

Há resíduos radioativos sólidos ou líquidos (seringas, papel absorvente, frascos, líquido derramados, urina, fezes) radioativos ou contaminados com radiosótopos de baixa atividade provenientes de laboratórios? Sim () Não ()
Há resíduos farmacêuticos medicamentos vencidos, contaminados, desatualizados, não utilizados, etc.? Sim () Não ()

RESÍDUOS COMUNS

ABRIGO DE RESÍDUOS SÓLIDOS (LIXO HOSPITALAR) (Tem que estar na área externa do hospital)

Há isolamento deste lixo do ambiente com paredes impermeabilizadas para facilitar a limpeza? Sim () Não ()
É refrigerado? Sim () Não ()
O setor está em boas condições de higiene? Sim () Não ()
Possui compactador? Sim () Não ()
O lixo é estocado separado por categoria com identificação visível? Sim () Não ()
Há presença de insetos e/ou roedores no local durante a inspeção? Sim () Não ()
A coleta externa é feita por veículo especializado? Sim () Não ()
Existe acesso exclusivo ao setor? Sim () Não ()

DO ABASTECIMENTO DE ÁGUA

Qual rede de fornecimento? Sim () Não ()
() Rede pública
() Carro pipa
() Outra
Qual a periodicidade que é feita a limpeza do sistema de abastecimento?
Qual a data da última limpeza? ____/____/____
Há reservatório duplo de água potável? Sim () Não ()
Existem sistemas de filtragem? Sim () Não ()
Localização ____
Existe tratamento da água utilizada nas terapias? Sim () Não ()
Caso afirmativo, que tipo?
() Deionização
() Osmose reversa
() Outro tipo. Especificar ____
Possibilidade de refluxo da água? Sim () Não ()
Caso afirmativo, existem meios de prevenção do refluxo? Sim () Não ()
Existe monitoramento da qualidade da água? Sim () Não ()
Caso afirmativo, nome do Técnico ou órgão responsável: ____

____Qual a Periodicidade?
Há inspeção dos sistemas/instalações hidráulicas? Sim () Não ()
Qual a data última inspeção? ____/____/____.
O abastecimento d'água para os reservatórios prevê uma capacidade para quanto tempo?
Há reservatório de água inferior (cisterna)? Sim () Não ()
Se afirmativo, qual a capacidade?
Há reserva técnica para combate a incêndio? Sim () Não ()
Se afirmativo, qual a capacidade?
Todos os reservatórios (cisterna, caixa d'água, etc) estão em bom estado de higiene e conservação, com tampa, sem vazamentos, etc? Sim () Não ()

ESGOTO

Os efluentes vão diretamente para a rede pública? Sim () Não ()
Caso não haja rede pública, há sistema de tratamento para os dejetos? Sim () Não ()
Existe laudo emitido por órgão competente quanto ao tratamento efetuado? Sim () Não ()
Existe manutenção dos esgotos? Sim () Não () (limpeza de caixa de gordura, etc.)
Qual a Periodicidade? ____
SISTEMA DE COMBATE A INCÊNDIOS
Há sistema de combate a incêndio? Sim () Não ()
Caso afirmativo, Qual?
Os acessos aos instrumentos de combate a incêndios estão livres? Sim () Não ()
Os extintores estão dentro do prazo de validade? Sim () Não ()
Nos locais onde estão os extintores há demarcação no piso? Sim () Não ()
Existe reserva técnica de abastecimento de água para incêndio? Sim () Não ()
Caso afirmativo, qual a sua capacidade?
Existe laudo do Corpo de Bombeiros? Sim () Não ()
Caso afirmativo, qual a data da emissão do laudo? ____/____/____
Os funcionários recebem treinamento para combate a incêndios? Sim () Não ()
Há saídas de emergência sinalizadas? Sim () Não ()
Existe escada externa de emergência com porta "corta-fogo"? Sim () Não ()
Existe brigada de incêndio? Sim () Não ()
UNIDADE DE PACIENTES INTERNOS
N.º total de enfermarias ____
Nº de Quartos ____ (quarto de criança=15 a 20% dos leitos do estabelecimento; deve haver no mínimo 01 quarto de isolamento para cada 30 leitos)

