

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 obstetria)
 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 ()
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 ()