

Estetoscópio: Sim () Não ()
Glicosímetro: Sim () Não ()
Fita: Sim () Não ()
Lanceta: Sim () Não ()
Termômetro Clínico: Sim () Não ()
Termômetro digital: Sim () Não ()
Oxímetro: Sim () Não ()

ESTRUTURA FÍSICA E MATERIAL EM GERAL
A US possui identificação externa? Sim () Não ()
Em boas condições? Sim () Não ()
A edificação atende às necessidades de acessibilidade? Sim () Não ()
Há recepção para pacientes e acompanhantes? Sim () Não ()
Há sala de espera para pacientes e acompanhantes? Sim () Não ()
Possui sistema de climatização ambiental? Sim () Não ()
Há sanitário para usuários? Sim () Não ()
Sanitários com acessibilidade? Sim () Não ()
Há sanitários para servidores: Sim () Não ()
Há copa/cozinha alternativa? Sim () Não ()
Há sala para atividades coletivas dos profissionais? Sim () Não ()
Possui local apropriado para descarte de material contaminado?
Sim () Não ()
Condições de Higiene () Ótima () Boa () Regular () Insatisfatória () Precária
Condições de Ventilação () Ótima () Boa () Regular () Insatisfatória () Precária
Condições de Iluminação () Ótima () Boa () Regular () Insatisfatória () Precária
Condições de Conservação () Ótima () Boa () Regular () Insatisfatória () Precária

EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL:
Capote: Sim () Não ()
Luvas: Sim () Não ()
Máscaras: Sim () Não ()

ABASTECIMENTO DE ÁGUA:
Qual a rede de fornecimento? () Rede pública () Poço artesiano
Possui caixa d’ água ou cisterna? Sim () Não ()

•LIMPEZA, ZELADORIA E CONTROLE DE PRAGAS
A limpeza é terceirizada? Sim () Não () Qual Empresa? _____
Possui licença de funcionamento vigente expedida pela Vigilância Sanitária? Sim () Não ()
Durante a inspeção, foi observada a presença de vetor(es)? Sim () Não ()
) Se sim, qual(is)? _____

ESGOTO / FOSSA
Há rede pública canalizada de esgoto? Sim () Não ()
Há fossa séptica? Sim () Não ()
Os efluentes vão diretamente para a rede pública? Sim () Não ()

SISTEMA DE COMBATE A INCÊNDIOS
Há sistema de combate a incêndio? Sim () Não () _____
Possui certificação vigente do Corpo de Bombeiros? Sim () Não (). Em caso positivo, solicitar cópia.
Os extintores estão dentro do prazo de validade? Sim () Não ()

CONSIDERAÇÕES FINAIS
Data/hora da visita: _____
Entrevistados: _____
Responsável pela entrevista: _____
Assinatura /Carimbo

ANEXO III ROTEIRO DE FISCALIZAÇÃO DE UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA
(UPA: estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde (UBS)/Saúde da Família e a Rede Hospitalar, associada a uma rede organizada de atenção às urgências)

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO
Nome: _____
Endereço: _____
Bairro: _____ Município: _____ Conta-to: _____
Diretor/Responsável: _____
Categoria funcional do responsável: _____

DADOS GERAIS:
Coordenação da UPA: Municipal () Organização Social ()
Qual o porte da UPA[1]: _____

REFERÊNCIA:
Existe fluxo de transferência por meio de Sistemas de Regulação: Sim () Não ()
Regulado pelo Sistema de Regulação - SISREG? Sim () Não ()
Regulado pelo Sistema Estadual de Regulação SER? Sim () Não ()
Quais os hospitais de referência? _____

ORGANIZAÇÃO/FLUXO DE ATENDIMENTO:
A Unidade dispõe de contato de ambulância(s) para transferência de pacientes? Sim () Não ()

Recepção para pacientes e acompanhantes: Sim () Não ()
Chamada de usuários por meio de monitor: Sim () Não ()
Possui classificação de risco? Sim () Não ()
Consultório médico: 1 () 2 () 3 ou + ()
Consultório Odontológico: Sim () Não ()
Posto de Enfermagem: Sim () Não ()
Sala de Procedimentos: Sim () Não ()
Sala de observação de curta permanência: Sim () Não ()
Disponibilidade de poltronas: Sim () Não ()
Sala de observação adulto: Sim () Não ()
Sala de Observação Pediátrica: Sim () Não ()
Enfermarias:
Adulto: Sim () Não ()
Feminina: Sim () Não ()
Masculina: Sim () Não ()
Indiferenciada: Sim () Não ()
Pediátrica: Sim () Não ()
Há acomodação para os acompanhantes previstos em lei? Sim () Não ()
(menores de 18 anos e maiores de 60 anos)
Para quem é feita a comunicação de óbitos de causas desconhecidas? _____

SALA DE ESTABILIZAÇÃO:
•Há janelas dispõe de proteção? Sim () Não ()
•Possui ar refrigerado? Sim () Não ()
•Possui meio de transporte (maca, cadeira de rodas)? Sim () Não ()
O posto de enfermagem é organizado[2] e com pia? Sim () Não () Quantos _____
Há disponível caixa coletora para material perfurocortante? Sim () Não ()
Possui armários fechados para materiais e medicamentos? Sim () Não ()
Possui carrinho de curativo em condições de uso, limpo e sem avarias? Sim () Não ()
Dispõe de equipamentos:
Bombas de Infusão: Sim () Não ()
Carrinho de parada Sim () Não ()
Carrinho de curativos: Sim () Não ()
Desfibrilador: Sim () Não ()
Estetoscópio: Sim () Não ()
eletrocardiógrafo: Sim () Não ()
Leitos com grades de proteção: Sim () Não
Monitor multiparamétrico Sim () Não ()
Respirador: Sim () Não ()
Rede de gás medicinal canalizada: Sim () Não () -

RECURSOS HUMANOS:
Quantitativo:
Assistente Social ()
Enfermeiro ()
Farmacêutico ()
Gesseiro ()
Maquero ()
Odontólogo ()
Tec. de Enfermagem ()
Tec. de Radiologia ()
Tec. em Saúde Bucal ()
Clínico Geral ()
Intensivista ()
Pediatra ()
Traumato/Ortopedista ()

ESTRUTURA FÍSICA:
EDIFICAÇÃO E SERVIÇOS
A edificação atende às necessidades de acessibilidade? Sim () Não ()
Há dois acessos para o atendimento? Sim () Não ()
A edificação permite fácil remoção dos pacientes em caso de incêndio ou enchentes? Sim () Não ()
Possui usina/abrigo para cilindros de gases medicinais? Sim () Não ()
Possui Raio-X? Sim () Não ()
Digital: Sim () Não ()
Possui eletrocardiografia? Sim () Não ()
Possui laboratório de exames? Sim () Não ()
Próprio: () Terceirizado: ()

•LIMPEZA E ZELADORIA
Alimpezaé dopróprioquadroouterceirizada? _____

EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL:
Capote: Sim () Não ()
Luvas: Sim () Não ()
Máscaras: Sim () Não ()

CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO [3]
Qual o profissional responsável pelo setor? _____
Há área de recepção, desinfecção e separação de materiais[4]? Sim () Não ()
Existe fluxo para entrada de material contaminado? Sim () Não ()
Existe fluxo de saída de material esterilizado? Sim () Não ()
Os materiais esterilizados possuem etiquetas de identificação, contendo