É proibida a promoção de alimento ou líquido que não o leite materno no estabelecimento? Sim ( ) Não ( )
As mães e recém-nascidos ficam juntos 24 horas por dia, com exceção de intervalos de até uma hora para procedimentos hospitalares ou no caso da separação ser clinicamente indicada?
Sim ( ) Não ( )
O alojamento conjunto tem início na primeira hora após o parto normal?
Sim ( ) Não ( )
O alojamento tem inicio na primeira hora após a mãe que sofreu o parto Cesário ter condições de responder á criança? Sim ( ) Não ( )
Quando os funcionários não colocam restrições á freqüência ou duração das manadas, demonstram estar conscientes da importância do aleitamento materno sob livre demanda? Sim ( ) Não ( )
As mães são aconselhadas a amamentar seus bebês sempre que estes tiverem fome ou o desejarem? Sim ( ) Não ( )
Ensina-se às mães que amamentam que não devem dar nenhuma mamadeira ou chupeta a seus bebês? Sim ( ) Não ( )
O hospital dá informação a membros da família de modo que possam apoiar a mãe lactente em casa? Sim ( ) Não ( )
Dispõe de um sistema de acompanhamento de apoio a todas as mães que estão amamentando tais como consultas pós-natal, revisões em ambulatórios de amamentação, visitas domiciliares, telefones, etc.?
Sim ( ) Não ( )
Incentiva e facilita a formação de grupos de apoio à amamentação entre mães, ou entre profissionais de saúde e mães? Sim ( ) Não ( )
Dispõe de serviço de Registro Civil de nascimento? Sim ( ) Não
Há incentivo às mães em proceder registro de seus filhos recém-nascidos? Sim ( ) Não ( )

**NORMAS DE BIOSSEGURANÇA NA ASSISTÊNCIA AO RN:**

Usa-se jaleco/capote, etc.? Sim ( ) Não ( )
Uso de touca? Sim ( ) Não ( )
**Usam-se máscaras? Sim ( ) Não ( )**
**Usam-se luvas? Sim ( ) Não ( )**
**Usa-se descartex/ similares? Sim ( ) Não ( )**
**Há coleta seletiva de lixo? Sim ( ) Não ( )**
**Usa-se material descartável (ex.: cateter de aspiração)? Sim ( ) Não ( )**
Há normas e rotinas afixadas visíveis? Sim ( ) Não ( )
Há extintores dentro do prazo de validade? Sim ( ) Não ( )

**CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO**

(deve existir quando houver centros cirúrgico, obstétrico e/ou ambulatorial, hemodinâmica, emergência de alta complexidade e urgência. A unidade pode estar dentro ou fora do hospital)
Qual o profissional responsável pelo setor? _
**Qual a chefia exclusiva do setor? _**
Há normas e rotinas escritas? Sim ( ) Não ( )
Há treinamento para uso de equipamentos? Sim ( ) Não ( )
Há obras no momento? Sim ( ) Não ( )
Qual o número de leitos total da unidade? _
Qual o número de profissionais no setor?
Há Instalações / Fluxo Separados? Sim ( ) Não ( )
Há área de recepção, desinfecção e separação de materiais? Sim ( ) Não ( ) ( deve possuir 0,08m2 p/ leito c/ área mínima de 8m2)
Possui área de lavagem de materiais? Sim ( ) Não ( ).(medidas idem ao item anterior)
Possui área de recepção de roupa limpa? Sim ( ) Não ( ) ( 4 m2)
Há preparo de roupas e material limpos? Sim ( ) Não ( ) (0,25 m2 p/ leito c/ área mín. de 12 m2)
Realiza esterilização? Sim ( ) Não ( )
Ocorre a guarda de distribuição? Sim ( ) Não ( )
Ocorre o reaproveitamento de material de uso único? Sim ( ) Não ( ).Quais são reutilizados?
( ) Agulhas com componente plástico ( )Escalpes ( ) Bisturis descartáveis ou lâminas
( ) Cateteres p/punção venosa ( ) Equipos sangue/ plasma/ nutrição parenteral ( ) Bolsa de Sangue ( ) Seringas plásticas ( ) Sondas uretrais simples / aspiração / gástrica ( ) Coletores de urina –sistema aberto ou fechado.
Há esterilização? Sim ( ) Não ( ) (distância mín. entre os autoclaves = 1m). de quais materiais?
( ) Autoclave
( ) Estufa
( ) Glutaraldeído
( ) Formaldeído
( ) Óxido de Etileno
( ) Outros
( ) Invólucros
Possui tecido de algodão cru, duplo? Sim ( ) Não ( )
Dispõe de embalagem de papel grau cirúrgico? Sim ( ) Não ( )
Dispõe de embalagem de papel Kraft com pH 5-8? Sim ( ) Não ( )
Dispõe de filme de poliamida entre 50 e 100 Micra? Sim ( ) Não ( )
Realiza monitoramento? Sim ( ) Não ( )
Há períodos de validade estabelecidos? Sim ( ) Não ( )
Possui fitas termossensível? Sim ( ) Não ( )
Realiza teste Biológico? Sim ( ) Não ( )
Há registro de Temperatura? Sim ( ) Não ( )
Dispõe de área p/ armazenagem e distribuição de materiais descartáveis? Sim ( ) Não ( ) (25% da área de armazenagem de material esterilizado)
Possui sala de armazenagem e distribuição de materiais e roupa esterilizada? Sim ( ) Não
( ) (0,2 m2 p/ leito c/ o mínimo de 10m2)
Dispõe de equipamento de Proteção Individual (EPI)? Sim ( ) Não ( )
Dispõe de boas condições para Lavagem das mãos (Pia, Sabão, Papel, Toalha)? Sim ( ) Não ( )
Possui vestiários c/ sanitários para funcionários do setor? Sim ( ) Não ( )
Possui depósito de material de limpeza? Sim ( ) Não ( )
Os produtos usados no setor possuem rótulos com prazo de validade, registro no Ministério da Saúde, etc. (caso a resposta a este item seja negativa procure tirar cópias das notas fiscais de compra)? Sim ( ) Não ( )

