****

**Modelo de Relatório de Vistoria Técnica (Radiologia – 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 Radiologia nº: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

**Responsável Pela Proteção Radiológica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

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

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

***II*  Dados Gerais**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ( ) 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** | **Sim** | **Não** | **Quant.** |
| Médico Especialista |  |  |  |
| Enfermeiro |  |  |  |
| Enfermeiro Especialista |  |  |  |
| Téc. Enfermagem |  |  |  |
| Téc. Enfermagem Especialista |  |  |  |
| Clínico |  |  |  |
| Assistente Social |  |  |  |
| Radiologista |  |  |  |
| Pessoal Administrativo |  |  |  |
| Outros (especificar) |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Sim** | **Não** |
| Todos os Trabalhadores da Área de Radiação possuem mais de 18 anos? |  |  |
| Profissional Responsável pelo Registro e Notificação de Acidente de Trabalho. |  |  |

***IV* Informações Indispensáveis Mínimas do Prontuário**

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

## 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 e 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 Mamografia. |  |  |
| A[parelho de Pressão](https://www.hospitalardistribuidora.com.br/aparelhos/aparelho-de-pressao-infantil-fecho-velcro-cinza-missouri-mikatos.html). |  |  |
| A[parelho de](https://telemedicinamorsch.com.br/blog/aparelho-de-ressonancia-magnetica) Radioterapia. |  |  |
| A[parelho de Ressonância Magnética](https://telemedicinamorsch.com.br/blog/aparelho-de-ressonancia-magnetica). |  |  |
| Aparelho de Ultrassom Color Doppler. |  |  |
| Aparelho de Ultrassom. |  |  |
| Aparelho HGT. |  |  |
| Aparelho Infravermelho. |  |  |
| Autoclave. |  |  |
| Aventais de Chumbo, Óculos e outros Equipamentos de Proteção Individual. |  |  |
| Balança para Adultos. (peso/altura) |  |  |
| Balança para Crianças, a partir de 10 anos. (peso/altura) |  |  |
| Cadeira de Exame. |  |  |
| Cadeira de Rodas. |  |  |
| Carro de PCR. (Equipado) |  |  |
| Chassis Radiológicos ou Cassetes. |  |  |
| Doppler Vascular. |  |  |
| Dosímetro. |  |  |
| Eletromiógrafo. |  |  |
| E[quipamento de Raio X](https://telemedicinamorsch.com.br/blog/equipamento-de-raio-x). |  |  |
| Escada de 2 degraus. |  |  |
| Estetoscópio. |  |  |
| Exaustor para Câmara Escura. |  |  |
| Fita Métrica não elástica. |  |  |
| Foco de Luz. |  |  |
| Luz vermelha para Câmara Escura. |  |  |
| Mesa Acessório para Instrumental. |  |  |
| Mesa de Exame. |  |  |
| Mesa e Cadeiras. (para entrevista) |  |  |
| Negatoscópio. |  |  |
| Porta Plumbífera. |  |  |
| Recipiente com Pedal. |  |  |
| Sinaleiros Luminosos. |  |  |
| Sonar Fetal. |  |  |
| Suporte de Hamper. |  |  |
| T[omógrafo](https://telemedicinamorsch.com.br/blog/aparelho-de-tomografia), utilizado também para realização densitometria óssea. |  |  |
| Tomógrafo. |  |  |
| Venezianas para Câmara Escura. |  |  |
| Vidros para Raio X. |  |  |
| Outros (especificar) |  |  |
| Os consultórios especializados (básicos) estão devidamente equipados? |  |  |
| Possui apoio laboratorial mínimo (radiologia)? |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Local com chave para a guarda de medicamentos sujeitos a controle especial |  |  |
| Recipiente rígido para o descarte de material perfurocortante |  |  |

***VI* 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? |  |  |
| 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 |  |  |

## VII 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? |  |  |

***VIII* 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 do hospital/clínica ? |  |  |
| Existe separação do lixo hospitalar por categoria? |  |  |

***IX* 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 biológicoscomo 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 comoamostras 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 comotecidos, órgãos, feto humano, partes e fluidos corporais removidos durante autópsia, cirurgia,etc. |  |  |
| Resíduos perfurocortantes comoagulhas 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 animaispartes de animais infectados, camas ou palhas provenientes de pesquisa médica ou veterinária. |  |  |

***X* Resíduos Especiais**

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

***XI* Resíduos Comuns**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Itens Verificados** |  |  |
|  | **Sim** | **Não** |
| Resíduos não perigosos similares aos domésticospapéis, papelão, caixas, restos de preparação de alimentos, etc. |  |  |
| Há separação dos diversos resíduos no setor? |  |  |
| Há acondicionamento adequado dos resíduos? |  |  |
| Há recipiente de material resistente? |  |  |
| Há recipiente com tampa? |  |  |
| Há recipiente próprio para agulhas/lâminas? |  |  |
| Há 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. |  |  |

***XII* 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? |  |  |

## XIII 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? |  |  |
| Caso afirmativo, que tipo?    Outro tipo: |  |  |
| Possibilidade de refluxo da água? |  |  |
| Caso afirmativo, existem meios de prevenção do refluxo? |  |  |
| Qual a Periodicidade?**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** meses. | | |
| Há inspeção dos sistemas/instalações hidráulicas? |  |  |
| Existe monitoramento da qualidade da água?  Caso afirmativo, nome do Técnico ou órgão responsável:  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  (anexe cópia do laudo) |  |  |
| 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 (cisternas, caixas d’água, etc) estão em bom estado de higiene e conservação? (com tampa, sem vazamentos, etc?) |  |  |

