

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 ()

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:

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 ultrassom: Sim () Não ()

EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL:

Capote: Sim () Não ()

Luvas: Sim () Não ()

Máscaras: Sim () Não ()

Há utilização correta dos EPI's? 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? Sim () Não ()

CONDIÇÕES FÍSICAS E HIGIÊNICAS

Condições de higiene do local: () Ótima () Boa () Regular () Insatisfatória