****

**Modelo de Relatório de Vistoria Técnica (Radioterapia – 1 a 21)**

**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 ( )**

**Licença de Funcionamento Nº:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

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

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

**Resp.Técnico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

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

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

**Nome do Supervisor de Proteção Radiológica:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Formação: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nome do Supervisor de Proteção Radiológica Substituto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Formação: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Responsável Pelo Controle De Qualidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **S** | **N** |
| **Recredenciamento** |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **S** | **N** |
| **Credenciamento Novo** |  |  |

***III* Recursos Humanos da Unidade**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Profissionais** |  |  | **Quant.** |
| Médico especialista em radioterapia com qualificação reconhecida e cadastrado na Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN) | **S** | **N** |  |
| Físico especialista (radioterapia), responsável técnico pelo Setor de Física Médica, com qualificação reconhecida e cadastrado na CNEN | **S** | **N** |  |
| Garantir a presença de, ao menos um médico radioterapeuta e um físico, durante todo o turno de utilização dos equipamentos e fontes radioativas (enviar escala e documentação profissional) | **S** | **N** |  |
| Téc. de radioterapia | **S** | **N** |  |
| Enfermeiro Especialista | **S** | **N** |  |
| Téc. Enfermagem | **S** | **N** |  |
| Clínico | **S** | **N** |  |
| Neurologista | **S** | **N** |  |
| Nutricionista | **S** | **N** |  |
| Psicóloga | **S** | **N** |  |
| Assistente Social | **S** | **N** |  |
| Farmacêutico | **S** | **N** |  |
| Maqueiro | **S** | **N** |  |
| Motoristas de ambulância | **S** | **N** |  |
| Pessoal administrativo | **S** | **N** |  |
| Profissional responsável pelo registro e notificação de acidente de trabalho | **S** | **N** |  |
| Outros (especificar) | **S** | **N** |  |

## 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, 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 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 |  |  |
| Aparelho HGT |  |  |
| Aparelho infravermelho |  |  |
| Balança de precisão |  |  |
| Balança p/ adultos (peso/altura) |  |  |
| Balança p/ crianças até 10 anos (peso/altura) |  |  |
| Cadeira de exame |  |  |
| Cadeira de rodas |  |  |
| Carro de PCR (equipado) |  |  |
| Dosímetro |  |  |
| Escada de 2 degraus |  |  |
| Maca |  |  |
| Mesa acessório para instrumental |  |  |
| Mesa de exame |  |  |
| Mesa e cadeiras para entrevista |  |  |
| Negatoscópio |  |  |
| Porta plumbífera |  |  |
| Recipiente com pedal |  |  |
| Suporte de hamper |  |  |
| Tomógrafo |  |  |
| [Tomógrafo](https://telemedicinamorsch.com.br/blog/aparelho-de-tomografia), para fazer densitometria óssea |  |  |
| Venezianas para câmara escura |  |  |
| Os consultórios especializados (básicos) estão devidamente equipados? |  |  |
| Outros (especificar) |  |  |
| Local com chave para a guarda de medicamentos sujeitos a controle especial |  |  |
| Recipiente rígido para o descarte de material perfurocortante |  |  |

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

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

***VI*  Cadastro de Fontes e Equipamentos**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Equipamentos Para Planejamento** | | |
| **Simulador:**  **Marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Modelo:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Nº Série:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Tomógrafo:**  **Marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Modelo:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Nº Série:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Ressonância Magnética:**  **Marca:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Modelo:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Nº Série:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ortovoltagem** | | |
| **Marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Modelo:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Nº Série:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Unidade de Cobalto** | | |
| **Marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Modelo:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Nº Série:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **ATIVIDADE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | |

***VII*  Cadastro de Fontes e Equipamentos**

|  |
| --- |
| **Acelerador Linear Com Feixe de Elétrons:**  **Marca:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Modelo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Nº Série: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Energia de Fótons:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Energia de Elétrons: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Acelerador Linear Sem Feixe de Elétrons:**  **Marca:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Modelo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Nº Série: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Energia de Fótons:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Betaterapia:**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Tipo de fonte** | **Radionuclídeo** | **Quantidade** | **Atividade inicial** | **Data** | | **Dermatológica** |  |  |  |  | | **Oftalmológica** |  |  |  |  | |
| **Braquiterapia de baixa taxa de dose:**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Radionuclídeo** | **Quantidade** | **Quantidade** | **Atividade inicial** | **Data** | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |
| **Braquiterapia de Alta Taxa de Dose:**  **Marca:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mod: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Nº Série: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fonte:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Frequência de Troca:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

