****

**Modelo de Relatório de Vistoria Técnica (Oncologia – 1 a 12)**

**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:**

**Laudo de Inspeção Sanitária Sim ( ) Não ( )**

**Licença Serviço de Oncologia Nº.**

**Em dia? Sim ( ) Não ( ) Validade: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_**

**Resp. Técnico**

**CPF: CRM:**

**Responsável Técnico Substituto:**

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

**Responsável Pela Proteção Oncológica:**

**CPF: Profissão:**

**Responsável Pelo Controle de Qualidade:**

**CPF: Profissão:**

**Licença Serviço de Radioterapia Nº. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Em dia? (S) (N)**

**Resp. Técnico**

**CPF: CRM:**

***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 Clínicas Especializadas

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Sim** | **Não** |
| **Oncologia** |  |  |
| **Hematologia** |  |  |

***IV* Recursos Humanos da Unidade**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Profissionais** |  |  | **Quant.** |
| Médico Especialista | **S** | **N** |  |
| Enfermeiro | **S** | **N** |  |
| Enfermeiro Especialista | **S** | **N** |  |
| Téc. Enfermagem | **S** | **N** |  |
| Téc. Enfermagem Especialista | **S** | **N** |  |
| Clínico | **S** | **N** |  |
| Farmacêutico | **S** | **N** |  |
| Nutricionista | **S** | **N** |  |
| Psicóloga | **S** | **N** |  |
| Assistente Social | **S** | **N** |  |
| Radiologista | **S** | **N** |  |
| Motoristas de ambulância | **S** | **N** |  |
| Pessoal administrativo | **S** | **N** |  |
| Registro e notificação de acidente de trabalho | **S** | **N** |  |
| Outros ( especificar) | **S** | **N** |  |

***V* Informações Indispensáves e Mínimas do Prontuário**

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

***VI*  Atividades**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Itens verificados** |  |  |
|  | **Sim** | **Não** |
| Serviço de Oncologia Clínica |  |  |
| Serviço de Radioterapia |  |  |
| Serviço de Hematologia |  |  |
| Serviço de Oncologia Pediátrica |  |  |

***VII* Instalações Físicas**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Itens verificados** |  |  |
|  | **Sim** | **Não** |
| Planta arquitetônica aprovada pelo órgão competente |  |  |
| Edificação correspondente à planta arquitetônica aprovada pelo órgão competente |  |  |
| Ambientes, salas e setores identificados e ou sinalizados de acordo com as normas de biossegurança e as normas de saúde do trabalhador |  |  |
| O material de revestimento de pisos, paredes e tetos atendem as exigências legais |  |  |
| Possui condições de acesso e circulação para deficientes físicos |  |  |
| Proteção contra entrada de insetos e roedores |  |  |
| Bom estado de conservação, manutenção e limpeza |  |  |

## VIII 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),curativos, de  reidratação oral e venosa, de  nebulização, de aplicação de medicamentos. |  |  |
| Sala de recepção de pacientes |  |  |
| Sala para recuperação |  |  |
| Sala de consulta / procedimento |  |  |
| Sala de processamento de equipamentos |  |  |
| Possui os seguintes equipamentos e instrumental mínimos  abaixo relacionados ? |  |  |
| Aparelho de HGT |  |  |
| [Aparelho de pressão](https://www.hospitalardistribuidora.com.br/aparelhos/aparelho-de-pressao-infantil-fecho-velcro-cinza-missouri-mikatos.html) com estetoscópio |  |  |
| [Aparelho de r](https://telemedicinamorsch.com.br/blog/aparelho-de-ressonancia-magnetica)adioterapia |  |  |
| Autoclave |  |  |
| Aventais de chumbo, óculos e outros [equipamentos de proteção individual](https://telemedicinamorsch.com.br/blog/medicina-e-seguranca-do-trabalho) |  |  |
| Balança de precisão |  |  |
| Balança para adultos (peso/altura) |  |  |
| Balança para crianças até 10 anos (peso/altura) |  |  |
| Cadeira de exame |  |  |
| Cadeira de rodas |  |  |
| Carro de PCR (equipado) |  |  |
| Chassis radiológicos ou cassetes |  |  |
| Escada de 2 degraus |  |  |
| Estetoscópio clínico |  |  |
| Exaustor para câmara escura |  |  |
| Fita métrica não elástica |  |  |
| Foco de luz |  |  |
| Luz vermelha para câmara escura |  |  |
| Maca |  |  |
| Mesa acessório para instrumental |  |  |
| Mesa de exame |  |  |
| Mesa e cadeiras (para entrevista) |  |  |
| Negatoscópio |  |  |
| Recipiente com pedal |  |  |
| Suporte de hamper |  |  |
| Outros (especificar) |  |  |
| os consultórios especializados ( básicos) estão devidamente  equipados? |  |  |
| possui apoio laboratorial mínimo (radiologia e patologia clínica)? |  |  |
| Local com chave para a guarda de medicamentos sujeitos a controle especial |  |  |
| Recipiente rígido para o descarte de material perfurocortante |  |  |

