

CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO[2]

Qual o profissional responsável pelo setor? _____
 Possui fluxo de entrada de material contaminado e saída de material esterilizado independentes? Sim () Não ()
 Há área de recepção, desinfecção e separação de materiais?
 Sim () Não ()
 Realiza esterilização? Sim () Não ()
 Tipos de equipamentos: Autoclave () Estufa ()
 Possui vestiários c/ sanitários para funcionários do setor? Sim () Não ()

SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO:

Possui laboratório de análises clínicas próprio ou terceirizado? Sim () Não ()
 Possui serviço de radiologia próprio ou terceirizado? Sim () Não ()
 Possui ultrassom: Sim () Não ()
 Os técnicos em radiologia fazem uso de dosímetro: Sim () Não ()
 Do lado externo da porta da sala de Raios-X, há o aviso de advertência e sinalização luminosa? Sim () Não ()

EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL:

Capote: Sim () Não ()
 Luvas: Sim () Não ()
 Máscaras: Sim () Não ()

LIMPEZA E ZELADORIA

A limpeza é do próprio quadro ou terceirizada? _____
 •Quais as condições de higiene e limpeza da unidade hospitalar? _____

RESÍDUOS HOSPITALARES (LIXO)

O transporte do lixo hospitalar é próprio ou terceirizado? _____
 Existe separação do lixo hospitalar por categoria? Sim () Não ()
 O lixo hospitalar é retirado separado do lixo comum? Sim () Não ()

ABRIGO DE RESÍDUOS SÓLIDOS (LIXO HOSPITALAR)

(Deve se localizar na área externa do hospital)
 Há isolamento do lixo hospitalar, em ambiente com paredes impermeabilizadas para facilitar a limpeza? Sim () Não ()
 O setor está em boas condições de higiene? 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 ()

ABASTECIMENTO DE ÁGUA:

Qual a rede de fornecimento? () Rede pública () Poço artesiano
 Possui caixa d'água ou cisterna? Sim () Não ()

ESGOTAMENTO SANITÁRIO :

Os efluentes vão diretamente para a rede pública? Sim () Não ()
 SISTEMA DE SEGURANÇA PREDIAL:
 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 ()

Há saídas de emergência sinalizadas? Sim () Não ()

LAVANDERIA

O serviço de lavanderia é próprio ou terceirizado? _____
 Se próprio, possui fluxo de entrada e saída independentes da rouparia contaminada e da limpa? Sim () Não ()

GASES MEDICINAIS

Possui área para tanques de gases medicinais? Sim () Não ()
 Possui área específica para centrais de gases (cilindros)? Sim () Não ()

CONDIÇÕES FÍSICAS E HIGIÊNICAS

Condições de higiene do local () Ótima () Boa () Regular () Insatisfatória () Precária
 Condições de Ventilação () Ótima () Boa () Regular () Insatisfatória () Precária
 Condições de iluminação () Ótima () Boa () Regular () Insatisfatória () Precária

●RECURSOS HUMANOS:

Quantitativo:

Assistente Social ()
 Enfermeiro ()
 Farmacêutico ()
 Gesseiro ()
 Maqueiro ()
 Odontólogo ()
 Tec. de Enfermagem ()
 Tec. de Radiologia ()
 Tec. em Saúde Bucal ()
 Anestesiologista ()
 Cardiologista ()
 Clínico ()
 Cirurgião ()
 Dermatologista ()
 Endocrinologista ()
 Ginecologista ()
 Infectologista ()
 Ortopedista ()

Obstetra ()
 Otorrinolaringologista ()
 Pediatra ()
 Nefrologista ()
 Neurologista ()
 Radiologista ()
 Traumatologista ()
 Urologista ()
 Vascular ()

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Data/hora da visita: _____
 Entrevistados: _____
 Responsável pela entrevista: _____
 Assinatura /Carimbo
 [1] 1 posto para cada 30 leitos
 [2] 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.

ANEXO V

ROTEIRO DE FISCALIZAÇÃO DE MATERNIDADE

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO:

Nome: _____
 Endereço: _____
 Bairro: _____ Município: _____
 Contato: _____
 Diretor/Responsável: _____
 Categoria funcional do responsável: _____
 Diretor Clínico do Hospital _____ CRM _____
 NATUREZA DO SERVIÇO
 () Municipal () Estadual
 () Privado () Convênio SUS
 ABRANGÊNCIA DO SERVIÇO
 Número de leitos? _____
 Número de leitos de UTI? _____ Adulto: _____
 Infantil: _____

Possui Unidade de Cuidados Intermediários - UCIN? Sim () Não ()

REFERÊNCIA:

É maternidade de referência para atendimentos? Sim () Não ()
 Recebe demanda espontânea? Sim () Não ()
 Recebe casos encaminhados de outros municípios? Sim () Não ()
 Existe fluxo de transferência estabelecida por Sistema de Regulação? Sim () Não ()
 Regulado pelo SISREG? Sim () Não ()
 Regulado pelo SER? Sim () Não ()
 Possui Núcleo Interno de Regulação - NIR? Sim () Não ()
 24 horas? Sim () Não ()
 (NIR - cadastra os leitos para consultas especializadas e/ou transferência para hospitais de maior complexidade)
 Há computadores com acesso à internet? Sim () Não ()
 Dispõe de atendimento ambulatorial? Sim () Não (). Se sim em quais especialidades? _____

DA ORGANIZAÇÃO

A Unidade dispõe de ambulância(s) ou contatos para transporte de pacientes? Sim () Não ()
 Dispõe de Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH? Sim () Não ()
 É feita a comunicação de óbitos de causas desconhecidas? Sim () Não ()
 Para quem? _____
 UNIDADE DE PACIENTES HOSPITALIZADOS
 Nº total de enfermarias: _____
 Leitos cirúrgicos: _____
 Leitos clínicos: _____
 Possui leitos de isolamento? Sim () Não (). Quantos? _____

As enfermarias possuem banheiros privativos? Sim () Não ()

Com acessibilidade? Sim () Não ()

As enfermarias possuem acomodação para acompanhantes previstos em lei? Sim () Não ()

As janelas possuem proteção (tela)? Sim () Não ()

Possui sistema de climatização ambiental? Sim () Não ()

Iluminação satisfatória? Sim () Não ()

Possui meio de transporte para pacientes internados (maca, cadeira de rodas)? Sim () Não ()

O serviço de alimentação dos pacientes é próprio ou terceirizado? _____

Disponibilidade de alimentação para acompanhantes previstos em lei? Sim () Não ()

Durante a inspeção, foi observada a presença de vetor(es)? Sim () Não (). Se sim, qual(is)? _____

Possui posto de enfermagem organizado[1], com pia e visibilidade para área de circulação? Sim () Não

Possui armários fechados para materiais e medicamentos? Sim () Não ()