

ANEXO U - I
40º BATALHÃO DE INFANTARIA
Vistoria Técnica

Roteiro de Vistoria Técnica - Serviços de Saúde

Hospital:	Natureza:	() Geral de alta complexidade
Endereço:	CNPJ:	() Geral de média complexidade
Município:	UF:	() Geral de baixa complexidade
Diretor Técnico:	CRM:	Nº de leitos (UTI)
Diretor Clínico:	CRM:	Nº de leitos (Apto)
e-mail:	Telefones/Fax:	Nº de leitos (Enf.)
Contato durante a vistoria:	CEP:	Outros

Tipo de Hospital-Planta Física:

Itens Avaliados	Observações:
Unidade de Referência	Sim () Não ()
Único no Município	Sim () Não ()
Atende outros convênios	Sim () Não ()
Adaptada e adequada	Sim () Não ()
Entradas específicas	Sim () Não ()
Rampas	Sim () Não ()
Equipamentos de segurança sinalização e outros.	Sim () Não ()

Administração

Itens Avaliados	Observações:
Portaria e recepção	Sim () Não ()
Qualidade de atendimento (recepção)	Sim () Não ()
Sala de espera para público	Sim () Não ()
Sanitários para público	Sim () Não ()
Alvará da Vigilância Sanitária atualizado	Sim () Não ()
Licença de Funcionamento atualizada	Sim () Não ()
PGRSS (Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde)	Sim () Não ()
CNES (Cadastro Nac. Est. Saúde)	Sim () Não ()
Comissão de ética	Sim () Não ()
Comissão de revisão de prontuários	Sim () Não ()
Ambiente com higiene e conforto	Sim () Não ()

Mensuração de satisfação do cliente interno e externo	Sim () Não()	
Sistema de Informação ao Cliente/Paciente		
Itens Avaliados		Observações:
Área física adequada, com proteção contra entrada de Pessoas estranhas ao ambiente	Sim () Não()	
Protocolos para entrada e saída de prontuários	Sim () Não()	
Protocolos que visem à segurança/sigilo e confiabilidade da informação	Sim () Não()	
Arquivo informatizado	Sim () Não()	
Padronização de prontuários	Sim () Não()	
Pontruário Eletrônico	Sim () Não()	
Serviço de Controle de Infecção Hospitalar		
Itens Avaliados		Observações:
Taxa de mortalidade geral hospitalar	Sim () Não()	
Taxa de mortalidade geral institucional	Sim () Não()	
Taxa de infecção hospitalar global	Sim () Não()	
Taxa de infecção hospitalar estratificada (UTI/BÇ/UTI Neonatal)	Sim () Não()	
Protocolos para prevenção e controle de infecção Hospitalar	Sim () Não()	
Outros indicadores de qualidade	Sim () Não()	
Serviços Complementares		
Itens Avaliados		Observações:
Hemoterapia	Sim () Não()	
Radiologia	Sim () Não()	
Farmácia	Sim () Não()	
Serviço de Nutrição e Dietética	Sim () Não()	
Serviço de Emergência	Sim () Não()	
Sala para Exames	Sim () Não()	
Serviço de Fisioterapia e Reabilitação	Sim () Não()	
Sala para Curativos	Sim () Não()	
Laboratório -Patologia Clínica	Sim () Não()	
Laboratório - Anatomia Patológica	Sim () Não()	
Unidade de Hemodiálise	Sim () Não()	
Unidade de Quimioterapia	Sim () Não()	
Unidade de Radioterapia	Sim () Não()	
Unidade de Hemodinâmica	Sim () Não()	

Unidade de Transplante	Sim () Não()	
Serviço de Endoscopia Digestiva	Sim () Não()	
Serviço de Cardiodiagnóstico	Sim () Não()	
Recursos Humanos/Qualidade		
Itens Avaliados		Observações:
Programa de educação continuada	Sim () Não()	
Quadro Funcional/Quantidade		
Médicos:		
Enfermeiros:		
Administradores:		
Farmacêuticos:		
Fisioterapeutas:		
Nutricionistas:		
Fonoaudiólogos:		
Técnico em Segurança do trabalho:		
Técnico de Enfermagem:		
Auxiliares de Enfermagem:		
Assistente Social:		
Funcionários Administrativos:		
Outros:		
Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho-SESMT		
Itens Avaliados		Observações:
Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional - PCMSO	Sim () Não()	
Programa de Prevenção e Riscos Ambientais PPRA	Sim () Não()	
Técnico em Segurança do trabalho	Sim () Não()	
Enfermeiro do Trabalho	Sim () Não()	
Médico do Trabalho	Sim () Não()	
Engenheiro do Trabalho	Sim () Não()	
Utilização de EPI (Equipamento de Proteção Individual)	Sim () Não()	
Unidade de Internação Geral e Especializada		
Itens Avaliados		Observações:
Posto de Enfermagem	Sim () Não()	

