

ANEXO U - II
40º BATALHÃO DE INFANTARIA
Vistoria Técnica

Serviço de Hemodiálise		
Nome:	Natureza:	Médicos:
Endereço:	CNPJ:	Administradores:
Município:	UF:	Enfermeiros
Diretor Técnico:	CRM:	Técnicos:
Diretor Clínico:	CRM:	Outros:
e-mail:	Telefones/Fax:	
Contato durante a vistoria:	CEP:	
Itens Avaliados		
Itens Avaliados		Observações:
Alvará da Vigilância Sanitária atualizado	Sim() Não()	
Licença de funcionamento	Sim() Não()	
Registro CRM	Sim() Não()	
CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde)	Sim() Não()	
DML (depósito para material de limpeza)	Sim() Não()	
Seleção de lixo conforme protocolo da Anvisa	Sim() Não()	
Arquivo	Sim() Não()	
Almoxarifado	Sim() Não()	
Utilização de EPI de acordo com a ABNT	Sim() Não()	
Escada	Sim() Não()	
Elevador	Sim() Não()	
Sinalização conforme ABNT	Sim() Não()	
Ventilação adequada	Sim() Não()	
Iluminação adequada	Sim() Não()	
Equipamentos de segurança conforme a ABNT	Sim() Não()	
Higienização adequada	Sim() Não()	
Possui manuais de rotinas e procedimentos acessível em todas as áreas	Sim() Não()	
Possui padrões sobre normas e rotinas de preocupação de controle de Infecção	Sim() Não()	
Manutenção preventiva dos equipamentos	Sim() Não()	
Sala administrativa	Sim() Não()	
Piso e paredes laváveis	Sim() Não()	
Sanitários para ambos os sexos	Sim() Não()	
Consultórios	Sim() Não()	
Área de prescrição médica	Sim() Não()	
Área de lavagem de fístulas	Sim() Não()	
Sala para tratamento hemodialítico	Sim() Não()	
Sala para tratamento hemodialítico para pacientes HBsAG+	Sim() Não()	
Sala para diálise peritoneal contínua	Sim() Não()	
Sala para diálise peritoneal intermitente	Sim() Não()	
Posto de enfermagem	Sim() Não()	
Sala de reprocessamento de dialisadores contaminados de Hepatite C	Sim() Não()	
Sala de reprocessamento de dialisadores contaminados de HBsAG+	Sim() Não()	
Sala de reprocessamento de dialisadores não contaminados	Sim() Não()	

Sala para tratamento e reservatório de água tratada para diálise	Sim() Não()	
Local apropriado para guarda de pertences dos pacientes	Sim() Não()	
Salade espera para público e acompanhantes	Sim() Não()	
Sanitários para ambos os sexos	Sim() Não()	
PCMSO contemplando vacinação contra o vírus de hepatite B para todo o	Sim() Não()	
Pessoal susceptível, equipe de saúde e pessoal de limpeza		
Cumprimento das diretrizes da SCIH	Sim() Não()	
Copa	Sim() Não()	
Padronização de prontuários	Sim() Não()	
Registro em prontuário de exames periódicos de pacientes em regime dialítico	Sim() Não()	
Taxa anual de mortalidade	Sim() Não()	
Possui transporte para locomoção de pacientes	Sim() Não()	

Equipamentos- Hemodiálise**Itens Avaliados****Observações:**

Eletrocardiógrafo	Sim() Não()	
Carro de emergência	Sim() Não()	
Ventilador pulmonar	Sim() Não()	
Oxigênio (cilindro ou canalizado)	Sim() Não()	
Aspirador portátil	Sim() Não()	
Os dialisadores e as linhas arterias/venosas são reutilizados até 12 vezes, conforme parametrização da Anvisa	Sim() Não()	

Classificação**Itens Avaliados****Ótimo/Bom/
Regular/
Insatisfatório****Observações:**

Plantafísica		
Administração		
Sistemade Informação ao Cliente/Paciente		
Serviço de Controle de Infecção		
Serviços Complementares		
Recursos Humanos/Qualidade		
Laboratótios/salas de exames		
Equipamentos		
Central de Material e Esterilização		
Sistema de Controle de Qualidade		
Recepção		
Almoxarifado		
Manutenção		
Serviço de Higiene		
Outras Instalações		

PARECER FINAL

RESPONSÁVEL(IS) PELA VISTORIA TÉCNICA

VISTORIADOR(FuSEx)

RESPONSÁVEL TÉCNICO(OCs)

Data: ____/____/____.