**CONTROLE DE PRAGAS**

Apresenta ordem de serviço para os serviços de desinsetização (validade 06 meses) e desratização (validade 03 meses) por firma credenciada na FEEMA? Sim ( ) Não ( )
Todo o estabelecimento possui janelas teladas visando impedir entrada de insetos e roedores? Sim ( ) Não ( )

**LAVANDERIA**
**(pode estar dentro ou fora do hospital)**

Possui dimensões adequadas? Sim ( ) Não ( ) (até 50 leitos = 1,2 m2 p/leito com mínimo de 60 m2. De 51 a 149 leitos = 1,0 m2 p/leito. Acima de 150 leitos= 0,8 m2 p/ leito com mínimo de 150 m2).
Possui sala para recepção, separação e pesagem? Sim ( ) Não ( )
Possui área para lavagem e centrifugação? Sim ( ) Não ( )
Possui área de secagem? Sim ( ) Não ( )
Possui área de passagem (calandra, prensa e ferro )? Sim ( ) Não ( )
Possui área de dobragem? Sim ( ) Não ( )
Possui área para armazenagem? Sim ( ) Não ( )
Possui depósito adequado para guarda de material de limpeza? Sim ( ) Não ( )
Possui vestiário e banheiro exclusivo para funcionários do setor? Sim ( ) Não ( )

**GASES MEDICINAIS**

Possui área para tanques de gases medicinais? Sim ( ) Não ( )
Possui os requisitos mínimos de segurança? Sim ( ) Não ( )
Possui área específica para centrais de gases (cilindros)? Sim ( ) Não ( )

**CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Data/hora da visita:
Documentos coletados: _
Entrevistados: _
Observações: _
Parecer:

Assinatura /Data

**ANEXO III**
**ROTEIRO DE FISCALIZAÇÃO DE MATERNIDADE**
**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**

Nome: _
Endereço _
CEP _ Bairro
Município Telefone _
Estado _
Diretor Clínico do Hospital _CRM _
Processo Inicial Nº E-08 _ / Licença em dia? Sim Não _
Resp. Enfermagem _COREN/PA _
Resp. Nutrição CRN
Resp. Pediatria _ CRM
Resp.Radiologia _ CRM _
Processo Inicial Nº _ / Licença em dia? Sim Não _
Resp. Lab. Pat. Clín. _Insc. Cons. _
Processo Inicial Nº E-08 / Licença em dia? Sim Não _
Resp.Farmácia Hospitalar CRF _
Processo Inicial Nº E-08 / Licença em dia? Sim Não _

**DADOS GERAIS**

Natureza do serviço:
( ) Municipal ( ) Estadual ( ) Universitário ( ) Filantrópico ( ) Privado ( ) Convênio SUS ( ) Outros
Abrangência do serviço:
( ) Regional ( ) Municipal ( ) Intermunicipal ( ) Estadual
Funciona anexo à:
( ) Hospital Geral ( ) Unidade Básica de Saúde ( ) Independente
( ) Hospital Infantil ( ) Pronto Socorro Geral
O prédio está localizado:
( ) Vizinho a fábrica ( ) Junto a rio ( ) Em rua muito movimentada
( ) Junto a aterro sanitário ( ) Em área residencial ( ) Isolado
A Unidade é Classificada como Unidade Assistencial para receber:
( ) Pacientes de Alto Risco ( ) Pacientes de médio Risco
( ) Pacientes de Baixo Risco

**NÚMERO DE:**

| Leitos da Unidade | Números |
|---|---|
| Número de leitos de alta complexidade?(casos que exigem procedimentos mais complexos como: hemoterapia, nutrição parenteral, hemodiálise, etc.) | |
| Número de leitos da UTI de adultos | |
| Número de leitos da UTI Neonatal | |
| Número de leitos do alojamento conjunto | |
| Partos realizados por semana: | |
| Normais | |
| Cirúrgicos | |
| A fórcipe | |
| Curetagens por semana | |
| Por abortamento | |
| Puerperal | |

**DO PRE-NATAL**

| Existe Ambulatório de Pré-Natal? | Sim | Não |
|---|---|---|
| Dispõe de área física mínima adequada? (sala de espera, posto de enfermagem, banheiro, salas de entrevista e de exame (consultório) | Sim | Não |
| Possui os seguintes equipamentos e instrumental mínimos: | | |
| mesa e cadeiras (p/ entrevista) | Sim | Não |
| mesa de exame ginecológico | Sim | Não |
| escada de 2 degraus | Sim | Não |
| foco de luz | Sim | Não |
| balança p/ adultos (peso/altura) | Sim | Não |
| esfigmomanômetro | Sim | Não |
| estetoscópio clínico | Sim | Não |
| Sonar fetal | Sim | Não |
| estetoscópio de Pinard | Sim | Não |
| Pinças de sheron | Sim | Não |
| espéculos | Sim | Não |
| Material para coleta de exame colpocitológico | Sim | Não |
| Mesa acessória para instrumental | Sim | Não |
| Qual o profissional que examina a gestante? | | |
| Médico | Sim | Não |
| Enfermeiro graduado | Sim | Não |
| Técnico/Aux. Enfermagem | Sim | Não |
| Possui apoio laboratorial mínimo ao pré-natal? | Sim | Não |
| | | |
| | | |

***CONTINUA NO CADERNO 4***