Responsável Técnico (Enfermagem)	Sim () Não()	
Sala de Expurgo	Sim () Não()	
Rouparia	Sim () Não()	
Sanitário masculino/feminino	Sim () Não()	
Sala para relatórios e prescrição médica	Sim () Não()	
Livros de ocorrência e relatório	Sim () Não()	
Escala de serviços	Sim () Não()	
Carrinho de parada completo/Fácil acesso	Sim () Não()	
Cumprimento das diretrizes do SCIH	Sim () Não()	
Sistema de gases canalizado	Sim () Não()	
Em caso de cilindro (há aspirador de secreção portátil)	Sim () Não()	
Sistema de gases canalizado	Sim () Não()	
Unidade de Internação Geral e Especializada		
Itens Avaliados		Observações:
Local adequado para guarda de pertences dos Pacientes	Sim () Não()	
Protocolos de rotinas operacionais, disponíveis em todos os setores do estabelecimento	Sim () Não()	
Copa de distribuição	Sim () Não()	
Repouso para profissionais	Sim () Não()	
Isolamento	Sim () Não()	
Iluminação adequada	Sim () Não()	
Ventilação adequada	Sim () Não()	
Apartamento		
Itens Avaliados		Observações:
Nº de apartamentos		
Posto de Enfermagem	Sim () Não()	
Sanitários com louças íntegras/barras de apoio campainhas/abertura de porta/fora/acesso a cadeira de rodas	Sim () Não()	
Local para descanso do acompanhante	Sim () Não()	
Local para guarda de pertences do paciente	Sim () Não()	
Higienização adequada	Sim () Não()	
Iluminação/Ventilação adequadas	Sim () Não()	
Paredes e pisos laváveis	Sim () Não()	
Aparelho de TV/Telefone	Sim () Não()	

Frigobar	Sim () Não()	
Campainhas para chamar enfermagem	Sim () Não()	
Enfermaria		
Itens Avaliados		Observações:
Nº de aposentos		
Posto de Enfermagem	Sim () Não()	
Sanitários com louças íntegras/barras de apoio campainhas/abertura de porta/fora/acesso a cadeira de rodas	Sim () Não()	
Local para descanso do acompanhante	Sim () Não()	
Local para guarda de pertences do paciente	Sim () Não()	
Campainhas para chamar enfermagem	Sim () Não()	
Higienização adequada	Sim () Não()	
Iluminação/Ventilação adequadas	Sim () Não()	
Paredes e pisos laváveis	Sim () Não()	
Aparelho de TV/ Telefone	Sim () Não()	
Frigobar	Sim () Não()	
Campainhas para chamar enfermagem	Sim () Não()	
Unidade de Internação Pediátrica		
Itens Avaliados		Observações:
Nº de leitos disponíveis		
Posto de Enfermagem	Sim () Não()	
Pediatras em regime de plantão 24 horas	Sim () Não()	
Enfermeiro exclusivo (por 24 horas)	Sim () Não()	
Carrinho de emergência equipado adequadamente	Sim () Não()	
Condições seguras (leitos com proteção lateral/ proteção de janela e acesso restrito)	Sim () Não()	
É permitido a presença de pais ou acompanhante por 24 horas	Sim () Não()	
Higienização adequada	Sim () Não()	
Iluminação/Ventilação adequadas	Sim () Não()	
Paredes e pisos laváveis e antiderrapante	Sim () Não()	
Aparelho de TV/ Telefone	Sim () Não()	
Unidade de Internação Pediátrica		
Itens Avaliados		Observações:
Sanitários adaptados às necessidades da criança	Sim () Não()	

