

**ROTEIRO PARA VISITA TÉCNICA - HOSPITAL SÍLVIO MAGALHÃES**  
**06/08/2020**

**1- IDENTIFICAÇÃO**

Nome do estabelecimento: HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES- DR. SÍLVIO FERNANDES MAGALHÃES		
Endereço: Rua Engenho Quilombo		
Bairro: BR 101	Município: Palmares	CEP:55.540-000
E-mail:		Telefone: (81) 3661-8267
Horário de Funcionamento: 24h		
O.S. Responsável: Fundação Manoel da Silva Almeida		
Nº do Contrato: 003/2011		Data da Assinatura: Agosto/2011
Perfil da Unidade: Clínica médica, Clínica cirúrgica, Obstetrícia e Pediatria		

**2- CLASSIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**

<input checked="" type="checkbox"/> Hospital Geral	<input type="checkbox"/> Hospital Especializado
<input type="checkbox"/> Pronto Socorro	<input type="checkbox"/> PS Pediatria
<input type="checkbox"/> PS Ortopedia	<input type="checkbox"/> PS Cardiologia

**3- EQUIPE GERENCIAL**

Diretor Geral/Superintendente: Christiano Paiva	CRM nº 11.482
Diretor Médico: André Akel Pereira Araújo	CRM nº 14.754
Coordenador de Enfermagem: Patrícia Trindade	COREN nº 77.930
Diretor Administrativo-Financeiro: Ana Carolina Santos Martins	

**4- ABRANGÊNCIA DO SERVIÇO**

Referência para 23 Municípios da III GERES

**5- REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA**

Com quem o serviço se referencia: Central de regulação  
De quem recebe casos: Central de Regulação, Samu, Bombeiro, UPAS e demanda espontânea.

**6- RECEPÇÃO GERAL**

Nº de Recepcionistas	02		
Nº total de pacientes	05		
Limpeza, iluminação, aeração	<input checked="" type="checkbox"/> Boa	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim
Caixa de Sugestões visível na área interna da Unidade	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	

Funcionários fardados e Identificados	( x ) Sim	( ) Não	
Conduta profissional	( x ) Boa	( ) Regular	( ) Ruim
Observações:			

## 7- 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 )	( )
Política Nacional de Humanização: acolhimento com classificação de risco	( x )	( )
Resolubilidade do serviço ofertado ao usuário do SUS	( x )	( )

## 8-ATENÇÃO AO USUÁRIO

	Sim	Não
Pesquisa de satisfação do usuário	( x )	( )
Atendimento a sugestões, queixas e reclamações dos usuários	( x )	( )
São apresentados índices de satisfação dos usuários	( x )	( )
Os usuários são esclarecidos quanto aos seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos	( x )	( )
São garantidos a confiabilidade dos dados e informações relativas aos usuários	( x )	( )
É permitida a visita ao usuário internado, diariamente, conforme diretrizes da Política Nacional de Humanização - PNH	( 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 ao usuário o direito de ser assistido, religiosa e espiritualmente, por ministro de qualquer culto religioso.	( x )	( )
É assegurado a presença de um acompanhante, em tempo integral, na Unidade, nas internações de crianças, adolescentes, gestantes e idosos	( x )	( )

## 9- ESTRUTURA GERENCIAL

	Sim	Não
Normas e Rotinas Assistenciais Setorizadas	( x )	( )
Regimento Interno do Corpo Clínico	( x )	( )
Registro de Reuniões Clínicas	( x )	( )
Comissão de Ética Médica	( x )	( )
Comissão de Controle de Infecção Hospitalar	( x )	( )
Comissão de Revisão de Prontuário Médico	( x )	( )
Comissão Interna de Prevenção de Acidentes	( x )	( )
Comissão de Revisão de Óbitos	( x )	( )
Comissão de Farmácia	( x )	( )

Protocolos de procedimentos administrativos	( x )	( )
Protocolo Clínico	( x )	( )
Protocolo Assistencial	( x )	( )
Procolos das ações prioritárias: Arboviroses, Acidentes de moto, Telemedicina (Cardiologia), Notificação de agravos	( x )	( )
P.O.P em uso nos setores	( x )	( )
Programa de Treinamento e Especialização	( )	( X )
Residência Médica	( )	( X )
Há Preceptoría	( )	( X )
Qual a Universidade vinculada:		
Pesquisa	( )	( X )
Obs:		

## 10- UNIDADE ASSISTENCIAL

### 10.1) AMBULATÓRIO

	Sim	Não
Ambulatório	( X )	( )
Nº de consultórios	04	
Sala para pequena cirurgia	( )	( x )
De acordo com a legislação vigente	( x )	( )
Leitos de observação	( )	( x )
Nº de Leitos		
Tipos de especialidades atendidas:		

