo Terapêutico;
( ) Oficinas Terapêuticas;
( ) Grupos de Orientação;
( ) Atividades de sala de espera;
( ) Atividades educativas em saúde;
Outras: _
Existem avaliações médico, psicológica e social dos pacientes (PT 251/02)?
SIM ( ) NÃO ( )
São realizadas visitas domiciliares por profissional de nível superior?
SIM ( ) NÃO ( )
Existem registros adequados dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos (PT 251/02)? SIM ( ) NÃO ( )

**13 PROJETO TERAPÊUTICO/ALTA E ENCAMINHAMENTO**

Existe projeto terapêutico individualizado, verificável em prontuário?
SIM ( ) NÃO ( )
A alta do paciente é trabalhada pelos diversos profissionais responsáveis pelo seu atendimento (PT 251/02)? SIM ( ) NÃO ( )
O paciente é efetivamente referenciado para tratamento extra-hospitalar/Serviço especializado (PT 251/02)?
SIM ( ) NÃO ( )

**14 CONTENÇÃO FÍSICA**

( ) Não ocorre contenção física ou ocorre raramente
( ) Ocorre raramente
( ) Ocorre regularmente
( ) Ocorre freqüentemente
A contenção física é acompanhada pela presença física permanente de um membro da equipe? (Resoluções CFM 1407/94 e 1598/2000) SIM ( ) NÃO ( )
Caso haja contenção ao leito, é precedida de justificativa e prescrita em prontuário? (Resoluções CFM 1407/94 e 1598/2000)
SIM ( ) NÃO ( )
A decisão da contenção física é feita a partir de uma discussão em equipe?
SIM ( ) NÃO ( )

**15 ELETROCONVULSOTERAPIA**

( ) Não realizam ECT nem as prescrevem.
( ) Realizam ou prescrevem a ECT excepcionalmente.
( ) Realizam ou prescrevem a ECT raramente.
( ) Realizam ou prescrevem a ECT regularmente.
Quando realizadas, as ECT são feitas de acordo com critérios clínicos precisos,
esgotadas todas as possibilidades terapêuticas?
SIM ( ) NÃO ( )
Há consentimento informado do paciente e/ou familiar?
SIM ( ) NÃO ( )
São realizadas em ambiente adequado, com anestesia e precedidas de avaliação clinica e laboratorial?
SIM ( ) NÃO ( )
Descrição das condições de uso da eletroconvulsoterapia
- Média mensal do uso de ECT nos últimos 12 meses:
- Existência de sala especial. SIM ( ) NÃO ( )
- Existência de equipamento de anestesia e de emergência.
SIM ( ) NÃO ( )

**16 REUNIÕES**

Existem reuniões clínicas da Equipe Técnica? SIM ( ) NÃO ( )
As reuniões da Equipe são agendadas semanalmente, e registradas? SIM ( ) NÃO ( )
Há integração efetiva entre os diversos setores?
SIM ( ) NÃO ( )
Existem reuniões regulares com os usuários?
SIM ( ) NÃO ( )
Qual a periodicidade? _
Existem reuniões com familiares?
SIM ( ) NÃO ( )
Qual a periodicidade? _

**17 VINCULAÇÃO E DIREITOS**

( ) A maioria dos pacientes sabe nomear os profissionais que os atendem.
( ) Poucos pacientes sabem nomear os profissionais que os atendem.
( ) Os pacientes, em geral, não sabem nomear os profissionais que o atendem.
Existem atividades fora do Serviço acompanhadas pela equipe técnica?
( ) freqüentemente
( ) esporadicamente
( ) não existem
É garantido ao paciente o acesso ao telefone? SIM ( ) NÃO ( )
São garantidas aos pacientes visitas?
( ) Diárias
( ) 3 vezes na semana
( ) semanais
O recurso de licença terapêutica é utilizado?
( ) independente do dia da semana
( ) nos fins de semana
( ) raramente
Existem programas ou atividades que visam a ressocialização dos pacientes? SIM ( ) NÃO ( )
OBSERVAÇÕES:

**18 ASPECTOS GERAIS DA ASSISTÊNCIA**

Qual o Tempo Médio de Permanência (TMP) geral? _
Qual o TMP excetuando-se os pacientes com mais de 1 ano de admissão?
Observa-se a existência de pacientes com sinais evidentes de impregnação neuroléptica? SIM ( ) NÃO ( )
Em menos de 5% do total de pacientes ( )
Em mais de 5% do total de pacientes ( )
Sobre usuários de longa permanência
( ) Hospital com até 5% de clientela de longa permanência
( ) Hospital com até 10% de clientela de longa permanência
( ) Hospital com até 15% de clientela de longa permanência
( ) Hospital com até 20% de clientela de longa permanência
( ) Hospital com mais de 20% de clientela de longa permanência
Anexar lista nominal dos pacientes internados **há mais 1 ano ininterruptamente.**
_
Qual as impressões do paciente quanto ao tratamento recebido, à sua doença, à equipe do hospital, às normas do Serviço e à contenção/punição? _
Os pacientes se queixam da alimentação? SIM ( ) NÃO ( )
As queixas são procedentes (ver cardápio, estoque de alimentos, etc.)?
SIM ( ) NÃO ( )