Brinquedotecacompisoantiderrapante	Sim () Não()	
CumprimentodasdiretrizesdoSCIH	Sim () Não()	
UnidadedeTerapiaIntensiva		
ItensAvaliados		Observações:
Nºdeleitosdisponíveis		
PostodeEnfermagem	Sim () Não()	
Ambienterefrigerado	Sim () Não()	
Higienizaçãoadequada	Sim () Não()	
Distribuição dosleitoscom condiçõesde	Sim () Não()	
visualização permanentedospacientes	Sim () Não()	
Horáriodefinidopara visitas	Sim () Não()	
Relógiovisívelem todososleitos	Sim () Não()	
Depósito deeequipamento/material especializado	Sim () Não()	
Expurgo	Sim () Não()	
Copa dedistribuição	Sim () Não()	
CoordenadorMédico	Sim () Não()	
Plantonistas exclusivosda UTI	Sim () Não()	
Intensivistasnão plantonistas	Sim () Não()	
Enfermeira exclusivanas24horas	Sim () Não()	
Possuiumenfermeiroparacada10leitos	Sim () Não()	
Possui umtécnicodeenferrmagempara cada2leitos	Sim () Não()	
Possuiassistênciafisioterápica	Sim () Não()	
Possuiassistênciafonoaudiológica	Sim () Não()	
Repousoparaprofissionais	Sim () Não()	
Garantia deinformaçõesda evoluçãodiária dos Pacientes	Sim () Não()	
Sala deespera paraacompanhantesevisitantes	Sim () Não()	
UnidadedeTerapiaIntensiva		
ItensAvaliados		Observações:
Eletrocardiógrafo	Sim () Não()	
Disfibrilador	Sim () Não()	
Oxímetro	Sim () Não()	
Monitorpara cada leito	Sim () Não()	
Respirador de volume para cada leito	Sim () Não()	

Monitor de pressão invasiva	Sim () Não()	
Bombas de infusão para cada leito	Sim () Não()	
Possui termômetro/estetoscópio/aparelho de PA ambú/leito	Sim () Não()	
Bandeja com kits de traqueostomia	Sim () Não()	
Bandeja de punção lombar	Sim () Não()	
Bandeja de sondagem vesical	Sim () Não()	
Bandeja de acesso venoso profundo	Sim () Não()	
Bandeja de curativo	Sim () Não()	
Negatoscópio	Sim () Não()	
Sistema de gases canalizado com sistema de saída para cada leito	Sim () Não()	
Cilindro de O ₂	Sim () Não()	
Área separada por divisórias ou outros:	Sim () Não()	
Sistema de comunicação	Sim () Não()	
Gerador de emergência	Sim () Não()	
Possui apoio diagnóstico e terapêutico 24 horas	Sim () Não()	
Cumprimento das diretrizes do SCIH	Sim () Não()	
Acesso ao bloco cirúrgico 24 horas	Sim () Não()	
Condições de anti-sepsia das mãos p/ visitantes	Sim () Não()	

Central de Material e Esterilização**Itens Avaliados****Observações (Relacionar equipamentos):**

Área física com barreira física com definição de fluxos sujo/ limpo/ estéril sem cruzamento	Sim () Não()	
---	----------------	--

Central de Material e Esterilização**Itens Avaliados****Observações:**

Realiza testes de controle de qualidade da esterilização	Sim () Não()	
Protocolos para utilização racional dos materiais esterilizados	Sim () Não()	
Luminosidade e temperatura adequadas	Sim () Não()	
Contigenciamento para possíveis falhas no maquinário	Sim () Não()	
Coordenação de Enfermagem	Sim () Não()	
Cumprimento das diretrizes do SCIH	Sim () Não()	

CentroCirúrgico/Obstétrico

Itens Avaliados		Observações:
Acesso independente com área coberta para Ambulância	Sim () Não()	
Especialidades médicas com permanência física 24 Horas	Sim () Não()	
Recepção e sala de espera para clientes com sanitários adequados para ambos os sexos	Sim () Não()	
Funcionamento 24 horas	Sim () Não()	
Sala de recuperação equipada	Sim () Não()	
Distância regular entre os leitos	Sim () Não()	
Climatização adequada	Sim () Não()	
Sala de espera para acompanhante	Sim () Não()	
Profissional para fornecer informações aos acompanhantes	Sim () Não()	
Sistema de gases canalizado	Sim () Não()	
Fármacia Satélite com geladeira com controle de Temperatura	Sim () Não()	
Expurgo	Sim () Não()	
Área para descanso dos profissonais	Sim () Não()	
Centro Cirúrgico/ Obstétrico		
Itens Avaliados		Observações:
Livro de registro de marcação e cancelamento de Cirurgias	Sim () Não()	
Local para guarda de pertences dos pacientes	Sim () Não()	
Formulário com consentimento para cirurgia pelo paciente ou responsável	Sim () Não()	
Cumprimento das diretrizes do SCIH	Sim () Não()	
Possui técnico de enfermagem por sala	Sim () Não()	
Possui escala de plantão de anestesista	Sim () Não()	
Formulário (BA) específico	Sim () Não()	
Ambulatorio (em hospital)		
Itens Avaliados		Observações (Relacionar as especialidades):
Nº de consultórios		
Sala de espera	Sim () Não()	
Higienização do ambiente	Sim () Não()	
Consultórios com pia/maca/escada de dois degraus com piso antiderrapante	Sim () Não()	
Sala de pequena cirurgia com pia/maca lavável/	Sim () Não()	

