****

**Modelo de Relatório de Vistoria Técnica (**Histeroscopia, Colposcopia – 1 a 10)

**À FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE NITERÓI/RJ**

**COMISSÃO EXAMINADORA**

**Ref.: Credenciamento nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

***I* Identificação**

**Razão Social:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nome Fantasia:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Endereço:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**CEP:**  **Bairro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**CNPJ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CNES:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**TEL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FAX:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**EMAIL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Responsável Técnico**:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Título de Especialista: SIM ( ) Não ( )**

**Responsável Técnico Substituto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Licença de Funcionamento nº:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Laudodeinspeção sanitária: SIM ( ) Não ( )**

***II Dados Gerais***

**NATUREZA DO SERVIÇO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ( ) Público | ( ) Filantrópico | ( ) Privado |

**ABRANGÊNCIA DO SERVIÇO**

( ) Regional ( ) Municipal ( ) Intermunicipal ( ) Estadual

### O PRÉDIO ESTÁ LOCALIZADO

( ) Vizinho à fábrica ( ) Junto a rio ( ) Em rua movimentada

( ) Junto a aterro sanitário ( ) Em área residencial ( ) Isolado

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Sim** | **Não** |
| **Recredenciamento** |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Sim** | **Não** |
| **Credenciamento Novo** |  |  |

***III Recursos Humanos da Unidade***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***PROFISSIONAIS*** |  |  | **Quant.** |
| Médico especialista | **S** | **N** |  |
| Biomédico | **S** | **N** |  |
| Biólogo | **S** | **N** |  |
| Farmacêutico | **S** | **N** |  |
| Tec. em patologia | **S** | **N** |  |
| Enfermeiro | **S** | **N** |  |
| Téc. Enfermagem | **S** | **N** |  |
| Clínico | **S** | **N** |  |
| Assistente Social | **S** | **N** |  |
| Pessoal administrativo | **S** | **N** |  |
| Outros ( especificar) | **S** | **N** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Itens verificados** |  |  |
|  | **Sim** | **Não** |
| Possui registros de formação e qualificação de seus profissionais compatíveis com as funções desempenhadas? |  |  |
| Possui programa de treinamento e educação permanente dos profissionais, com registro? |  |  |
| Possui programa de vacinação de seus funcionários conforme legislação vigente, com seus respectivos registros? (hepatite B e tétano) |  |  |
| Possui comprovante de imunização de hepatite B? |  |  |
| Possui programa de controle médico e saúde ocupacional, com registros dos exames admissionais, periódicos e demissionais? |  |  |
| Há notificação de acidentes (CAT) ao Ministério do Trabalho? |  |  |
| Possui registro diário dos procedimentos realizados, contendo data e horário do exame, nome do paciente, data de nascimento, sexo, procedimento realizado, nome do profissional e identificação do equipamento? |  |  |
| Possui registro de intercorrências e eventos adversos contendo data e horário do exame, nome do paciente, data de nascimento, sexo, procedimento realizado, nome do profissional e identificação do equipamento e tipo de intercorrência ou evento adverso, além das medidas de suporte prestadas ao paciente? |  |  |
| Possui registro de controle das substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial (entorpecentes e psicotrópicos) utilizados durante o procedimento endoscópico? |  |  |
| Os registros são arquivados de forma a permitir a sua rastreabilidade? |  |  |
| Possui documentação relativa às características técnicas, especificações de desempenho, instruções de operação e manutenção dos equipamentos e seus acessórios? |  |  |
| Presta esclarecimentos a seus pacientes sobre os procedimentos propostos, expondo objetivos, evolução esperada, riscos e complicações mais frequentes, de forma verbal e escrita? |  |  |
| O paciente submetido à endoscopia sob qualquer tipo de sedação ou anestesia não tópica, só é liberado na presença de um acompanhante adulto? |  |  |
| Para os procedimentos que envolvam sedação profunda ou anestesia, o serviço possui um profissional legalmente habilitado para a realização do procedimento endoscópico e um profissional legalmente habilitado para promover a sedação profunda ou anestesia e monitorar o paciente durante todo o procedimento? |  |  |