***VIII*  Documentação**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Documentação** |  |  |
|  | **Sim** | **Não** |
| A licença de funcionamento emitida pela visa está dentro do prazo de validade. |  |  |
| “Autorização para operação” emitida pela CNEN está dentro do prazo de validade. |  |  |
| O responsável técnico e seu substituto (quando for o caso) possui termo assinado junto à vigilância sanitária. |  |  |
| O responsável técnico possui título de especialista emitido pelo CBR. |  |  |
| O supervisor de proteção radiológica e seu substituto (quando for o caso) possui termo assinado junto à vigilância sanitária. |  |  |
| O supervisor de radioproteção é credenciado pela CNEN. |  |  |
| O físico é especialista em física médica de radioterapia. |  |  |
| O serviço possui plano de radioproteção. |  |  |
| O serviço possui programa de garantia de qualidade. |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Assentamentos** |  |  |
|  | **Sim** | **Não** |
| O serviço possui contrato formal de manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos. |  |  |
| O serviço possui registro das manutenções efetuadas nos equipamentos. |  |  |
| O serviço possui livro de registro de pacientes rubricado pela autoridade sanitária. |  |  |
| O serviço possui registros de dose dos indivíduos ocupacionalmente expostos – IOE, arquivados. |  |  |
| O serviço possui registro anual de testes de fuga dos equipamentos. |  |  |
| O serviço possui registro de levantamento radiométrico nas vizinhanças das salas de tratamento, de armazenamento de fontes e da sala do simulador. |  |  |

***IX* 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? |  |  |

***X*  Estrutura Físico-Funcional**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Estrutura físico-funcional** |  |  |
|  | **Sim** | **Não** |
| O serviço possui área de comando com acesso restrito. |  |  |
| O serviço possui sala de espera para pacientes e acompanhantes. |  |  |
| O serviço possui sala de confecção de moldes e máscaras. |  |  |
| O serviço possui sala de planejamento e física médica. |  |  |
| O serviço possui câmara para revelação de filmes. |  |  |
| O serviço possui sala de preparo e observação de pacientes. |  |  |

***XI* Procedimentos**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Procedimentos** |  |  |
|  | **Sim** | **Não** |
| O responsável técnico ou substituto está presente durante todo o período de funcionamento. |  |  |
| O supervisor de proteção radiológica - SPR ou substituto está presente durante todo o período de funcionamento. |  |  |
| O serviço possui protocolos de planejamento escritos e disponíveis para todos os tipos de tratamento. |  |  |
| O serviço realiza conferência sistemática e dupla checagem de fichas de tratamento. |  |  |
| O controle de procedimentos, previsto no PGQ é realizado anualmente. |  |  |
| Os monitores individuais, quando fora de uso, são guardados com o dosímetro padrão em local adequado. |  |  |
| Todos os profissionais ocupacionalmente expostos são monitorados individualmente. |  |  |
| O profissional ocupacionalmente exposto toma ciência das doses mensais. |  |  |
| Os profissionais envolvidos na limpeza, desinfecção e esterilização executam o trabalho com a paramentação adequada. |  |  |
| O serviço dispõe de manual de procedimentos para limpeza e desinfecção de aplicadores, acessórios e máscaras reutilizáveis acessíveis. |  |  |
| O serviço possui um programa anual de reciclagem de conhecimentos para os técnicos. |  |  |