Lixo com tampa e pedal	Sim () Não()	
Acondicionamento do lixo em saco de branco	Sim () Não()	
Utilização de Descartex para material	Sim () Não()	
Eletrocautério	Sim () Não()	
Sanitários para utilização dos pacientes com portas Que permitam acesso de cadeirantes	Sim () Não()	
Sistema de marcação de consultas informatizado	Sim () Não()	
Ventilação e Luminosidade adequada	Sim () Não()	
Rampas	Sim () Não()	
Cumprimento das diretrizes do SCIH	Sim () Não()	

Unidade de Emergência		
Itens Avaliados		Observações (Relacionar as especialidades):
Nº de boxes	Sim () Não()	
Acesso independente com área coberta para ambulância	Sim () Não()	
Especialidades médicas com permanência 24 hs	Sim () Não()	
Recepção e sala de espera para clientes	Sim () Não()	
Sanitários para ambos os sexos	Sim () Não()	
Sala de emergência com acesso independente com Porta que permita a passagem de maca	Sim () Não()	
Equipada para reanimação	Sim () Não()	
Sala para gesso com pia/serra elétrica	Sim () Não()	
Sala de pequenas cirurgias com lavato	Sim () Não()	
Sala de repouso para profissionais	Sim () Não()	
Posto de Enfermagem	Sim () Não()	
Sanitários para funcionários	Sim () Não()	
Expurgo	Sim () Não()	
Rouparia para roupas limpas	Sim () Não()	
Acondicionamento adequado para roupas sujas	Sim () Não()	
Acesso ao bloco cirúrgico nas 24 horas	Sim () Não()	

Equipamentos e instrumental adequado para cada Especialidade	Sim () Não()	
Livro de registro de ocorrências	Sim () Não()	
Higienização adequada	Sim () Não()	
Mínimo de um técnico de enfermagem para cada 5 Leitos	Sim () Não()	
Funcionamento por 24 horas	Sim () Não()	
Cumprimento das diretrizes do SCIH	Sim () Não()	
Sistema de atendimento informatizado	Sim () Não()	
Prontuário médico adequado	Sim () Não()	
Padronização de medicamentos	Sim () Não()	

Farmácia

Itens Avaliados		Observações:
Alvará de funcionamento atualizado	Sim () Não()	
Estocagem de medicamentos adequada quanto à Luminosidade e temperatura	Sim () Não()	
Controle de medicamentos eficiente quanto à validade E dispensação	Sim () Não()	
Controle por códigos de barras	Sim () Não()	
Dispensação individualizada	Sim () Não()	
Controle de psicotrópicos/entorpecentes	Sim () Não()	
Responsável técnico com registro no CRF	Sim () Não()	
Funcionários administrativos treinados	Sim () Não()	
Higienização adequada	Sim () Não()	
Equipamentos de segurança (extintor, etc)	Sim () Não()	
Cumprimento das diretrizes do SCIH	Sim () Não()	

Serviço de Nutrição e Dietética

Itens Avaliados		Observações:
Área física adequada	Sim () Não()	
Janela protegidas por telas	Sim () Não()	
Controle de temperatura de freezer e geladeiras	Sim () Não()	
Transporte de alimentos em carros térmicos	Sim () Não()	

Área de armazenamento adequada com controle de validade dos alimentos	Sim () Não()	
Depósito para material de limpeza	Sim () Não()	
Sanitários para ambos os sexos	Sim () Não()	
Nutricionista/CRN	Sim () Não()	
Protocolo de dietas	Sim () Não()	
Área específica para preparo de dieta enteral	Sim () Não()	
Rotina para coleta de amostras semanais dos	Sim () Não()	
Alimentos para exames microbiológicos	Sim () Não()	

