

ROTEIRO PARA VISITA TÉCNICA - Hospital Alfa

1- IDENTIFICAÇÃO

Nome do estabelecimento: HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS (ANTIGO HOSPITAL ALFA)		
Endereço: R. Visconde de Jequitinhonha, 1144		
Bairro: Boa Viagem	Município: Recife	CEP: 51030-020
E-Mail:		Telefone: 2011-2416
Horário de Funcionamento: 24 horas		
O.S. Responsável: Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira/IMIP		
Nº do Contrato: 003/2020		Data da Assinatura: 01/04/2020
Perfil da Unidade: Hospital de Campanha - Coronavírus (COVID-19 / Síndrome Respiratória Aguda Grave - SRAG)		

2- EQUIPE GERENCIAL

Diretor Geral/Superintendente:	José Iran Costa Júnior
Diretor Médico:	Maruza Freitas
Coordenador de Enfermagem:	Michele Alves de Oliveira
Diretor Administrativo-Financeiro:	Milene Dantas Vasconcelos

3- RECEPÇÃO GERAL

Nº de Recepcionistas	02		
Nº total de acompanhantes	02		
Limpeza, iluminação, aeração	(X) Boa	() Regular	() Ruim
Caixa de Sugestões visível na área interna da Unidade	() Sim	(X) Não	
Funcionários fardados e Identificados	(X) Sim	() Não	
Conduta profissional	(X) Boa	() Regular	() Ruim
Observações:			

4- INFORMAÇÕES QUALITATIVAS

	Sim	Não
Integralidade da Assistência X Capacidade Instalada	(X)	()
Gestão baseada em sistema de metas e indicadores de desempenho e qualidade	(X)	()
Certificação de Qualidade em Saúde	(X)	()

Resolubilidade do serviço ofertado ao usuário do SUS	(X)	()
--	-------	-----

5-ATENÇÃO AO USUÁRIO

	Sim	Não
Os usuários são esclarecidos quanto aos seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos	(X)	()
São garantidos a confiabilidade dos dados e informações relativas ao paciente	(X)	()
É respeitado a decisão do usuário ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal	(X)	()
É assegurado aos familiares do usuário o direito de receber informações diariamente sobre o paciente	(X)	()
É assegurado ao usuário, que esteja em condições clínicas, a realização de videochamada com os familiares através do programa Visita.com	(X)	()

6- UNIDADE ASSISTENCIAL

6.1 SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO

SERVIÇOS	NSA	SIM	NÃO	PRÓPRIO	CONTRATADO
Laboratório	()	(X)	()	()	(X)
Hemoterapia	()	(X)	()	()	(X)
Raio X	()	(X)	()	(X)	()
UTI	()	(X)	()	(X)	()

6.2) INTERNAMENTO

Clínica	Nº Leitos Planejados	Nº Leitos Operacionais	Nº de Pacientes
MÉDICA (COVID)	130	130	79

6.3) ENFERMARIA- Total Pacientes no momento da Visita: 79

	Sim	Não
Instalações adequadas	(X)	()
Higiene, iluminação e aeração adequadas	(X)	()
Rede de gases medicinais	(X)	()
Cilindro de oxigênio	(X)	()
Há ambu e Guedel para atendimento de urgência	(X)	()

Há aspirador de secreção funcionando	(X)	()
Há medicamento para atendimento de urgência	(X)	()

6.5 UTI

Classificação	() Geral	(X) Adulto COVID	() Pediátrica	() Adulto e Infantil
Há normas e rotinas para as áreas assistenciais	(X) Sim		() Não	
Algum profissional participa da comissão de controle de infecção hospitalar	(X) Sim		() Não	
Encontra-se instalada em área física adequada	(X) Sim		() Não	
Está de acordo com os parâmetros estabelecidos pela legislação vigente	(X) Sim		() Não	
Quais problemas:				
Nº de Leitos: 90 (51 OCUPADOS)				
Há leitos para isolamento	() Sim	() Não		
Quantos:				
O leito de isolamento permite boa circulação de funcionários e paciente	() Sim		() Não	

6.5.1) SERVIÇOS DISPONÍVEIS PARA UTI NSA () se sim ()

SERVIÇOS	SIM	NÃO	PRÓPRIO	CONTRATADO
Laboratório	(X)	()	()	(X)
Hemoterapia	(X)	()	()	(X)
Raio X	(X)	()	(X)	()
Tomografia	(X)	()	(X)	()
Ressonância	()	(X)	()	()
Ecografia	()	(X)	()	()
Outros:				

7- SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO (EM FUNCIONAMENTO)

7.1) LABORATÓRIO

O laboratório funciona 24 horas	(X) Sim	() Não
O Serviço é	() Próprio	(X) Contratado
Realiza exames de rotina ()	Urgência/ emergência (X)	
Laboratório Análises Clínicas (X)	Laboratório de Anatomia Patológica ()	

7.2) MÉTODOS GRÁFICOS

	Sim	Não
E.C.G	(X)	()
E.E.G	()	(X)
E.M.G	()	(X)

7.3) DIAGNÓSTICO POR IMAGEM/ PROCEDIMENTOS ENDOSCÓPIOS

	24 Hs	Rotina	Emergência	Próprio	Contratado
Radiologia convencional	X		X	X	
Ultrassonografia	X		X	X	
Tomografia Computadorizada	X		X	X	
Ecocardiografia					
Endoscopia					