ESPECIALIDADES	DIAS DA SEMANA	HORÁRIO	AGENDA/DIA
Ginecologia /Obstetrícia	Quarta-feira	Manhã	
Pediatria	N/O		
Enfermagem	N/O		
Fisioterapia	Terça-feira/Quarta-feira	Manhã	
Clínica Médica	Quarta-feira		
Ortopedia	Segunda-feira/Terça-feira/ Quarta-feira	Tarde	
Psicologia	Quarta-feira/Quinta-feira	Manhã	
Serviço Social	Segunda-feira a sexta-feira	Manhã/Tarde	

**Obs:** Atendimentos ambulatoriais sendo retomados seguindo as orientações para evitar a contaminação com o Novo Coronavírus, por isso, algumas especialidades foram priorizadas, em detrimento de outras.

**Legenda:** N/C - Não Contratual F/P - Falta Profissional N/O - Não Ofertado

### 10.2) URGÊNCIA

	Sim	Não
Há pronto socorro	( x )	( )
Nº de consultórios para atendimento	02	

De acordo com a legislação vigente	( x )	( )
Leitos de observação	( x )	( )
Nº de Leitos: 23 em sala amarela e 5 em sala vermelha		( )
Há fonte fixa de oxigênio, à vácuo e ar comprimido, suficiente para atender todos os leitos	( x )	( )
Há ambulâncias para remoção	( x )	( )
Possui UTI móvel	( x )	( )
Há sala exclusiva para atendimento de urgência	( x )	( )

10.2.1) EQUIPAMENTOS DA SALA DE URGÊNCIA			
EQUIPAMENTOS	SIM	NÃO	OBSERVAÇÕES
Macas	x		
Cama de Fowler	x		
Desfibrilador	x		
ECG	x		
Monitor Cardíaco	x		
Laringoscópio/ Lâminas/Sondas	x		
Ambu/ adulto e infantil	x		
Ventilador mecânico	x		
Caixa de traqueostomia	x		
Aspirador de secreção	x		
Fonte fixa de O2/ vácuo/ ar comprimido	x		
Torpedo de O2	x		
Outros equipamentos	x		

10.2.2) SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO DA URGÊNCIA
--

SERVIÇOS	SIM	NÃO	PRÓPRIO	CONTRATADO
Laboratório	( x )	( )	( x )	( )
Hemoterapia	( x )	( )	( )	( x )
Raio X	( x )	( )	( x )	( )
UTI	( x )	( )	( x )	( )
Centro Cirúrgico	( x )	( )	( x )	( )
Centro Obstétrico	( X )	( )	( x )	( )

10.2.3) RECURSOS HUMANOS
--------------------------

PROFISSIONAIS	SIM	NÃO	QUANTIDADE	OBSERVAÇÃO
Médico clínico/dia	( x )	( )		
Médico Clínico/ noite	( x )	( )		
Médico diarista	( x )	( )		
Enfermeiro(a)/dia	( x )	( )		
Enfermeiro(a)/ noite	( x )	( )		
Técnico de Enfermagem/dia	( x )	( )		

Técnico de Enfermagem/noite	( x )	( )		
Auxiliar de enfermagem/dia	( x )	( )		
Auxiliar de enfermagem/noite	( x )	( )		
Outros profissionais	( x )	( )		

### 10.3) EMERGÊNCIA

Nº de pacientes em atendimento na emergência	21
--	----

#### 10.3.1 - CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

PROFISSIONAIS	CONSULTÓRIOS	Nº DE PACIENTES
02	02	03
OBS: Obstetrícia: 01 profissional/ 01 consultório/ 04 pacientes		

#### SITUAÇÃO DA EMERGÊNCIA NO MOMENTO DA VISITA

ÁREA	Nº LEITOS	Nº DE PACIENTES
Sala Vermelha	05	02
Sala Amarela	23	07
Observação - Verde	-	0
Pediatria - Observação	05	0
Pediatria - vermelha	04	0
Pré Parto	03	2

### 10.4) INTERNAMENTO

Clínica	Nº Leitos Planejados	Nº Leitos Operacionais	Nº de Pacientes
Pediatria	12	12	3
Clínica Médica	18	18	4
Obstetrícia	29	29	11
Clínica Cirurgia	11	11	1
Ortopedia	11	11	0
Obs: Clínica SRAG: 30 leitos operacionais - 20 pacientes no momento			

### 10.5 ENFERMARIAS

	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 )	( )
---	-------	-----

#### 10.6) QUARTO/ APARTAMENTO

	Sim	Não
Instalações adequadas	( x )	( )
Higiene, iluminação e aeração adequadas	( x )	( )
Rede de gases medicinais	( x )	( )
Cilindro de oxigênio	( x )	( )
Disponibilidade de carrinho de reanimação	( x )	( )

