****

**Modelo de Relatório de Vistoria Técnica (Endoscopia e Colonoscopia – 1 a 11)**

**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 ( )**

***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

## III 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 que ofereça condições de acomodação com segurança |  |  |
| Sala de consulta/procedimento |  |  |
| Sala de processamento de equipamentos |  |  |
| Possui os seguintes equipamentos e instrumental mínimos abaixo relacionados ? |  |  |
| Aparelho de histeroscopia |  |  |
| Aparelho de monitoração cardíaco mapa |  |  |
| 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 |  |  |
| Aparelho de video endoscopia |  |  |
| Aspirador |  |  |
| Autoclave |  |  |
| Balança p/ adultos (peso/altura) |  |  |
| Balança p/ crianças até 10 anos (peso/altura) |  |  |
| Balde cilíndrico porta detritos com pedal |  |  |
| Cadeira de exame |  |  |
| Cadeira de rodas |  |  |
| Carro ou maleta para atendimento de emergência cardiorrespiratória (equipado) |  |  |
| Esfigmomanômetro |  |  |
| Estetoscópio |  |  |
| Estetoscópio clínico |  |  |
| Maca |  |  |
| Mesa acessório p/ instrumental |  |  |
| Mesa de exame |  |  |
| Mesa e cadeiras (p/ entrevista) |  |  |
| Oxigênio a 100% (cem por cento) |  |  |
| Oxímetro de pulso com alarme |  |  |
| Suporte para fluido endovenoso |  |  |
| Termômetro |  |  |
| 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 |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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)? |  |  |

***IV* 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, procedimentos realizados, 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, procedimentos 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? |  |  |

***V* 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? |  |  |

***VI*  Limpeza e Zeladoria**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Itens verificados** |  |  |
|  | **Sim** | **Não** |
| Possui instruções de limpeza, desinfecção e esterilização,  quando aplicável, das superfícies, instalações,  equipamentos, artigos e materiais? |  |  |
| Os saneantes e os produtos usados nos processos de  limpeza, desinfecção e esterilização estão regularizados  junto a ANVISA/MS? |  |  |
| São utilizados segundo as especificações do fabricante? |  |  |
| Possui sala exclusiva para atividades de lavagem, preparo e  esterilização? |  |  |
| Possui sistema de expurgo no setor de lavagem? |  |  |
| 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 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* Resíduos Hospitalares**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Itens verificados** |  |  |
|  | **Sim** | **Não** |
| Como é feito o Transporte do lixo ? |  |  |
| 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 do hospital? |  |  |
| Existe separação do lixo hospitalar por categoria ? |  |  |
| O lixo hospitalar é retirado separado do lixo comum? |  |  |

***IX* Resíduos Especiais**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Itens verificados** |  |  |
|  | **Sim** | **Não** |
| *Resíduos químicos* incluem os resíduos perigosos (tóxicos, corrosivos, inflamáveis,reativos, genotóxicos ou mutagênicos) e não perigosos. |  |  |
| *Resíduos radioativos* sólidos ou líquidos (seringas, papel absorvente, frascos, líquido derramados, urina, fezes) e radioativos ou contaminados com radiosótopos de baixa atividade provenientes de laboratórios. |  |  |
| *Resíduos farmacêuticos* como medicamentos vencidos, contaminados, desatualizados, não utilizados, etc. |  |  |

**X 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. |  |  |

**XI Biossegurança**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Itens verificados** |  |  |
|  | **Sim** | **Não** |
| Possui instruções escritas sobre biossegurança, atualizadas e disponíveis a todos os funcionários? |  |  |
| Estas contemplam normas e condutas de segurança biológica, química, física, ocupacional e ambiental? |  |  |
| Possui registros dos treinamentos? |  |  |
| Possui instruções de uso para os equipamentos de proteção individual (EPIs) e proteção coletiva (EPCs)? (aventais, luvas, óculos de proteção, máscaras, lava-olhos, duchas, extintores de incêndio, cabines de segurança biológica) |  |  |
| Possui instruções escritas dos procedimentos adotados em caso de acidente? (químicos, biológicos, microbiológicos, radioativos e ergonômicos) |  |  |
| Possui instruções escritas para manuseio e transporte de material e amostra biológica? |  |  |
| Se realiza transporte de material biológico, utiliza como embalagem terciária recipiente impermeável, identificado com o símbolo de material infectante e os dizeres "Espécimes para diagnóstico - material infectante", abaixo dos quais tem escrita a seguinte frase de alerta: "Em caso de dano ou vazamento, informe imediatamente o laboratório a que se destina ou as autoridades de saúde pública", acrescido do número do telefone para contato com a empresa? |  |  |
| Possui documentado o nível de biossegurança dos ambientes ou áreas, baseado nos procedimentos realizados, equipamentos e microorganismos envolvidos, adotando as medidas de segurança compatíveis, conforme a Comissão Técnica Nacional de Biossegurança  (CTNBio)?. |  |  |
| Possui registro de treinamento em simulação de incêndio? |  |  |

***XII* Processos Operacionais**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Informações gerais** |  |  |
|  | **Sim** | **Não** |
| Possui instruções escritas para emissão de laudos, que contemplem as situações de rotina, plantões e urgências? |  |  |
| O laudo é legível, sem rasuras de transcrição, escrito em língua portuguesa, datado e assinado por profissional de nível superior legalmente habilitado? |  |  |
| A assinatura é: |  |  |
| De próprio punho |  |  |
| Eletrônica, certificada pelo ICP Brasil ou empresa autorizada por este |  |  |
| O laudo apresenta-se contendo, no mínimo, as seguintes informações: |  |  |
| Identificação de responsável técnico (RT) |  |  |
| Identificação do profissional que liberou o exame |  |  |
| Nome e identificação do cliente |  |  |
| Data de emissão do laudo |  |  |
| Nome do exame, tipo de amostra e método analítico |  |  |
| Resultado do exame e unidade de medição |  |  |
| Valores de referência, limitações técnicas da metodologia e dados para interpretação |  |  |
| Observações pertinentes: |  |  |

***XIII* Registros**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Itens verificados** |  |  |
|  | **Sim** | **Não** |
| Garante a recuperação e a disponibilidade de seus registros críticos, de modo a permitir a rastreabilidade do laudo liberado? |  |  |
| As alterações feitas nos registros críticos contêm data, nome ou assinatura legível do responsável pela alteração, preservando o dado original? |  |  |

## XIV 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? |  |  |
| Existe monitoramento da qualidade da água?  Caso afirmativo, nome do Técnico ou órgão responsável:  (anexe cópia do laudo) |  |  |
| 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 ? |  |  |

***XV* 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.