

bucal:
Obs.:
11.4. A Unidade Básica de Saúde onde a equipe de saúde bucal realiza atendimento possui:
11.4.1. Consultório odontológico: Sim () Não () Quantidade
11.4.2. Equipamentos e materiais adequados ao elenco de ações programadas, de forma a garantir a resolutividade da Atenção Básica à saúde: Sim () Não ()
11.5. Os profissionais da Equipe residem no município? Sim () Não ()
12. DA ESTRATÉGIA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE
12.1. Há Unidade Básica de Saúde, inscrita no Cadastro Geral de estabelecimentos de saúde do Ministério da Saúde, de referência para os ACS e o enfermeiro supervisor: Sim () Não () Quantidade
12.2. A Unidade Básica de Saúde possui Agentes Comunitários: Sim () Não () Quantidade:
12.3. O município possui Equipes de Agentes Comunitários de Saúde? Sim () Não () Quantidade:
13. SERVIÇOS DE APOIO
13.1. Central de esterilização de materiais: () Próprio () Terceirizado
13.2. Farmácia: () Próprio () Terceirizado
13.3. S.A.M.E. ou S.P.P. (Sala de Prontoúario de Paciente): () Próprio () Terceirizado
13.4. Serviço de manutenção de equipamentos: () Próprio () Terceirizado
13.5. Serviço social: () Próprio () Terceirizado
14. SERVIÇOS ESPECIALIZADOS
14.1. Serviço de atenção à saúde reprodutiva: () Próprio () Terceirizado
14.1.1. (...) SUS () Não SUS
14.2. Serviço de atenção ao paciente com tuberculose: () Próprio () Terceirizado
14.2.1. () SUS () Não SUS
14.3. Serviço de atenção ao pré-natal, parto e nascimento: () Próprio () Terceirizado
14.3.1. () SUS () Não SUS
14.4. Serviço de diagnóstico por laboratório clínico: () Próprio () Terceirizado
14.4.1. () SUS () Não SUS
14.5. Serviço de urgências: () Próprio () Terceirizado
14.5.1. () SUS () Não SUS
15. CONSIDERAÇÕES FINAIS
15.1. Data/hora da visita: _____
15.2. Documentos coletados: _____
15.4. Observações: _____
15.5. Parecer: _____
15.5.1. _____
Promotor de Justiça _____
15.5.2. _____
UBS _____
ANEXO II.2
ROTEIRO PARA DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA
(NOB – SUS/96 e NOAS – SUS 01/02)
HOSPITAL
1. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO (HOSPITAL)
2. Nome:
3. Endereço:
4. Bairro:
5. Município:
6. Estado:
7. CEP:
8. Diretor Clínico do Hospital
8.1. CRM:
9. Diretor Administrativo:
9.1. CPF:
10. Processo inicial no. E-08 ____/____/____
10.1. Licença em dia: Sim () Não () ____
11. Responsável pela Enfermagem:
11.1. COREN:
12. Responsável pela Nutrição:
12.1. CRN:
13. Responsável pela Pediatria:
13.1. CRM:
14. Responsável pela Radiologia:
14.1. CRM:
15. Processo Inicial N. E-08/ ____/____/____
15.1. Licença em dia: Sim () Não () ____
16. Responsável pelo Laboratório de Patologia Clínica:
16.1. () CRM () CRF () CRBM () ____
16.2. inscrição:
17. Processo inicial n. E-08/ ____/____/____
17.1. Licença em dia: Sim () Não () ____
18. Responsável pela Farmácia Hospitalar:
18.1. CRF:
19. Processo Inicial n. E-08/ ____/____/____
19.1. Licença em dia: Sim () Não () ____
20. PORTE DO HOSPITAL (leitos)
20.1. () 200 ou mais () 100 a 200 () 50 a 100 () 20 a 50 leitos () menos de 20 leitos
21. COMPLEXIDADE DO SERVIÇO
21.1. () Atenção Básica () Média () Alta
22. REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA
22.1. Recebe casos de quais municípios: _____
22.2. Existe grade de encaminhamento estabelecida pelo Sistema de Saúde: _____
Sim () Não ()
22.2.1. Citar os nomes dos hospitais de referência e os respectivos encaminhamentos que são feitos:

