

VISITA TÉCNICA - UPA OLINDA
24/01/2019

1- IDENTIFICAÇÃO

Nome do estabelecimento: Unidade de Pronto Atendimento Gregório Lourenço Bezerra

O.S. Responsável: IMIP

Perfil da Unidade: Clínica médica, Ortopedia, Pediatria e Odontologia

2- RECEPÇÃO GERAL

Nº total de pacientes: 22	Classificados: 17	Não Classificados: 5
Tempo Médio de espera dos pacientes (para ser classificado)		7 min
Limpeza, iluminação, aeração (x) Boa	() Regular	() Ruim
Caixa de Sugestões visível na área interna da Unidade	(x) Sim	() Não
Funcionários fardados e Identificados	(x) Sim	() Não
Escala Plantão do dia está fixada	(x) Sim	() Não
Nº de Clínicos (03)	Nº Ortopedista (01)	Nº Pediatra (02)
		Nº de Odonto (01)
Obs: No momento da visita haviam 30 pacientes aguardando na recepção do consultório		

3- CARACTERÍSTICAS GERAIS

Nº de consultórios de atendimento	Existentes (06)	Ativos (06)
Nº de leitos de observação e/ou repouso	Existentes (19)	Ativos (19)
Obs:		

4- ATENÇÃO AO USUÁRIO

	Sim	Não
Pesquisa de satisfação do usuário	(x)	()
Caixa de sugestão acessível	(x)	()
Cartaz da ouvidoria	(x)	()
Fornecido ao paciente, por ocasião de sua dispensa, relatório circunstanciado do atendimento que lhe foi prestado, denominado informe de atendimento, constando, no mínimo, as seguintes informações: Nome do paciente, nome da Unidade, localização da Unidade, motivo da internação (CID 10), data de admissão e data da alta, procedimentos realizados e/ou materiais empregados, diagnósticos principal e secundário de alta.	()	(X)

Obs: É fornecido ao paciente um formulário de alta, porém não tem todas as informações referidas no item anterior

5- AVALIAÇÃO ASSISTENCIAL

5.1) SALA DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Número de pacientes em espera	5		
Limpeza, iluminação, aeração	☒ Boa	☐ Regular	☐ Ruim
Divisórias		☐ Sim	☒ Não
Estado do mobiliário/ equipamentos	☐ Bom	☒ Regular	☐ Ruim
Enfermeiro responsável:	COREN:		
Obs:			

5.2) SALA DE SERVIÇO SOCIAL

Assistente Social	☒ Sim	☐ Não	
Supervisor	☒ Sim	☐ Não	
Divisórias	☐ Sim	☒ Não	
Estado do mobiliário/equipamentos	☐ Boa	☒ Regular	☐ Ruim
Obs:			

5.3) SALA VERMELHA

Nº de Leitos	Existentes (04)		Ativos (04)
Nº total de pacientes			02
Nº de pacientes acima de 24 horas			00
Nº de Pacientes regulados			01
Qual o perfil do paciente regulado:			
01 paciente em lista de UTU (TOT)			
Nº de Profissionais em atendimento	Médicos (1)	Enfermeiros (1)	Tec. Enfermagem (02)
Limpeza, iluminação, aeração	☒ Boa	☐ Regular	☐ Ruim
Estado dos mobiliários/ equipamentos	☐ Bom	☒ Regular	☐ Ruim
Obs: 01 paciente em PCR no momento da visita			

2

5.4) EQUIPAMENTOS DISPONÍVEIS NA SALA VERMELHA

Equipamentos	Sim (x)	Não ()	Observação
Bomba de Infusão	11		
Cama de Fowler	04		
Carro PCR	01		
Kit PCR	02		
Desfibrilador	02		
ECG	01		
Macas	01		
Monitor Multiparâmetros	04		
Oxímetro Portátil	01		
Biombo	04		
Pontos de ar comprimido	04		
Pontos de O2	04		
Ventilador à pressão e/ou volume	02		
Obs:			

5.5) SALA AMARELA

Nº de Leitos	Existentes (10)		Ativos (10)
Nº total de pacientes			09
Nº de pacientes acima de 24 horas			05
Nº de Pacientes regulados			05
Qual o perfil do paciente regulado: 02 - ag. convênio clínica médica 02 - ag. convênio de vascular 01 - ag. HMA - ortopedia			
Nº de Profissionais em atendimento	Médicos (00)	Enfermeiros (01)	Tec. Enfermagem (2)
Limpeza, iluminação, ventilação	() Boa	(x) Regular	() Ruim
Estado dos mobiliários/ equipamentos	() Bom	(x) Regular	() Ruim
POP	(x) Sim	() Não	
Obs:			

5.6) SALA AMARELA PEDIÁTRICA

Nº de Leitos	Existentes (4)	Ativos (4)
--------------	------------------	--------------