Serviço de Nutrição e Dietética**Itens Avaliados****Observações:**

Ventilação e iluminação adequadas	Sim () Não()	
Sistema de exaustão	Sim () Não()	
Higienização adequada	Sim () Não()	
Paredes laváveis	Sim () Não()	
Dispensação adequada do lixo	Sim () Não()	
Realiza dedetização e desratização a cada 6 meses	Sim () Não()	
Utilização de EPI	Sim () Não()	
Cumprimento das diretrizes da SCIH	Sim () Não()	

Lavanderia**Itens Avaliados****Observações:**

Área física com barreira para separação Contaminado/limpo	Sim () Não()	
Ventilação e iluminação adequadas	Sim () Não()	
Área para guarda de material de limpeza e produtos de lavagem	Sim () Não()	
Vestiários com sanitários para ambos os sexos	Sim () Não()	
Janelas protegidas por telas	Sim () Não()	
Processamento da roupa de acordo com as técnicas preconizadas pela Anvisa	Sim () Não()	
Relatório mensal e estatístico do desempenho do setor	Sim () Não()	
Inventário de rouparia-controle de perdas e reposição	Sim () Não()	

Utilizaçãode EPI	Sim () Não()	
Serviço terceirizado	Sim () Não()	
Empresa terceirizada com Alvará Anvisa	Sim () Não()	
Cumprimento das diretrizes da SCIH	Sim () Não()	
Almoxarifado		
ItensAvaliados		Observações:
Área físicaa dequada	Sim () Não()	
Ventilação e iluminação adequadas	Sim () Não()	
Estocagem e controles eficientes	Sim () Não()	
Equipamentos de segurança (extintor, etc)	Sim () Não()	
Manutenção		
Itens Avaliados		Observações:
Área física adequada	Sim () Não()	
Manutenção preventiva/corretiva de equipamentos	Sim () Não()	
Manutenção por empresa terceirizada	Sim () Não()	
Manutenção preventiva/corretiva das instalações Físicas	Sim () Não()	
Engenheiro Civil/CREA	Sim () Não()	
Engenheiro de Segurança/CREA	Sim () Não()	
Utilizaçãode EPI	Sim () Não()	
Serviço de Higiene Hospitalar		
Itens Avaliados		Observações:
Responsável pelo setor é exclusivo	Sim () Não()	
Protocolos de rotinas	Sim () Não()	
Utilização de EPI	Sim () Não()	
Os ambientes são higienizados diariamente	Sim () Não()	
Coleta dol ixo e dispensação de acordo com os protocolos da Anvisa	Sim () Não()	
Local de depósito do lixo é higienizado diariamente	Sim () Não()	
As rotinas estão em conformidade com as diretrizes do SCIH	Sim () Não()	

Possui PGRSS aprovado	Sim () Não()	
Outras Instalações		
Itens Avaliados		Observações:
Restaurante/ Lanchonete	Sim () Não()	
Área de Reservatório de gases com proteção	Sim () Não()	
Setor de Faturamento informatizado	Sim () Não()	
Enfermeiro responsável pelo setor de faturamento	Sim () Não()	
Médico responsável pelo setor de faturamento	Sim () Não()	
Classificação		
Itens Avaliados	Otimo/Bom/Regular/Insatisfatório	Observações:
Planta física		
Administração		
Sistema de Informação ao Cliente/Paciente		
Serviço de Controle de Infecção Hospitalar		
Serviços Complementares		
Recursos Humanos/Qualidade		
Serviço Especializado em Segurança		
e Medicina do Trabalho- SESMT		
Unidade de Internação Geral e Especializada		
Apartamento		
Enfermaria		
Unidade de Internação Pediátrica		
Unidade de Terapia Intensiva		
Central de Material e Esterilização		
Centro Cirúrgico/Obstétrico		
Ambulatório		
Unidade de Emergência		
Farmácia		

Serviço de Nutrição e Dietética		
Lavanderia		
Almoxarifado		
Manutenção		
Serviço de Higiene Hospitalar		
Outras Instalações		

PARECER FINAL

RESPONSÁVEL(IS) PELA VISTORIA TÉCNICA

VISTORIADOR(FuSEx)

RESPONSÁVEL
TÉCNICO(OCS)

Data: ____/____/____.