***IX* Disposições Específicas**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Serviço de Oncologia Clínica** |  |  |
| O serviço de oncologia clínica conta com um responsável técnico médico, sendo que ele e todos os Oncologistas são habilitados em Cancerologia/Cancerologia Clínica; a habilitação deve ser comprovada por registro no cadastro de especialistas dos respectivos Conselhos Federal e Regionais de Medicina.  Médico Responsável: CRM:  Demais Integrantes da Equipe:  Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CRM:  Especialidade:  Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CRM:  Especialidade:  Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CRM:  Especialidade:  Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CRM:  Especialidade:  Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CRM:  Especialidade:  Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CRM:  Especialidade:  Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CRM:  Especialidade: |  |  |
| **Itens verificados** |  |  |
|  | **Sim** | **Não** |
| O médico responsável técnico pelo serviço reside no mesmo município ou cidades circunvizinhas do serviço que está solicitando o credenciamento. |  |  |
| Conta com uma central de quimioterapia para integrar todo o processo de preparo e aplicação de medicamentos quimioterápicos antineoplásicos e de suporte quimioterápico injetáveis. |  |  |

***X* Biossegurança**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  | **Sim** | **Não** |
| POPs contemplam medidas de biossegurança |  |  |
| Treinamento periódico de toda a equipe em biossegurança e manuseio de resíduos de serviços de saúde inclusive da equipe terceirizada |  |  |
| Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), aprovado pelos órgãos competentes |  |  |
| Infraestrutura compatível para descarte de resíduos e rejeitos (área física específica, equipamentos e materiais) |  |  |
| Transporte, tratamento e destinação final dos resíduos realizados por empresa contratada, regularizada junto aos órgãos de vigilância sanitária e ambiental |  |  |
| Procedimentos de limpeza diária, desinfecção e esterilização, quando aplicável, das superfícies, instalações, equipamentos, artigos e materiais de acordo com normas vigentes. Saneantes e domissanitários regularizados juntos à ANVISA |  |  |
| EPIs e EPCs de acordo com as legislações vigentes. |  |  |

***XI* 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? |  |  |

***XII* Limpeza e Zeladoria**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Itens verificados** |  |  |
|  | **Sim** | **Não** |
| Existe um programa de sanitização da Instituição |  |  |
| Existem registros de sua execução |  |  |
| Existem normas de instrução escrita para limpeza e manuseio do lixo produzido no setor |  |  |
| A limpeza dos setores é feita por funcionário fixo ao 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 do pessoal da limpeza e coleta de lixo? |  |  |
| Qual a frequência? Homem/ano |  |  |

***XIII* 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 ? |  |  |

***XIV* Resíduos Hospitalares**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Itens verificados** |  |  |
|  | **Sim** | **Não** |
| Como é feito o Transporte dos 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 |  |  |

***XV* Resíduos Infecciosos**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Itens verificados** |  |  |
|  | **Sim** | **Não** |
| Materiais provenientes de salas de isolamento, excrementos ou restos de materiais provenientes de sala de isolamento de pacientes com doenças altamente transmissíveis. |  |  |
| Materiais biológicos como culturas, amostras armazenadas de agentes infecciosos, placas de Petri, vacinas vencidas ou inutilizadas, instrumentos usados para manipular microorganismos, filtros de áreas altamentes contaminadas, etc. |  |  |
| Sangue e hemoderivados como amostras de sangue para análises, soro, plasma e outros subprodutos, qualquer material encharcado ou saturados com sangue, ou mesmo que secos, recipientes, sacos plásticos, tubos intravenosos, etc. |  |  |
| Resíduos patológicos e cirúrgicos como tecidos, órgãos, feto humano, partes e fluidos corporais removidos durante autópsia, cirurgia, etc. |  |  |
| Resíduos perfuro-cortantes como agulhas hipodérmicas, seringas, pipetas de pauster, bisturis, tubos, placas de cultura, vidraria inteira ou quebrada, etc, que tiveram contato com paciente ou agentes infecciosos como qualquer elemento que foi jogado fora não utilizado. |  |  |
| Resíduos animais como partes de animais infectados, camas ou palhas provenientes de pesquisa médica ou veterinária |  |  |

***XVI* Resíduos Comuns**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Itens verificados** |  |  |
|  | **Sim** | **Não** |
| Resíduos não perigosos similares aos domésticos como papéis, papelão, caixas, restos de preparação de alimentos, etc. |  |  |
| 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. |  |  |

***XVII* Abrigo de Resíduos Sólidos**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Itens verificados** |  |  |
|  | **Sim** | **Não** |
| Isolado do ambiente com paredes impermeabilizadas para facilitar a limpeza? |  |  |
| Refrigerado? |  |  |
| O setor está em boas condições de higiene? |  |  |
| Possui compactador? |  |  |
| O lixo é estocado separado por categoria com identificação visível? |  |  |
| Há presença de insetos e/ou roedores no local durante a inspeção? |  |  |
| A coleta externa é feita por veículo especializado? |  |  |
| Existe acesso exclusivo ao setor? |  |  |

## XVIII 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? |  |  |

***XIX* 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? |  | ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_ meses |  |  |  |

# 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.