(quarto de adulto= a cada 30 leitos deve existir 01 quarto de isolamento)
Nº Total de Leitos (enfermarias + quartos + UTI, etc) ____
No. de leitos por especialidade : ____
Clínica médica ____
Clínica cirúrgica ____
Pediatria ____
Maternidade ____
Ginecologia ____
UTIpediátrica
UTI adulto
Neonatologia ____
Quartos e enfermarias da pediatria possuem painéis de vidro nas paredes divisórias com a circulação? Sim () Não ()
Enfermarias de pediatria possuem cadeiras de repouso para acompanhante? Sim () Não ()
N.º de Banheiros _____.Quais tipos?
() Banheiro para acompanhante na pediatria
() Banheiro para pacientes (cada quarto ou enfermaria deve ter acesso direto a um banheiro podendo este servir no máximo a 2 enfermarias)
() Sanitário para o público
Possui sala de exames? Sim () Não ()
Possui área de recreação, lazer e refeitório? Sim () Não ()
(1 para cada unidade de pediatria, psiquiatria e crônicos) (dimensões mínimas= 1,2 m2 para cada paciente em condições de lazer)
Existem normas e rotinas afixadas em locais visíveis? Sim () Não ()
Existe aceitação das normas de Biossegurança? Sim () Não ()
Existe programa de Educação Continuada? Sim () Não ()
Possui área de circulação desobstruída? Sim () Não ()
Há sinalização? Sim () Não ()
Há janelas com proteção (TELA) / parapeito? Sim () Não ()
Possui sistema de climatização ambiental? Sim () Não ()
Possui meio de transporte (maca, cadeira de roda)? Sim () Não ()
Possui área para guarda de macas e cadeiras de rodas? Sim () Não ()
Dispõe de expurgo em condições de uso, sem ser usado como depósito?
Sim () Não ()
Possui depósito de equipamentos e materiais? Sim () Não ()
Possui rouparia? Sim () Não ()
Possui copa de distribuição? Sim () Não ()
Possui acondicionamento adequado do lixo? Sim () Não ()
Durante a inspeção observa presença de vetores? Sim () Não ()
Bom conceito em limpeza geral? Sim () Não ()
Disponibilidade de equipamentos básicos (Esfigmomanômetro, Termômetros, Estetoscópio, etc.)? Sim () Não ()
Dispõe de unidade de isolamento com precauções padrão? Sim () Não ()
Disponibilidade de EPI(máscaras, gorros, luvas, capotes, etc.)? Sim () Não ()
Posto de enfermagem organizado e com pia? Sim () Não () (1 posto para cada 30 leitos)
Possui armários fechados para materiais e medicamentos? Sim () Não ()
Possui materiais e medicamentos dentro do prazo de validade? Sim () Não ()
Dispõe de Pêrfuro-cortante acondicionado corretamente? Sim () Não ()
Possui materiais em solução acondicionados e dentro do prazo de validade?
sim () Não ()
Possui carrinho de curativo em condições de uso, limpo e sem avarias? Sim () Não ()
Possui almotolias limpas, identificadas e com validade? Sim () Não ()
Há disponibilidade de roupa hospitalar limpa? Sim () Não ()
Há acondicionamento correto da roupa suja? Sim () Não ()
Possui comadres/patinhos esterilizados? Sim () Não ()
Há reaproveitamento de materiais de uso único? Sim () Não ()
Há bom nível de satisfação dos usuários internos e externos? Sim () Não ()

UNIDADE DE INTERNAÇÃO INTENSIVA – UTI / CTI (adulto)

(A unidade deve existir em hospitais com capacidade igual ou maior que 100 leitos tendo no mínimo 5 leitos)
(Havendo INTERNAÇÃO SEMI-INTENSIVA , esta se dá fora da unidade, com acesso facilitado à UTI e inserida em uma unidade de internação geral) .
Possui posto de enfermagem/prescrição médica? Sim () Não () (1 p/ cada 12 leitos = medindo no mínimo 8 m2)
Possui área de serviços? Sim () Não () (cada posto deve ser servido por ao menos 1 área = medindo no mínimo 8m2)
Possui áreas específicas? Sim () Não () (10% dos leitos gerais de internação não intensiva. Quando houver internação semi-intensiva, de 6 a 8 % dos leitos gerais de internação não intensiva. Estabelecimentos especializados(cardiologia,

