****

**Modelo de Relatório de Vistoria Técnica (Oftalmo – 1 a 8)**

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

**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

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

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

***III* Recursos humanos da unidade**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Profissionais** |  |  | **Quant.** |
| Médico Especialista | **S** | **N** |  |
| Ortoptista | **S** | **N** |  |
| Enfermeiro | **S** | **N** |  |
| Téc. Enfermagem | **S** | **N** |  |
| Clínico | **S** | **N** |  |
| Pessoal administrativo | **S** | **N** |  |
| Outros (especificar) | **S** | **N** |  |

***IV* Informações indispensáveis e mínimas do Prontuário**

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

***V* 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 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 HGT |  |  |
| Autoclave |  |  |
| Binoculares |  |  |
| Biômetros |  |  |
| Cadeira de exame |  |  |
| Cadeira e coluna oftalmológica |  |  |
| Campimetro |  |  |
| Ceratometro |  |  |
| Equipamentos de eletrodiagnóstico |  |  |
| Equipamentos de laser |  |  |
| Escada de 2 degraus |  |  |
| Estetoscópio clínico |  |  |
| Foco de luz |  |  |
| Lâmpada de fenda |  |  |
| Lente de gonioscopia |  |  |
| Lente de três espelhos |  |  |
| Lesômetro |  |  |
| Luz vermelha para câmara escura |  |  |
| Mesa acessório p/ instrumental |  |  |
| Mesa de exame |  |  |
| Mesa e cadeiras (p/ entrevista) |  |  |
| Microscópio especular |  |  |
| Oftalmoscópio |  |  |
| Otoscópio |  |  |
| Projetor ou tabela de optotipos |  |  |
| Recipiente com pedal |  |  |
| Refrator |  |  |
| Régua de prisma ou caixa de prisma e caixa de prova |  |  |
| Retinógrafo |  |  |
| Sinaleiros luminosos |  |  |
| Sinoptoforo |  |  |
| Suporte de hamper |  |  |
| Tonômetro |  |  |
| Topógrafo de córnea |  |  |
| Outros (especificar) |  |  |
| Os consultórios especializados ( básicos) estão devidamente equipados ? |  |  |
| Local com chave para a guarda de medicamentos sujeitos a controle especial |  |  |
| Recipiente rígido para o descarte de material perfurocortante |  |  |

***VI* 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? |  |  |

***VII 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 |  |  |

## VIII Equipamentos de Proteção Individual

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Itens Verificados** |  |  |
|  | **Sim** | **Não** |
| Existem procedimentos escritos sobre utilização correta de EPI? |  |  |
| 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 ? |  |  |

***IX* Resíduos Hospitalares**

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

***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? |  | \_\_ 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.