minimamente: nome do responsável, data e conteúdo: Sim ( ) Não ( )
 Esterilização realizada por: Autoclave ( ) Estufa ( )
 Os materiais esterificados possuem local próprio para armazenamento?
 Sim ( ) Não ( )

Possui vestiários c/ sanitários para funcionários do setor? Sim ( ) Não ( )
RESÍDUOS COMUNS:

ABRIGO DE RESÍDUOS SÓLIDOS (LIXO HOSPITALAR):

(Tem que estar na área externa do hospital)

Há isolamento do lixo hospitalar, em ambiente com paredes impermeabilizadas para facilitar a limpeza? Sim ( ) Não ( )

O local 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 local? Sim ( ) Não ( )

ABASTECIMENTO DE ÁGUA:

Qual a rede de fornecimento? ( ) Rede pública ( ) Poço artesiano

Possui caixa d'água ou cisterna? Sim ( ) Não ( )

ESGOTAMENTO SANITÁRIO:

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 ( )

Os extintores estão dentro do prazo de validade? Sim ( ) Não ( )

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

GASES MEDICINAIS

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

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

Possui identificação de cores padrão na canalização das gases medicinais?
 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 ( )

Possui segurança patrimonial? Sim ( ) Não ( )

Possui segurança para o público? Sim ( ) Não ( )

Durante a inspeção, foi observada a presença de vetor(es)?
 Sim ( ) Não ( ) Qual(is)? _____

ACESSO À CONECTIVIDADE

Há computadores com acesso à internet? Sim ( ) Não ( )

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Data/hora da visita: _____

Entrevistados: _____

Responsável pela entrevista: _____

Assinatura /Carimbo

[1] Porte 1 tem o mínimo de 7 leitos de observação, capacidade de atendimento médio de 150 pacientes por dia – população da área de abrangência de 50.000 a 100.000 hab.

Porte 2 tem o mínimo de 11 leitos de observação, capacidade de atendimento médio de 250 pacientes por dia – população da área de abrangência de 100.000 a 200.000 hab.

Porte 3 tem o mínimo de 15 leitos de observação, capacidade de atendimento médio de 350 pacientes por dia – população da área de abrangência de 200.000 a 300.000 hab.

[2] 1 posto para cada 30 leitos

[3] 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.

[4] Deve possuir 0,08m² p/ leito c/ área mínima de 8m².

ANEXO IV

ROTEIRO DE FISCALIZAÇÃO DE HOSPITAL GERAL

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO:

Nome: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Município: _____

Contato: _____

Diretor/Responsável: _____

Categoria funcional do responsável: _____

Diretor Clínico do Hospital _____ CRM _____

Tipologia: Hospital Geral ( ) Hospital Especializado ( )

Hospital Regional ( )

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:

O Hospital é referência para atendimentos especializados? Se sim, quais especialidades: _____

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? _____

POSSUI ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA/URGÊNCIA?

Possui atendimento por demanda espontânea? Sim ( ) Não ( )

Possui sala de triagem? Sim ( ) Não ( )

Realiza classificação de risco? Sim ( ) Não ( )

Possui sala vermelha/estabilização? Sim ( ) Não ( )

DA ESTRUTURA FÍSICA EM GERAL EDIFICAÇÃO

A edificação atende às necessidades de acessibilidade? Sim ( ) Não ( )

A edificação permite fácil remoção dos pacientes em caso de incêndio ou enchentes?

Sim ( ) Não ( ). De que forma? _____

Se edificação com mais de um pavimento, dispõe de elevadores em boas condições de uso? Sim ( ) Não ( )

Possui usina/abrigo para cilindros de gases medicinais? _____

UNIDADE DE PACIENTES HOSPITALIZADOS

Nº total de enfermarias: _____ Leitos femininos: _____

Leitos masculinos: _____ Leitos pediátricos: _____

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 ( )

Há disponibilidade de roupa hospitalar? Sim ( ) Não ( )

ALOJAMENTO CONJUNTO (quando houver centro de obstetrícia)

É garantido o direito ao acompanhante? Sim ( ) Não ( )

O bebê permanece o tempo todo com a mãe no alojamento? Sim ( ) Não ( ) Quantidade de berços compatíveis com o número de leitos?

Sim ( ) Não ( )

Há distanciamento mínimo de 0,6m entre os berços (RDC 50/2002)? Sim ( ) Não ( )

BLOCO CIRÚRGICO:

Quantas salas de cirurgias? _____

Tem anestesistas? Sim ( ) Não ( )

Próprios? Sim ( ) Não ( )

Contratados: Sim ( ) Não ( )

Possui sala de parto normal? Sim ( ) Não ( )

Possui sala de parto cirúrgico/curetagem? Sim ( ) Não ( )

O parto é realizado por: ( ) Médico ( ) Enfermeira obstétrica ( ) Outros profissionais. Quais? _____

Equipamentos:

Carro de anestesia? Sim ( ) Não ( )

Fornecimento de Oxigênio: Canalizado ( ) Rede ( )

Mesa cirúrgica: Foco ( ) Aspirador ( ) Instrumentais ( )

Possui sala de Recuperação Pós Anestésica (RPA)? Sim ( ) Não ( )