**19 DINÂMICA DO USO DO LEITO/VAGA SERVIÇO**

N.º de admissões no último mês: _
N.º Altas no último mês:
Verificar do total de leitos/vagas o percentual de ocupação por pacientes com mais de 06 meses de admissão: _
Perfil diagnóstico dos usuários fornecido pelo Serviço:

Atendimento clínico:
Existe o serviço de referência e contra-referência em atendimento clínico? SIM ( ) NÃO ( )
Como é feito?
_

Observou-se a existência de pacientes internados na enfermaria de intercorrência clínica no dia da vistoria? SIM ( ) NÃO ( )
Quais as condições dos pacientes na enfermaria de intercorrência clínica? _
Óbitos
Registrar número de óbitos nos últimos 12 meses, incluindo o de pacientes
Transferidos, mas que foram a óbito: _

**20 SITUAÇÃO JURIDICA DOS PACIENTES**

Número de pacientes cumprindo medida de segurança:
Lista nominal com a data de internação:
Número de pacientes sob curatela: _
Número de pacientes que recebem algum tipo de benefício :
(LOAS, aposentadoria etc.) _
Quotidiano da instituição, impressão geral:

PROPOSTAS PARA REORIENTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA
IRIGENTES QUE PARTICIPARAM DA VISTORIA:

**ASSINATURA**

Equipe de Avaliação: _

DATA DA AVALIAÇÃO:

**ANEXO II**
**ROTEIRO DE FISCALIZAÇÃO DE HOSPITAL GERAL**
**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**

Nome: _
Endereço _
CEP _ Bairro _
Município Telefone
Estado
Município _
Diretor Clínico do Hospital CRM _
Processo inicial no. E-08 _/ _Licença em dia? Sim Não _
Resp. Enfermagem COREN/PA _
Resp.Nutrição _
Resp.Pediatria CRM
Resp. Radiologia _CRM _
Processo Inicial N. E-08/ / _Licença em dia? Sim Não _
Resp. Lab. Pat. Clín. Insc.Cons. _
Processo inicial n. E-08/ _/ Licença em dia? Sim _ Não
Resp. Farmácia Hospitalar _CRF
Processo Inicial n. E-08/ / Licença em dia? Sim _ Não _

**DADOS GERAIS**

**NATUREZA DO SERVIÇO**

( ) Municipal ( ) Estadual ( ) Federal
( ) Filantrópico ( ) Privado ( ) Convênio SUS
( ) Universitário ( ) Outros

**ABRANGÊNCIA DO SERVIÇO**

( ) Regional ( ) Municipal ( ) Intermunicipal ( ) Estadual

**O PRÉDIO ESTÁ LOCALIZADO**

( ) Vizinho a fábrica ( ) Junto a rio ( ) Em rua muito movimentada
( ) Junto a aterro sanitário ( ) Em área residencial ( ) Isolado

**PORTE DO HOSPITAL**

Mais de 200 leitos ( ) ( ) de 100 a 200 leitos ( ) de 50 a 100 leitos
De 20 a 50 leitos ( )

**REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA**

Recebe casos de que municípios? _
Existe grade de encaminhamento estabelecida pelo Sistema de Saúde? Sim ( )
Não ( )
Citar os nomes dos hospitais de referência e os respectivos encaminhamentos que são feitos: _
Dificuldades de encaminhamento pela grade estabelecida:
SADT: _
Internação: _
Remoções: _
Outras causas:
Verificar a distância entre o hospital e os serviços de referência, bem como os
contratos de prestação de serviço: _

**DA ORGANIZAÇÃO**

Existência de normas e rotinas assistenciais? Sim ( ) Não ( )
Há Normas e Rotinas para as Áreas Assistenciais? Sim ( ) Não ( )
Dispõe de regulamento interno (estatuto)? Sim ( ) Não ( )
Relatórios mensais contendo sumário da situação da Unidade assistencial? Sim( ) Não( )
A Unidade dispõe de ambulância(s) equipada(s)? Sim ( ) Não ( )
A(s) ambulância(s) possui(em) licença em dia da Fiscalização Sanitária? Sim ( ) Não ( )
Dispõe de comissão de ética médica? Sim ( ) Não ( )
Possui comissão de revisão de prontuário médico? Sim ( ) Não ( )
Possui comissão de revisão de óbitos? Sim ( ) Não ( )
Possui comissão interna de prevenção de acidentes? Sim ( ) Não ( )
Possui comissão de farmácia e medicamentos? Sim ( ) Não ( )
Possui comissão técnica de hemoterapia? Sim ( ) Não ( )
Possui comissão de controle e gestão de qualidade? Sim ( ) Não ( )
Dispõe de Comissão de Controle de Infecção Hospitalar? Sim ( ) Não ( )
Com que freqüência são feitas as reuniões? (anotar data da última reunião) _
Quais os profissionais que fazem parte da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar?(anotar nome e especialidade):
Possui programa de acompanhamento de visitas com orientação? Sim ( ) Não ( )
Possui outras comissões? Sim ( ) Não ( ). Especificar _
Dispõe de serviços terceirizados? Sim ( ) Não ( ). Especificar
Há reuniões de discussão de óbitos com ata? Sim ( ) Não ( ).Com que freqüência são feitas as reuniões? (anotar a data da última reunião)
Há cronograma de reuniões clínicas periódicas? Sim ( ) Não ( )
Há livro de registro de partos, informando as ocorrências? Sim ( ) Não ( )
Há livro de registro de atendimentos de emergência/urgência? Sim ( ) Não ( )