

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: _____
 Contato: _____
 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 ()

Eletrcardiógrafo: 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 ()

Maqueiro ()

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

A limpeza é do próprio quadro ou terceirizada? _____

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

minimamente: nome do responsável, data e conteúdo: Sim () Não ()

Esterilização realizada por: Autoclave () Estufa ()

Os materiais esterilizados 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 ()