7.4) HEMOTERAPIA

O hospital possui:	() Banco de sangue	(x) Agência transfusional
O serviço é	() Próprio	(x) Contratado
Se contratado, qual: HEMOPE		
O hospital é usuário do hemocentro	() Próprio	(X) Contratado
Responsável pelo setor:		
Realiza pesquisa para ABO, RH, CD, Pesquisa de Pai	(X) Sim	() Não
OBS:		

7.5) SERVIÇO DE NEFROLOGIA

O hospital possui serviço de nefrologia	(X) Sim	() Não
O serviço é	() Próprio	(X) Contratado
Se contratado, qual:	Quantos pacientes em DIÁLISE:	

8-SERVIÇOS DE APOIO TÉCNICO**8.1) CENTRAL DE ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAL**

O serviço é:	() Próprio	(X) Contratado
--------------	-------------	------------------

Nome e endereço do serviço contratado: EMBRAESTER

	Sim	Não	NSA
Área física adequada	()	()	(X)
Fluxo adequado de materiais e funcionários	()	()	(X)
Guarda adequada de materiais	()	()	(X)
Normatização dos procedimentos internos	()	()	(X)
Mapa controle de temperatura das autoclaves	()	()	(X)
Controle de qualidade dos procedimentos de esterilização	()	()	(X)
Profissional da área suja restrito a mesma	()	()	(X)
Profissional da área limpa restrito a mesma	()	()	(X)
Enfermeiro responsável: ELISSON BEZERRA			

8.1.1) EQUIPAMENTOS E /OU TIPOS DE ESTERILIZAÇÃO

	Sim	Não	NSA
Esterilização química	()	()	(X)
Óxido de etileno	()	()	(X)
Autoclave à vapor	()	()	(X)
Estufa	()	()	(X)
Plasma de peróxido de hidrogênio	()	()	(X)

8.2) FARMÁCIA

	Sim	Não
As condições de armazenamento são adequadas	(x)	()
Há falta de medicamentos nesta data	(x)	()
Quais: MIDAZOLAN 10ML E FENTANIL 10ML		
Há padronização de medicamentos	(X)	()
A farmácia trabalha com o sistema	() Convencional	
	() Dose unitária	
	(X) Dose individualizada	
Há controle de datas de vencimentos dos medicamentos estocados	(X)	()
Nome do Farmacêutico responsável: JERUSA BARRIOS	CRF:	

8.3) UNIDADE DE NUTRIÇÃO DIETÉTICA (UND)

A Unidade é	() Própria	(X) Contratada
-------------	-------------	------------------

	Sim	Não
Há padronização de dietas	(X)	()
As condições de higiene, iluminação e aeração são adequadas	(X)	()
Há Cardápio afixado	(X)	()
Utiliza-se água filtrada ou fervida	()	(X)
As condições de conservação dos alimentos são adequadas	(X)	()
Há recursos humanos suficientes	(X)	()
Nome do(a)nutricionista responsável: UYARA LIMA	CRN: 7099	

9- SERVIÇOS GERAIS

9.1) LAVANDERIA

A Unidade dispõe de lavanderia	() Sim	(X) Não
() Própria	(X) Contratada	
As condições de higiene, iluminação e aeração são adequadas	() Sim	() Não (X) NSA
A CCIH participa da elaboração de normas para a lavanderia	() Sim	() Não (X) NSA
Fluxo de roupas e de funcionários é adequado	() Sim	() Não (X) NSA
Há barreira física	() Sim	() Não (X) NSA
Há padronização para o processamento da lavagem da roupa	() Sim	() Não (X) NSA
O serviço utiliza produtos químicos apropriados à lavagem da roupa hospitalar	() Sim	() Não (X) NSA
Os funcionários utilizam EPI (equipamento de proteção individual)	() Sim	() Não (X) NSA

9.2) HIGIENE

O serviço de Higiene Hospitalar é	() Próprio	(x) Contratado
-----------------------------------	-------------	------------------

	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)	()
Os funcionários utilizam EPI (equipamento de proteção individual)	(x)	()
Está implantada a coleta especial para resíduos infectantes	(x)	()
A coleta é realizada	(X) Diária	() Semanal () Quinzenal

9.3) SEGURANÇA

A Unidade possui serviço de segurança	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
O serviço de segurança é:	<input type="checkbox"/> Próprio	<input checked="" type="checkbox"/> Contratado
A segurança é armada:	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não

9.4) AVALIAÇÃO ESTRUTURAL

Iluminação	<input checked="" type="checkbox"/> Boa	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim
Climatização	<input checked="" type="checkbox"/> Boa	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim
Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Boa	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim
Conservação dos sanitários	<input checked="" type="checkbox"/> Boa	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim
Conservação dos bens móveis	<input checked="" type="checkbox"/> Boa	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ru
Conservação Geral da Unidade	<input checked="" type="checkbox"/> Boa	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim
Gerador em funcionamento	<input checked="" type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não
Ambulância	<input checked="" type="checkbox"/> Não possui	<input type="checkbox"/> Em uso	<input type="checkbox"/> Conserto
Obs:			

10- INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

*Reforço a respeito dos prazos de resposta das demandas da Ouvidoria SES;
*Implantação e preenchimento diário do BID (Boletim de Informação Diária);
*Recomenda-se que a Unidade mantenha o padrão de excelência na prestação dos cuidados de saúde à população.

11- CONCLUSÃO

Local: Recife	Data da Visita: 13/07/20
Identificação e Assinatura: Nathália Giovana Gomes da Silva Analista em Saúde- Sanitarista Matrícula: 399.541-0	