22.3. Dificuldades de encaminhamento pela grade estabelecida:
22.3.1. SADT (Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapêutica): Sim () Não ()
22.3.2. Remoções: Sim () Não ()
22.3.3. Outras causas: _____
22.4. Verificar a distância entre o hospital e os serviços de referência, bem como os contratos de prestação de serviço:
23. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA:
23.1. Consultórios Medicos: Sim () Não () Quantidade:
23.2. Pronto Atendimento: Sim () Não () Quantidade:
23.3. Sala de atendimento indiferenciado: Sim () Não () Quantidade:
23.4. Sala pequena cirurgia: Sim () Não () Quantidade:
23.5. Sala repouso/observação – Indiferenciado: Sim () Não () Quantidade:
23.6. Sala repouso/observação – Pediátrica: Sim () Não () Quantidade:
24. AMBULATORIAL (instalação):
24.1. Clínicas especializadas: Sim () Não () Quantidade:
24.2. Odontologia: Sim () Não () Quantidade:
24.3. Outros consultórios não médicos: Sim () Não () Quantidade:
24.4. Sala de curativo: Sim () Não () Quantidade:
24.5. Sala de enfermagem (serviços) : Sim () Não () Quantidade:
24.6. Sala de imunização: Sim () Não () Quantidade:
24.7. Sala de nebulização: Sim () Não () Quantidade:
25. DO CARTÃO SUS MUNICIPAL
25.1. O cartão SUS encontra-se implantado: Sim () Não ()
25.1.1. Em caso afirmativo ou negativo, em que fase se encontra:

25.1.2. Em caso afirmativo, de que modo o cadastramento de indivíduos e famílias é realizado:

25.2. O estabelecimento dispõe de “software” especializado para a realização do cadastramento: Sim () Não ()
25.2.1. Em caso negativo, que instrumento é utilizado para o cadastramento:

25.3. O cadastro sofre atualizações periódicas: Sim () Não ()
25.3.1. Em que período:
26. CLÍNICAS ESPECIALIZADAS (Unidade de saúde destinada a prestar assistência médica, em uma só especialidade, com ou sem internação):
26.1. Clínica Médica: Sim () Não () Quantidade:
26.2. Cardiologia: Sim () Não () Quantidade:
26.3. Pediatria: Sim () Não () Quantidade:
26.4. Ginecologia: Sim () Não () Quantidade:
26.5. Neurologia: Sim () Não () Quantidade:
26.6. Nefrologia: Sim () Não () Quantidade:
26.7. Obstretícia: Sim () Não () Quantidade:
26.8. Pneumologia: Sim () Não () Quantidade:
26.9. Urologia: Sim () Não () Quantidade:
26.10. UTI adultos: Sim () Não () Quantidade:
26.11. UTI pediátrico: Sim () Não () Quantidade:
26.12. UTI neonatal: Sim () Não () Quantidade:
26.13. Berçário: Sim () Não () Quantidade:
26.14. Ortopedia: Sim () Não () Quantidade:
26.15. Psiquiatria: Sim () Não () Quantidade:
26.16. Odontologia: Sim () Não () Quantidade:
27. AMBULATÓRIO:
27.1. Número de consultórios por especialidade:
27.1.1. Clínica Médica: _____
27.1.2. Pediatria: _____
27.1.3. Ginecologia e obstetrícia: _____
27.1.4. Ortopedia: _____
27.1.5. Gastroenterologia: _____
27.1.6. Neurologia: _____
27.1.7. Oftalmologia: _____
27.1.8. Geriatria: _____
27.1.9. Psiquiatria: _____
27.1.10. Nefrologia: _____
27.1.11. Endocrinologia: _____
27.1.12. Cardiologia: _____
27.1.13. Pneumologia: _____
27.1.14. Otorrinolaringologia: _____
27.1.15. Dermatologia: _____
27.2. Tais consultórios são suficientes: Sim () Não ()
27.3. Dispõe de sala de espera adequada: Sim () Não () Quantidade
27.4. Dispõe de posto de enfermagem adequado: Sim () Não () Quantidade
27.5. Possui banheiro adequado: Sim () Não () Quantidade
27.6. Possui sala de curativos adequada: Sim () Não () Quantidade
27.7. Possui sala de reidratação oral e venosa adequada: Sim () Não () Quantidade
27.8. Dispõe de sala de nebulização adequada: Sim () Não () Quantidade
27.9. Dispõe de sala de aplicação de medicamento e vacinação adequada: Sim () Não () Quantidade
27.10. Possui os seguintes equipamentos e instrumental mínimos abaixo relacionados:
27.10.1. Mesa (p/ consulta): Sim () Não () Quantidade
27.10.1.1. As condições de uso são boas: Sim () Não ()