***XII*  Sala de acelerador linear**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Estrutura Físico-Funcional** |  |  |
|  | **Sim** | **Não** |
| A porta da sala possui símbolo internacional de presença de radiação ionizante. |  |  |
| A porta com acesso permitido apenas para pessoas autorizadas é sinalizada como “área restrita”. |  |  |
| A lâmpada indicadora de funcionamento do equipamento sobre a porta está funcionando. |  |  |
| O dispositivo de segurança da porta (interloque) está funcionando adequadamente. |  |  |
| A sala possui três fontes de laser com exatidão melhor ou igual a 2 mm. |  |  |
| A sala possui um sistema que possibilite a abertura manual da porta pelo lado interno. |  |  |
| O dispositivo de comunicação visual com o paciente está funcionando. |  |  |
| O dispositivo de comunicação oral com o paciente está funcionando. |  |  |
| As instruções e procedimentos para acidentes e emergências estão afixados próximos ao comando do equipamento. |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Procedimentos** |  |  |
|  | **Sim** | **Não** |
| Os campos de tratamento em teleterapia são colimados, com bandejas próprias de proteção para cada paciente. |  |  |
| O serviço possui um sistema de planejamento computadorizado. |  |  |
| As máscaras dos pacientes estão bem acondicionadas, em prateleiras, e em boas condições de higiene e organização. |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Procedimentos** |  |  |
|  | **Sim** | **Não** |
| As máscaras reutilizáveis são reduzidas às placas originais dentro de critérios de limpeza, desinfecção e esterilização. |  |  |
| O serviço possui câmara de ionização tipo dedal de 0,6 cm3 (padrão de referência ou padrão de trabalho). No caso de acelerador com elétrons, a câmara de ionização deve ser de placas paralelas com volume sensível entre 0,05 e 0,5cm3. |  |  |
| Há evidências de que o controle de equipamento, previsto no programa de garantia de qualidade, está sendo realizado na frequência indicada. |  |  |
| O serviço anota em livro próprio os resultados do controle de qualidade do equipamento. |  |  |
| Existe um protocolo escrito com a frequência e tolerância dos testes realizados. |  |  |
| Há registros da avaliação conclusiva dos resultados dos testes realizados. |  |  |

***XIII* Sala de Cobalto**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Estrutura físico-funcional** |  |  |
|  | **Sim** | **Não** |
| A porta da sala possui o símbolo internacional de presença de radiação ionizante. |  |  |
| A porta com acesso permitido apenas para pessoas autorizadas é sinalizada como “área restrita”. |  |  |
| A lâmpada indicadora de funcionamento do equipamento sobre a porta está funcionando adequadamente. |  |  |
| O dispositivo de segurança da porta (interloque) está funcionando adequadamente. |  |  |
| A sala possui três fontes de laser com exatidão melhor ou igual a  2 mm. |  |  |
| A sala possui um sistema que possibilite a abertura manual da porta pelo lado interno. |  |  |
| O dispositivo de comunicação visual com o paciente está funcionando. |  |  |
| O dispositivo de comunicação oral com o paciente está funcionando. |  |  |
| As instruções e procedimentos para acidentes e emergências estão afixados próximos ao comando do equipamento. |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Procedimentos** |  |  |
|  | **Sim** | **Não** |
| As máscaras próprias dos pacientes estão bem acondicionadas, organizadas em prateleiras e em boas condições de higiene. |  |  |
| O equipamento de emergência (bastão) para recolhimento da fonte está em local de fácil acesso. |  |  |
| O serviço possui câmara de ionização tipo dedal de 0,6 cm3 (padrão de referência ou padrão de trabalho). |  |  |
| Há evidências de que o controle do equipamento, previsto no PGQ seja realizado na frequência indicada. |  |  |
| O serviço anota em livro próprio os resultados do controle de qualidade do equipamento. |  |  |
| O serviço possui protocolo por escrito, com a frequência e tolerância dos testes realizados. |  |  |
| Existem registros da avaliação conclusiva dos resultados dos testes realizados. |  |  |

***XIV*  Sala de braquiterapia de alta taxa de dose**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Estrutura físico-funcional** |  |  |
|  | **Sim** | **Não** |
| A porta da sala possui símbolo internacional de presença de radiação ionizante. |  |  |
| A porta com acesso permitido apenas para pessoas autorizadas é sinalizada como “área restrita”. |  |  |
| A lâmpada indicadora de funcionamento do equipamento sobre a porta está funcionando adequadamente. |  |  |
| O dispositivo de segurança da porta (interloque) está funcionando adequadamente. |  |  |
| A sala possui um sistema que possibilite a abertura manual da porta pelo lado interno. |  |  |
| O dispositivo de comunicação visual com o paciente está funcionando. |  |  |
| O dispositivo de comunicação oral com o paciente está funcionando. |  |  |
| As instruções e procedimentos para acidentes e emergências estão afixados próximos ao comando do equipamento. |  |  |
| O serviço mantém o cofre com fontes de HDR (high-dose rate) trancado e sinalizado |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Procedimentos** |  |  |
|  | **Sim** | **Não** |
| Existem procedimentos estabelecidos de higiene e desinfecção para os materiais usados na aplicação. |  |  |
| O serviço possui câmara de ionização tipo poço. |  |  |
| O físico está presente durante o funcionamento do equipamento. |  |  |
| Existem evidências de que o controle de equipamento, previsto no programa de garantia de qualidade, seja realizado na frequência indicada. |  |  |
| O serviço anota em livro próprio os resultados do controle de qualidade do equipamento. |  |  |
| O serviço possui protocolo por escrito, com a frequência e tolerância dos testes realizados. |  |  |
| Existem registros da avaliação conclusiva dos resultados dos testes realizados. |  |  |