## IV Ambulatório

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Consultórios especializados acrescentar área para equipamentos. |  |  |
|  | **Sim** | **Não** |
| Dispõe de área física mínima adequada ?  (sala de espera, posto de enfermagem, banheiro, salas de  entrevista e de exame (consultórios), de curativos, de reidratação  oral e venosa, de nebulização, de aplicação de medicamentos. |  |  |
| Sala de recepção de pacientes |  |  |
| Sala para recuperação |  |  |
| Sala de consulta / procedimento |  |  |
| Possui os seguintes equipamentos e instrumental mínimos  abaixo relacionados ? |  |  |
| Aparelho de HGT |  |  |
| Aparelho de histeroscopia |  |  |
| Aparelho de monitoração cardíaco mapa |  |  |
| [Aparelho de pressão](https://www.hospitalardistribuidora.com.br/aparelhos/aparelho-de-pressao-infantil-fecho-velcro-cinza-missouri-mikatos.html) com estetoscópio |  |  |
| Aparelho de ultrassom |  |  |
| Aparelho de ultrassom color doppler |  |  |
| Aparelho de [video colonoscopi](https://www.google.com/search?sa=X&biw=1366&bih=657&sxsrf=ACYBGNTJjJ29umrEJTxurHH71fptIR-ODg:1578420124678&q=videocolonosc%C3%B3pio&tbm=isch&source=univ&ved=2ahUKEwj20dmWifLmAhVRCrkGHTXBDv0Q7Al6BAgJECQ)a |  |  |
| Autoclave |  |  |
| Balança para adultos (peso/altura) |  |  |
| Balança para crianças de até 10 anos (peso/altura) |  |  |
| Cadeira de exame |  |  |
| Cadeira de rodas |  |  |
| Carro de PCR (equipado) |  |  |
| Colposcópio |  |  |
| Eletrocautério |  |  |
| Escada de 2 degraus |  |  |
| Foco luminoso |  |  |
| Geladeira |  |  |
| Laser (opcional) |  |  |
| Local com chave para a guarda de medicamentos sujeitos aControle especial |  |  |
| Lupa |  |  |
| Maca |  |  |
| Material para anestesia local |  |  |
| Material para assepsia / esterilização dentro das normas sanitárias |  |  |
| Material para curativos / retirada de pontos |  |  |
| Material para pequenas cirurgias |  |  |
| Material para procedimentos estéticos e invasivos |  |  |
| Mesa acessório p/ instrumental |  |  |
| Mesa de exame |  |  |
| Mesa e cadeiras (p/ entrevista) |  |  |
| Nebulizador ou atomizador para aplicação de agente beta 2agonista |  |  |
| Negatoscópio |  |  |
| Otoscópio |  |  |
| Oxigênio a 100% (cem por cento) |  |  |
| Oxímetro de pulso com alarme |  |  |
| Punch |  |  |
| Recipiente com pedal |  |  |
| Recipiente rígido para o descarte de material perfurocortante |  |  |
| Suporte para fluido endovenoso |  |  |
| Termômetro |  |  |
| Outros (especificar) |  |  |
| Os consultórios especializados (básicos) estão devidamente equipados ? |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Itens verificados** |  |  |
|  | **Sim** | **Não** |
| Possui equipamentos e instrumentos de acordo com a complexidade do serviço e necessários ao atendimento de sua demanda? |  |  |
| Mantém instruções escritas referentes aos equipamentos ou instrumentos, que podem ser substituídas os complementadas por manuais dos fabricantes em língua portuguesa? |  |  |
| Realiza e mantém registros das manutenções preventivas e corretivas dos equipamentos? |  |  |
| Verifica ou calibra os instrumentos em intervalos regulares, conforme o uso e mantém registros dos mesmos? |  |  |
| Verifica a calibração dos equipamentos de medição e mantém os registros? |  |  |
| Os equipamentos e instrumentos utilizados, tanto nacionais quanto importados, estão regularizados junto a ANVISA/MS? |  |  |
| Há controle de temperatura, com os devidos registros, para os equipamentos que necessitam deste controle (geladeira; freezer; banho-maria; estufa)? |  |  |

***V*  Informações indispensáves e Mínimas do Prontuário**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Itens verificados** |  |  |
|  | **Sim** | **Não** |
| Identificação do paciente |  |  |
| Histórico do paciente |  |  |

***VI* Limpeza e Zeladoria**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Itens verificados** |  |  |
|  | **Sim** | **Não** |
| Existe um programa de sanitização na Instituição? |  |  |
| Existem registros de sua execução? |  |  |
| Existem normas de instrução escrita para limpeza e manuseio do lixo produzido no setor? |  |  |
| Serviço de limpeza terceirizado? |  |  |
| Existe treinamento dos funcionários da limpeza e da coleta do lixo? |  |  |
| Com que frequência é feito o treinamento? /ano | | |
| Há rotatividade deste pessoal da limpeza e coleta de lixo? |  |  |
| Qual a frequência? Homem/ano |  |  |

## VII Equipamentos de Proteção Individual

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Itens verificados** |  |  |
|  | **Sim** | **Não** |
| Existem procedimentos escritos sobre utilização correta de E.P.I? |  |  |
| Os EPI’s disponíveis para os funcionários da zeladoria são: | | |
| Uniforme próprio e/ou avental longo |  |  |
| Luvas |  |  |
| Máscara |  |  |
| Calçado fechado com solado antiderrapante |  |  |
| Óculos de proteção |  |  |
| Outros ?  Quais? |  |  |
| Utilização correta dos EPI durante a inspeção ? |  |  |