urgências, etc.) devem fazer um cálculo específico, caso a caso)
Dispõe de quarto de adulto ou de adolescente (isolamento)? Sim () Não () (12 m2 c/ distância de 1m entre paredes e leito, exceto cabeceira)
Dispõe de área coletiva de adulto ou de adolescente? Sim () Não () (10m2 c/ distância de 1m entre paredes e leito, exceto cabeceira e de 2m entre leitos)
Dispõe dos seguintes ambientes de apoio:
() rouparia
() depósito de equipamentos e materiais
() sala de preparo de equipamentos / material
() banheiros para pacientes (geral e isolamento)
() quarto de plantão para funcionários
() sala de espera para acompanhantes e visitantes (anexo)
() sala administrativa
() depósito de material de limpeza
() copa
() sanitários com vestiários para funcionários
() sanitário para público (sala de espera)

UNIDADE DE INTERNAÇÃO INTENSIVA – UTI / CTI (pediátrico)

(A unidade deve existir em hospitais com capacidade igual ou maior que 100 leitos tendo no mínimo 5 leitos)
(Havendo INTERNAÇÃO SEMI-INTENSIVA , esta se dá fora da unidade, com acesso facilitado à UTI e inserida em uma unidade de internação geral) .
Possui posto de enfermagem/prescrição médica? Sim () Não () (1 p/ cada 12 leitos = medindo no mínimo 8 m2)
Possui áreas de serviços? Sim () Não () (cada posto deve ser servido por ao menos 1 área = medindo no mínimo 8m2)
Dispõe das seguintes áreas específicas:
() Quarto de recém-nascido (isolamento) (10 m2 c/ distância de 1m entre paredes e leito, exceto cabeceira)
() Área coletiva de recém-nascido (9 m2 c/ distância de 1m entre paredes e leito, exceto cabeceira e de 2 m entre leitos)
() Quarto de lactente/criança (isolamento) (10 m2 c/ distância de 1m entre paredes e leito, exceto cabeceira)
() Área coletiva de lactente criança (9 m2 c/ distância de 1m entre paredes e leito, exceto cabeceira)
() Quarto para adolescentes (isolamento) (12 m2 c/ distância de 1m entre paredes e leito, exceto cabeceira)
() Área coletiva para adolescentes (10m2 c/ distância de 1m entre paredes e leito, exceto cabeceira e de 2m entre leitos)
Possui os seguintes ambientes de apoio:
() Rouparia
() Depósito de equipamentos e materiais
() Sala de preparo de equipamentos/ material
() Banheiros para pacientes (geral e isolamento)
() Quarto de plantão para funcionários
() Sala de espera para acompanhantes e visitantes
() Sala administrativa
() Depósito de material de limpeza
() Copa
() Sanitários com vestiários para funcionários
() Sanitário para o público (sala de espera)

UTI NEONATAL (QUANDO HOVER)

Equipamentos	Quantidade		
Berço aquecido, calor irradiante		Sim	Não
Incubadora, dupla parede		Sim	Não
Umidificador aquecido		Sim	Não
Capacete de acrílico, para oxigenação, pequeno		Sim	Não
Sistema de monitoração fisiológica neonatal		Sim	Não
Aparelho de fototerapia		Sim	Não
Bomba de infusão		Sim	Não
Sistema de assistência respiratória de parede		Sim	Não
Oxímetro de pulso		Sim	Não
Monitor de pressão, não invasivo infantil		Sim	Não
Aspirador cirúrgico, elétrico, em móvel		Sim	Não
Carro de emergência com desfibrilador e monitor		Sim	Não
Oxímetro para uso em aparelhos		Sim	Não
Balança para incubadora		Sim	Não
Estetoscópio infantil		Sim	Não
Balança eletrônica pediátrica		Sim	Não
Esfigmomanômetro para RN		Sim	Não
Negatoscópio		Sim	Não
Suporte de soro		Sim	Não
Mesa antropométrica		Sim	Não
Mesa para instrumental		Sim	Não

CENTRO CIRÚRGICO GERAL

RECURSOS HUMANOS

N.º total de profissionais existentes ____
N.º de médicos existentes ____
N.º de anestesistas ____
N.º de enfermeiras ____
N.º de técnicos de enfermagem ____
N.º de auxiliares de enfermagem ____
Outros profissionais ____
Há disponibilidade de cirurgiões e anestesistas nas 24 horas? Sim () Não ()