***XV* Sala de Ortovoltagem**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Estrutura Físico-Funcional** |  |  |
|  | **Sim** | **Não** |
| A porta da sala possui símbolo internacional de presença de radiação ionizante. |  |  |
| A porta com acesso permitido apenas para pessoas autorizadas é sinalizada como “área restrita”. |  |  |
| A lâmpada indicadora de funcionamento do equipamento sobre a porta está funcionando adequadamente. |  |  |
| O dispositivo de segurança da porta (interloque) está funcionando adequadamente. |  |  |
| A sala possui um sistema que possibilite a abertura manual da porta pelo lado interno. |  |  |
| O dispositivo de comunicação visual com o paciente está funcionando. |  |  |
| As instruções e procedimentos para acidentes e emergências estão afixados próximos ao comando do equipamento. |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Procedimentos** |  |  |
|  | **Sim** | **Não** |
| As máscaras dos pacientes estão bem acondicionadas e organizadas em prateleiras. |  |  |
| As placas de chumbo para proteções de campos irradiados são higienizadas para a reutilização. |  |  |
| O serviço possui câmara de ionização tipo dedal de 0,6 cm3 (padrão de referência) ou câmara de ionização de placas paralelas com volume sensível entre 0,05 e 0,5 cm3. |  |  |
| Existem evidências de que o controle de equipamento, previsto no programa de garantia de qualidade, seja realizado na frequência indicada. |  |  |
| O serviço anota em livro próprio os resultados do controle de qualidade do equipamento. |  |  |
| O serviço possui protocolo por escrito, com a frequência e tolerância dos testes realizados. |  |  |
| Existem registros da avaliação conclusiva dos resultados dos testes realizados. |  |  |

***XVI* Sala de Betaterapia**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Estrutura Físico-Funcional** |  |  |
|  | **Sim** | **Não** |
| A porta da sala possui símbolo internacional de presença de radiação ionizante. |  |  |
| A porta com acesso permitido apenas para pessoas autorizadas é sinalizada como “área restrita”. |  |  |
| As instruções e procedimentos para acidentes e emergências estão afixados na sala. |  |  |
| O serviço mantém o armário das fontes trancado e sinalizado. |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Procedimentos** |  |  |
|  | **Sim** | **Não** |
| Existem procedimentos estabelecidos de higiene e desinfecção para os materiais usados na aplicação. |  |  |
| Existem evidências de que o controle de equipamento, previsto no programa de garantia de qualidade, seja realizado na frequência indicada. |  |  |
| As placas de chumbo para proteções de campos irradiados são higienizadas para a reutilização. |  |  |
| O serviço anota em livro próprio os resultados do controle de qualidade. |  |  |
| O serviço possui protocolo por escrito, com a frequência e tolerância dos testes realizados. |  |  |
| Existem registros da avaliação conclusiva dos resultados dos testes realizados. |  |  |

***XVII* Sala de Braquiterapia de Baixa Taxa de Dosagem**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Estrutura Físico-Funcional** |  |  |
|  | **Sim** | **Não** |
| A porta do quarto possui o símbolo internacional de presença de radiação ionizante. |  |  |
| O serviço possui um posto de enfermagem exclusivo para braquiterapia. |  |  |
| A sala de serviços é exclusiva para braquiterapia. |  |  |
| A porta do quarto tem acesso permitido apenas para pessoas autorizadas e é sinalizada como “área restrita”. |  |  |
| O serviço mantém cofre para armazenamento das fontes trancado e sinalizado. |  |  |
| As instruções e procedimentos para acidentes e emergências estão afixados próximos ao posto de enfermagem. |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Procedimentos** |  |  |
|  | **Sim** | **Não** |
| O armazenamento, manipulação e transporte das fontes são executados por profissional treinado e autorizado pelo responsável pela radioproteção. |  |  |
| Existem procedimentos estabelecidos de higiene e desinfecção para os materiais usados na aplicação. |  |  |
| O serviço fornece orientações por escrito relativas às aplicações fornecidas ao pessoal de enfermagem e a eventuais acompanhantes. |  |  |
| O serviço possui procedimento por escrito para a utilização das fontes. |  |  |
| Existem evidências de que o controle de equipamento, previsto no programa de garantia de qualidade, seja realizado na frequência indicada. |  |  |
| O serviço anota em livro próprio os resultados do controle de qualidade do equipamento. |  |  |
| O serviço possui protocolo por escrito, com a frequência e tolerância dos testes realizados. |  |  |
| Existem registros da avaliação conclusiva dos resultados dos testes realizados. |  |  |