Nº total de pacientes	04		
Nº de pacientes acima de 24 horas	00		
Nº de Pacientes regulados	00		
Qual o perfil do paciente regulado:			
Nº de Profissionais em atendimento	Médicos (00)	Enfermeiros (00)	Tec. Enfermagem (2)
Limpeza, iluminação, aeração	(x) Boa	() Regular	() Ruim
Estado dos mobiliários/ equipamentos	() Bom	(x) Regular	() Ruim
Obs:			

5.7) SALA DE ISOLAMENTO

Há pendências de remoções	() Sim	(x) Não
Se sim, quais:		
Há identificação da sala	(x) Sim	() Não
Limpeza, iluminação, aeração	(x) Boa	() Regular
Estado dos mobiliários/ equipamentos	() Bom	(x) Regular
Obs:		

5.8) SALA DE RX

Nº de pacientes aguardando o RX	03		
Profissionais fazem uso do dosímetro	Sim (x)	Não ()	Validade: 01/2020
Nº de Profissionais em atendimento	Técnico em Radiologia (01)	Técnico em Câmara escura (01)	
Sala de Imobilização	(x) Sim	() Não	
Técnico de Imobilização presente	(x) Sim	() Não	
Limpeza, iluminação	() Boa	(x) Regular	() Ruim
Estado do mobiliários/ equipamentos	() Bom	(x) Regular	() Ruim
Obs:			

6- PRODUÇÃO (DO DIA DA VISITA)

	Quantidade
Nº de atendimentos em Clínica Médica	118
Nº de atendimentos em Pediatria	17
Nº de atendimentos em Ortopedia	29
Nº de atendimentos em Odontologia	19
Obs:	

7- SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO

Há disponibilidade dos seguintes serviços nas 24 horas/dia

	Sim	Não
Laboratório	(x)	()
Radiologia convencional	(x)	()
ECG	(x)	()
Telemedicina	(x)	()
Obs:		

8- SERVIÇOS DE APOIO TÉCNICO**8.1) FARMÁCIA**

Iluminação	(x) Boa	() Regular	() Ruim
Climatização	(x) Boa	() Regular	() Ruim
Limpeza	(x) Boa	() Regular	() Ruim
Extintor de incêndio		() Sim	(x) Não
Medicamentos controlados em armário específico com chave		(x) Sim	() Não
Geladeira com controle de temperatura		(x) Sim	() Não
Presença de Farmacêutico		(x) Sim	() Não
Presença de Aux. de Farmácia		(x) Sim	() Não
Nome do Farmacêutico responsável: Eliana Duarte			CRF:
Obs:			

9- SERVIÇOS GERAIS**9.1) EXPURGO**

Lavatório	☒ Sim	☐ Não
As condições de higiene, iluminação e aeração são adequadas	☐ Sim	☒ Não

9.2) HIGIENE

	Sim	Não
Há normas e rotinas para a limpeza da Unidade	☒ (x)	☐ ()
A CCIH participa da elaboração dessas normas	☒ (x)	☐ ()
São utilizados produtos próprios para limpeza	☒ (x)	☐ ()
Está implantada a coleta especial para resíduos infectantes	☒ (x)	☐ ()
A coleta é realizada	☒ (x) Semanal	☐ () Quinzenal

9.3) VESTUÁRIO E REPOUSO

	Sim	Não
As condições de higiene, iluminação e aeração são adequadas	☒ (x)	☐ ()
Situação do mobiliário:	☐ () Boa	☒ (x) Regular
		☐ () Ruim
Obs:		

9.4) MANUTENÇÃO GERAL

	Sim	Não
Abastecimento de água Regular	☒ (x)	☐ ()
Coleta seletiva Regular	☒ (x)	☐ ()
Serviço de Gerenciamento de Risco e de Resíduos Sólidos Regular	☒ (x)	☐ ()
Serviço de Segurança armada	☒ (x)	☐ ()
Ambulância ativa	☒ (x)	☐ ()
Macas presas	☐ ()	☐ ()
Qtde: () Local:		
Há pendências de remoções	☐ ()	☐ ()
Causa:		

Obs:

10- INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

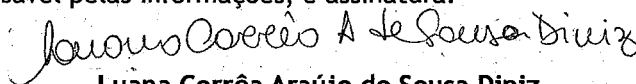
- Condições de higiene das dependências da unidade adequada;
- Visita realizada com coordenadora de enfermagem;
- Participado de reunião com a coordenação da unidade para discussão dos protocolos assistenciais do atendimento de pacientes de ortopedia, com a participação do coordenador de ortopedia das UPAs Olinda e Igarassu, coordenador médico do HMA e coordenador médico do IMIP.

11- CONCLUSÃO

Local: Olinda

Data da Visita: 24/01/2020

Identificação do(a) responsável pelas informações, e assinatura:



Luana Corrêa Araújo de Sousa Diniz
Coordenadora de Gestão Clínica hospitalar
DGMMAS/SEAS/SES
Mat:390.267-6