***VIII* Infraestrutura**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Itens verificados** |  |  |
|  | **Sim** | **Não** |
| A edificação existente está em conformidade com o projeto aprovado pela VISA? |  |  |
| Os pisos, tetos e paredes dos ambientes são dotados de acabamento com materiais lisos, impermeáveis, laváveis e resistentes? |  |  |
| Estão em bom estado de conservação? |  |  |
| A iluminação é adequada? |  |  |
| Os ambientes possuem climatização e/ou ventilação artificial ou natural (janelas com aberturas teladas)? |  |  |
| Possui controle de temperatura, com registros, em ambientes que necessitam deste monitoramento? |  |  |
| A rede elétrica está em boas condições de instalação e segurança? |  |  |
| A rede hidráulica está em boas condições de uso? |  |  |
| Possui condições de acesso e circulação para deficientes físicos? |  |  |
| Possui extintores de incêndio, em número suficiente, em locais estratégicos e dentro do prazo de validade? |  |  |
| Existem sanitários/vestiários individualizados por sexo, dotados de: lavatório com sabonete líquido; suporte com papel toalha; lixeira com tampa e saco plástico, acionado por pedal? |  |  |
| Possui local adequado para guarda de pertences de funcionários? |  |  |
| Possui depósito de material de limpeza (DML)? |  |  |
| Possui copa destinada à refeição dos funcionários? |  |  |
| Existe ambiente apropriado para paramentação dos funcionários? |  |  |

***XIX Resíduos Hospitalares (lixo)***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Itens verificados** |  |  |
|  | **Sim** | **Não** |
| Como é feito o Transporte de resíduos? |  |  |
| Recipientes com tampa? |  |  |
| Carrinho próprio para lixo? |  |  |
| Há circulação exclusiva para limpos e para sujos? |  |  |
| O equipamento que é usado para transportar e portar o lixo, é utilizado para outros propósitos? |  |  |
| Existe separação do lixo hospitalar por categoria? |  |  |

***X Resíduos Comuns***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Resíduos não perigosos similares aos domésticos como papéis, papelão, caixas, restos de preparação de alimentos, etc.** |  |  |
| **Itens verificados** |  |  |
|  | **Sim** | **Não** |
| Há separação dos diversos resíduos no setor ? |  |  |
| Há acondicionamento adequado dos resíduos ? |  |  |
| Recipiente de material resistente. |  |  |
| Recipiente com tampa. |  |  |
| Uso de recipiente próprio para agulhas/lâminas. |  |  |
| Recipiente com pedal. |  |  |
| Os recipientes para descarte estão bem localizados, com avisos claros, visíveis ? |  |  |
| Há uso de cores/símbolos/sinalização indicando o tipo de resíduo e o risco ? |  |  |
| Os recipientes do lixo são desinfectados ? |  |  |
| Observe se estão limpos. |  |  |

## XI Abastecimento de Água

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rede de fornecimento** | | |
| **Itens verificados** |  |  |
|  | **Sim** | **Não** |
| Rede pública |  |  |
| Carro pipa |  |  |
| Outra |  |  |
| Qual a periodicidade que é feita a limpeza do sistema de abastecimento? meses. | | |
| Qual a data da última limpeza? / / ( peça comprovante) | | |
| Há reservatório duplo de água potável ? |  |  |
| Existem sistemas de filtragem? Localização |  |  |
| Existe tratamento da água utilizada nas terapias |  |  |
| Possibilidade de refluxo da água ? |  |  |
| Caso afirmativo, existem meios de prevenção do refluxo? |  |  |
| Qual a Periodicidade ? meses | | |
| Há inspeção dos sistemas/instalações hidráulicas ? |  |  |
| Data última inspeção / / . | | |
| O abastecimento d’água para os reservatórios prevê uma capacidade para dias. | | |
| Há reservatório de água inferior (cisterna)? |  |  |
| Se afirmativo, qual a capacidade? | | |
| Há reserva técnica para combate a incêndio? |  |  |
| Se afirmativo, qual a capacidade? | | |
| Todos os reservatórios (cisterna, caixa d’água, etc) estão em bom estado de higiene e conservação, com tampa, sem vazamentos, etc? |  |  |

***XII Esgoto***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Itens verificados** | | | |  |  |
|  | | | | **Sim** | **Não** |
| Os efluentes vão diretamente para a rede pública? | | | |  |  |
| Caso não haja rede pública, há sistema de tratamento para os dejetos? | | | |  |  |
| Existe laudo emitido tratamento efetuado?  (anexe cópia) | por | órgão competente quanto | ao |  |  |
| Existe manutenção dos esgotos? (limpeza de caixa de gordura, etc.) | | | |  |  |
| Qual a Periodicidade? |  |  |  |  |  |

# EQUIPE

|  |  |
| --- | --- |
| NOME | MATRÍCULA |

|  |  |
| --- | --- |
| **1.** |  |
| **2.** |  |
| **3.** |  |
| **4.** |  |
| **5.** |  |
| **6.** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **DATA** | **/ /** |

O local a ser disponibilizado pelo Credenciado para realização dos exames deverá

obedecer às normas e exigências da legislação vigente.

Para fins de habilitação, a título de qualificação técnica, a empresa participante

deverá apresentar:

Atestado ou declaração de capacidade técnica, expedido por órgão ou entidade da

administração pública ou por empresas privadas.