27.10.1.2. Onde se encontram:
27.10.2. Cadeira (p/ consulta): Sim () Não () Quantidade

27.10.2.1. As condições de uso são boas: Sim () Não ()
27.10.2.2. Onde se encontram:
27.10.3. Mesa de exame: Sim () Não () Quantidade
27.10.3.1.1. As condições de uso são boas: Sim () Não ()
27.10.3.1.2. Onde se encontram:
27.10.4. Escada de 2 degraus: Sim () Não () Quantidade
27.10.4.1. As condições de uso são boas: Sim () Não ()
27.10.4.2. Onde se encontram:
27.10.5. Foco de luz: Sim () Não () Quantidade
27.10.5.1. As condições de uso são boas: Sim () Não ()
27.10.5.2. Onde se encontra(m): _____
27.10.6. Balança Antropométrica (peso/altura). Sim () Não () Quantidade
27.10.6.1. As condições de uso são boas: Sim () Não ()
27.10.6.2. Onde se encontram:
27.10.7. Esfigmomanômetro aneróide, com manguito. Sim () Não () Quantidade
27.10.7.1. As condições de uso são boas: Sim () Não ()
27.10.7.2. Onde se encontra(m): _____
27.10.8. Estetoscópio clínico: Sim () Não () Quantidade
27.10.8.1. As condições de uso são boas: Sim () Não ()
27.10.8.2. Onde se encontra(m): _____
27.10.9. Balde cilíndrico ou porta detritos com pedal: Sim () Não () Quantidade
27.10.9.1. As condições de uso são boas: Sim () Não ()
27.10.9.2. Onde se encontra(m): _____
27.10.10. Negatoscópio: Sim () Não () Quantidade
27.10.10.1. As condições de uso são boas: Sim () Não ()
27.10.10.2. Onde se encontra(m): _____
27.10.11. Fita métrica não elástica: Sim () Não () Quantidade
27.10.11.1. As condições de uso são boas: Sim () Não ()
27.10.11.2. Onde se encontra(m): _____
27.10.12. Armário: Sim () Não () Quantidade
27.10.12.1. As condições de uso são boas: Sim () Não ()
27.10.12.2. Onde se encontra(m): _____
27.10.13. Suporte de hamper: Sim () Não () Quantidade
27.10.13.1. As condições de uso são boas: Sim () Não ()
27.10.13.2. Onde se encontra(m): _____
27.10.14. Mesa acessório p/ instrumental: Sim () Não () Quantidade
27.10.14.1. As condições de uso são boas: Sim () Não ()
27.10.14.2. Onde se encontra(m): _____
27.10.15. Otoscópio: Sim () Não () Quantidade
27.10.15.1. As condições de uso são boas: Sim () Não ()
27.10.15.2. Onde se encontra(m): _____
28. Os consultórios especializados de pediatria, ginecologia e obstetrícia, clínica médica, clínica cirúrgica estão devidamente equipados: Sim () Não ()
29. Possui apoio laboratorial mínimo de radiologia: Sim () Não ()
29.1. Funciona 24hs: Sim () Não ()
29.2. Possui apoio de patologia clínica: Sim () Não ()
29.2.1. Funciona 24hs: Sim () Não ()
30. EMERGÊNCIA/URGÊNCIA
30.1. Possui as seguintes instalações mínimas adequadas:
30.1.1. Mesa para exame: Sim () Não () Quantidade
30.1.2. Suporte de soro: Sim () Não () Quantidade
30.1.3. Mesa para instrumental: Sim () Não () Quantidade
30.1.4. Instrumental para pequenas cirurgias: Sim () Não () Quantidade
30.1.5. Escada de 2 degraus: Sim () Não () Quantidade
30.1.6. Equipamento para reanimação cardiorespiratória: Sim () Não () Quantidade
30.1.7. Monitor cardíaco: Sim () Não () Quantidade
30.1.8. Oxímetro: Sim () Não () Quantidade
30.1.9. Válvulas de oxigênio, ar comprimido e vácuo: Sim () Não () Quantidade
30.1.10. Máscara ou cateter de oxigênio: Sim () Não () Quantidade
30.1.11. Esfigmomanômetro: Sim () Não () Quantidade
30.1.12. Estetoscópio: Sim () Não () Quantidade
30.1.13. Material para entubação orotraqueal ou nasotraqueal: Sim () Não () Quantidade
30.1.14. Medicamentos básicos para reanimação do paciente: Sim () Não () Quantidade
30.1.15. Ambú: Sim () Não () Quantidade
30.1.16. Máscara, luvas e óculos de proteção: Sim () Não () Quantidade
30.2. Dispõe de:
30.2.1. Sala de triagem médica e/ou enfermagem : Sim () Não () Quantidade
30.2.2. Sala de serviço social: Sim () Não () Quantidade
30.2.3. Sala de higienização: Sim () Não () Quantidade
30.2.4. Sala de suturas e curativos: Sim () Não () Quantidade
30.2.5. Sala de reidratação: Sim () Não () Quantidade
30.2.6. Sala de nebulização: Sim () Não () Quantidade
30.2.7. Sala de aplicação de medicamentos, de gesso e redução de fraturas: Sim () Não () Quantidade
30.2.8. Sala para exame indiferenciado (sala de exame comum sem equipamentos específicos): Sim () Não () Quantidade
30.2.9. Sala para exame diferenciado (oftalmologia, torrinolaringologia, odontologia, etc): Sim () Não () Quantidade