

ANEXO U - IX
40º BATALHÃO DE INFANTARIA
Vistoria Técnica

Fisioterapia		
NOME:	NATUREZA: FISIOTERAPIA	Fisioterapeutas:
ENDEREÇO:	CNPJ:	Fisiatras:
MUNICÍPIO:	UF: RN	Técnicos:
DIRETOR TÉCNICO:	Crefito:	Administradores:
DIRETOR CLÍNICO:	Crefito:	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 no Crefito	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	Sim () Não()	
Acessível em todas as áreas	Sim () Não()	
Posto de enfermagem	Sim () Não()	
Sala administrativa	Sim () Não()	
Manutenção preventiva dos equipamentos	Sim () Não()	
Sala de espera para acompanhantes	Sim () Não()	
Piso e paredes laváveis	Sim () Não()	
Equipamentos		

ItensAvaliados		Observações:
Ultra-som	Sim () Não()	
Ondas curtas	Sim () Não()	
FES	Sim () Não()	
Aparelho decorrente dinâmica(galvânica/farádica)	Sim () Não()	
TENS	Sim () Não()	
Barra paralela ajustável	Sim () Não()	
Aparelho p/priocepção (tábua de equilíbrio)	Sim () Não()	
Turbilhão	Sim () Não()	
Rampas para alongamento	Sim () Não()	
Freezer para crioterapia	Sim () Não()	
Equipamentos para cinesioterapia	Sim () Não()	
Escada de Ling	Sim () Não()	
Carrinho de urgência	Sim () Não()	
Monovacômetro	Sim () Não()	
Bola de Bobath	Sim () Não()	
Cilindro de Oxigênio	Sim () Não()	
Bicicleta ergométrica	Sim () Não()	
Aparelho de PA	Sim () Não()	
Equipamentos para fisioterapia respiratória	Sim () Não()	
Sanitários para ambos os sexos	Sim () Não()	

Piscina para hidroterapia

Itens Avaliados		Observações:
Área coberta	Sim () Não()	
Aquecida	Sim () Não()	
Tamanho adequado	Sim () Não()	
Conservação e limpeza adequados	Sim () Não()	
Equipamentos de segurança conforme a ABNT	Sim () Não()	
Manutenção preventiva dos equipamentos	Sim () Não()	
As amostras de água são analisadas	Sim () Não()	
Laboratorialmente para contagem	Sim () Não()	
bacteriológica, pelo menos 1vez/mês	Sim () Não()	
Vestiários para pacientes	Sim () Não()	
Acesso adequado	Sim () Não()	

Classificação

Itens Avaliados	Ótimo/Bom/ Regular/ Insatisfatório	Observações:
-----------------	--	--------------

Planta física		
Administração		
Sistema de Informação ao Cliente/Paciente		
Serviço de Controle de Infecção		
Serviços Complementares		
Recursos Humanos/Qualidade		
Laboratórios/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: ____/____/____.	