***XIV* 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 por órgão competente quanto ao tratamento para os dejetos?  (Anexe Cópia) |  |  |
| Existe manutenção dos esgotos? (limpeza de caixa de gordura, etc.) |  |  |
| Qual a Periodicidade **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** meses. |  |  |

***XV* Documentos**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Itens Verificados** |  |  |
|  | **Sim** | **Não** |
| Projeto arquitetônico aprovado pela VISA? |  |  |
| Memorial descritivo de Proteção Radiológica? |  |  |
| Plano de Proteção Radiológica |  |  |
| Levantamentos Radiométricos? |  |  |
| Programa de Garantia de Qualidade (PGQ)? |  |  |
| Termo de Responsabilidade Técnica devidamente assinado? |  |  |
| **Monitoração Individual** |  |  |
|  | **Sim** | **Não** |
| Contrato de Monitoração Individual com laboratório credenciado? |  |  |
| Dados de Monitoração Individual assentados e atualizados? |  |  |
| Dados de Monitoração Individual contabilizados no ano calendário? |  |  |
| Resultados de Investigação de Doses Elevadas assentados? |  |  |
| **Assentamentos relativos aos 5 últimos anos** |  |  |
|  | **Sim** | **Não** |
| Assentamentos de controle médico periódico do pessoal ocupacionalmente exposto feitos regularmente? |  |  |
| Exames radiológicos de pacientes assentados em livro próprio, de acordo com o regulamento? |  |  |
| Indicação clínica do exame consta nos registros? |  |  |
| Resultados dos Levantamentos Radiométricos de vizinhanças e de radiação de fuga assentados e dentro do prazo de validade? |  |  |
| Assentamentos do PGQ com resultados de todos os testes dos equipamentos e a com a frequência de realização? |  |  |
| Assentamentos periódicos dos parâmetros de processamento da imagem no PGQ? |  |  |
| Livro próprio para assentamentos de ocorrências relevantes, de manutenções e de reparos? |  |  |
| Avaliação de índices de rejeição de imagens? |  |  |
| Auditoria interna do PGQ feita regularmente? |  |  |
| Considerações sobre não conformidades: |  |  |

***XVI* Infraestrutura**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Itens Verificados** |  |  |
|  | **Sim** | **Não** |
| Cópia do projeto básico de arquitetura disponível para verificação? |  |  |
| Projeto de arquitetura inclui planta baixa leiaute e limites de deslocamento dos tubos de raios X? |  |  |
| Projeto inclui classificação das áreas, fatores de uso e fatores de ocupação das vizinhanças às salas de raios X? |  |  |
| Projeto inclui planilha de cálculo de blindagem e descrição técnica das blindagens feitas? |  |  |
| Leiaute e classificação de áreas coincidem com o que consta no projeto arquitetônico? |  |  |
| Possui condições de acesso e circulação para deficientes físicos? |  |  |
| Local apropriado para guarda dos monitores individuais, fora do  horário de serviço? (seguro, com temperatura amena, umidade  baixa e afastado de fontes de radiação, junto ao dosímetro padrão) |  |  |
| **Programação Visual** |  |  |
|  | **Sim** | **Não** |
| Licença de funcionamento está afixada em lugar visível ao público? |  |  |
| Símbolos de presença de radiação e advertências sobre entrada restrita afixados nas portas das salas de raios x? |  |  |
| Quadro com informação advertindo mulheres sobre existência ou suspeita de gravidez antes do exame afixado na sala de espera? |  |  |
| Orientações ao paciente afixadas em todas as salas? |  |  |
| Orientações para acompanhantes afixadas em todas as salas? |  |  |
| Considerações sobre não conformidades: |  |  |

***XVII* Organização**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Itens Verificados** |  |  |
|  | **Sim** | **Não** |
| Há dosimetria individual dos funcionários nos ambientes de exposição à radiações ionizantes? |  |  |
| São realizados exames periódicos nos funcionários |  |  |
| Realizam-se procedimentos com sedação? |  |  |
| Há termo de consentimento esclarecido? |  |  |
| Os exames físicos são acompanhados por auxiliar de sala? |  |  |
| Há sinalização visível nas portas de acesso às salas de exame? |  |  |

***XVIII* Serviços Disponíveis**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Itens Verificados** |  |  |
|  | **Sim** | **Não** |
| Radiologia Convencional |  |  |
| Radiologia Intervencionista |  |  |
| Ultrassonografia |  |  |
| Tomografia Linear |  |  |
| Tomografia Computadorizada |  |  |
| Ressonância Magnética |  |  |
| Ecocardiografia |  |  |
| Mamografia |  |  |
| Doppler Fluxometria |  |  |
| Densitometria Óssea |  |  |
| Outros: |  |  |

***XIX*  Cadastro de Equipamentos**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tipo** | **Marca/Modelo** | **Nº de Série** | **Registro na ANVISA** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

# 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.

Os exames de Ressonância Magnética deverão ser realizados em aparelhos com campo magnético de, pelo menos, 1.5 Tesla.

Os exames de Tomografia Computadorizada deverão ser realizados em aparelhos multislice, com pelo menos 16 fileiras de detectores.

O contraste intravenoso utilizado nos exames deverá seguir a dose recomendada na bula e para os protocolos padronizados e validados cientificamente para que se atinja o diagnóstico preciso.

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.