***XVIII* Sala do Simulador (Exclusiva)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Estrutura Físico-Funcional** |  |  |
|  | **Sim** | **Não** |
| A porta da sala possui símbolo internacional de presença de radiação ionizante. |  |  |
| A porta com acesso permitido apenas para pessoas autorizadas é sinalizada como “área restrita”. |  |  |
| A lâmpada indicadora de funcionamento do equipamento sobre a porta está funcionando adequadamente. |  |  |
| O dispositivo de segurança da porta (interloque) está funcionando adequadamente. |  |  |
| A sala possui um sistema que possibilite a abertura manual da porta pelo lado interno. |  |  |
| A sala possui três fontes de laser com exatidão melhor ou igual a 2 mm. |  |  |
| As instruções e procedimentos para acidentes e emergências estão afixados próximos ao comando do equipamento |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Procedimentos** |  |  |
|  | **Sim** | **Não** |
| Os campos de tratamento são colimados, com bandejas próprias de proteção para cada paciente. |  |  |
| As máscaras dos pacientes estão bem acondicionadas, em prateleiras, e em boas condições de higiene e organização. |  |  |
| As máscaras reutilizáveis são reduzidas às placas originais dentro de critérios de limpeza, desinfecção e esterilização. |  |  |
| Existem evidências de que o controle de equipamento, previsto no programa de garantia de qualidade, seja realizado na frequência indicada. |  |  |
| O serviço anota em livro próprio os resultados do controle de qualidade do equipamento. |  |  |
| o serviço possui protocolo por escrito, com a frequência e tolerância dos testes realizados. |  |  |
| existem registros da avaliação conclusiva dos resultados dos testes realizados. |  |  |

***XIX*  Segurança do Paciente**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Segurança do Paciente** |  |  |
|  | **Sim** | **Não** |
| Possui mecanismos para identificação correta do paciente. |  |  |
| Evidências que comprovam a correta identificação do paciente foram observadas. |  |  |
| Possui mecanismos para higienização correta e constante das mãos. |  |  |
| Evidências que comprovam a higienização correta e constante das mãos foram observadas. |  |  |
| Possui mecanismos para prevenção de quedas dos pacientes. |  |  |
| Evidências que comprovam a adoção de medidas para a prevenção de quedas dos pacientes foram observadas. |  |  |
| Dispõe de mecanismos para estimular a participação do paciente na assistência prestada. |  |  |
| Evidências que comprovam a participação do paciente na assistência prestada foram observadas. |  |  |

***XX*** **Instrumentos de Monitoração e Dosimetria**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Instrumentos de Monitoração e Dosimetria** | | | |
| **Marca** | **Modelo** | **Nº Série** | **Data da última calibração** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

***XXI*  Instrumentos e Acessórios**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Instrumentos e Acessórios** |  |  | **Total** |
| **Betaterapia** |  |  |  |
| **Ortovoltagem** |  |  |  |
| **Telecobalto** |  |  |  |
| **Acelerador até 6 mev** |  |  |  |
| **Acelerador com elétrons** |  |  |  |
| **Acelerador de dupla energia** |  |  |  |
| **Hdr** |  |  |  |
| **Iodo-125** |  |  |  |
| **Imrt** |  |  |  |
| **Radiocirurgia** |  |  |  |
| **Outros isótopos** |  |  |  |

***XXII* Equipamentos**

|  |  |
| --- | --- |
| **Equipamentos** | **Listar instrumentos não apresentados** |
| **Betaterapia** |  |
| **Ortovoltagem** |  |
| **Telecobalto** |  |
| **Acelerador**  **Até 6 mev** |  |
| **Acelerador**  **Com elétrons** |  |
| **Acelerador**  **De dupla energia** |  |
| **Hdr** |  |
| **Iodo-125** |  |
| **Imrt** |  |
| **Radiocirurgia** |  |
| **Outros isótopos** |  |

***XXIII* 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 |  |  |

## XXIV 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. |  |  |

***XXV* Resíduos Hospitalares**

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

***XXVI* 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 altam/ 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 |  |  |

***XXVII* 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. |  |  |

***XXVIII* 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 |  |  |

## XXIX 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? |  |  |

***XXX* 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.