#### 10.7) BLOCO CIRÚRGICO

DESCRIÇÃO	BLOCO CIRÚRGICO	SRPA	SALA DE INDUÇÃO
Nº de Salas	02	01	0
Nº de Leitos	-	04	0
Nº de Pacientes	0	0	0
Obs:			

#### 10.8.2) EQUIPAMENTOS E RECURSOS DISPONÍVEIS

Equipamentos/ medicamentos	Sala 1	Sala 2	Sala 3	Sala 4		
Secção contínua de oxigênio	( x )	( )	( )	( )		
Secção contínua de ar comprimido	( x )	( )	( )	( )		
Secção contínua de óxido nitroso	( x )	( )	( )	( )		
Secção contínua de vácuo	( x )	( )	( )	( )		
Cânula tipo guedel	( x )	( )	( )	( )		
Cânulas para intubação endotraqueal	( x )	( )	( )	( )		
Mandril e pinça condutora de tubos traqueais	( x )	( )	( )	( )		
Laringoscópio	( x )	( )	( )	( )		
Lâminas	( x )	( )	( )	( )		
Lâmpadas	( x )	( )	( )	( )		
Pilhas	( x )	( )	( )	( )		
Material para administração de anestesia regional descartável	( x )	( )	( )	( )		
Material para administração de anestesia regional reprocessado	( x )	( )	( )	( )		
Sistema de aspiração	( x )	( )	( )	( )		
Ambu	( x )	( )	( )	( )		
Oxímetro de pulso	( x )	( )	( )	( )		
Cardioscópio	( x )	( )	( )	( )		
P.N.I automática	( x )	( )	( )	( )		
Capnógrafo	( x )	( )	( )	( )		

P.A.I./ cachimbo de mercúrio	( x )	( )	( )	( )		
P.A.I./ transdutor	( x )	( )	( )	( )		
P.A.I./outros métodos	( x )	( )	( )	( )		
Cilindro de oxigênio	( x )	( )	( )	( )		
Cilindro de óxido nitroso	( x )	( )	( )	( )		
Cilindro de ar comprimido	( x )	( )	( )	( )		
Drogas anestésicas	( x )	( )	( )	( )		
Outros medicamentos	( x )	( )	( )	( )		
Relacionar medicamentos em falta:						

### 10.8.3) CARRINHOS PARA REANIMAÇÃO

#### RECURSOS

	Sim	Não
Desfibrilador	( x )	( )
Monitor	( x )	( )
Laringoscópio	( x )	( )
Lâminas	( x )	( )
Lâmpadas	( x )	( )
Pilhas	( x )	( )
Cânula endotraqueal	( x )	( )
Fio guia	( x )	( )
Cânula de Guedel	( x )	( )
Ambu adulto	( x )	( )
Ambu infantil	( x )	( )
Medicamentos	( x )	( )
Materiais de procedimentos	( x )	( )
Há fácil acesso ao carrinho	( x )	( )

### 10.8.4) RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

Equipamentos/ medicamentos	Sala 1	Sala 2	Sala 3	Sala 4		
Cardioscópio	X					
Oxímetro de pulso	X					
Respirador pressão/ volume	X					
Ventilador/volume	X					
P.N.I. automática	X					
Cânulas tipo Guedel	X					
Ambu	X					
Laringoscópio	X					
Lâmpadas	X					
Lâminas	X					

Pilhas	X					
Cânulas para intubação endotraqueal/traqueal	X					
Cilindro de oxigênio	X					
Cilindro de ar comprimido	X					
Rede fixa de gases	X					

	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Há sala de recuperação pós anestésica (RPA)	( X )	( )
Se não, onde é realizada a recuperação:		

### 10.9) UTI

Classificação	( X ) 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	
Há programa de acompanhamento de visita com orientação			( x ) Sim	
Encontra-se instalada em área física adequada			( x ) Sim	
Está de acordo com os parâmetros estabelecidos pela legislação vigente			( x ) Sim	
Quais problemas:				
Nº de Leitos: 20 leitos (12 pacientes no momento)				
Há leitos para isolamento	( x ) Sim			( ) Não
Quantos:				10
O leito de isolamento permite boa circulação de funcionários e paciente		( x ) Sim		( ) Não

EQUIPAMENTOS	QUANTIDADE/LEITO	FUNCIONANDO
Cardioscópio		SIM
Débito cardíaco		SIM
Equipamento de pressão arterial não invasivo		SIM
Equipamento de pressão arterial invasivo		SIM
Analizador de gases		SIM
Respirador a pressão		SIM
Respirador a volume		SIM
Bombas de infusão		SIM
Aspirador de secreções		SIM
Oxímetro		SIM
Capnógrafo		SIM
Raio X portátil		SIM
ECG		SIM



Cateter Swan-gans		SIM
Oxigênio/leito		SIM
Vácuo/leito		SIM
Tomadas elétricas/leito		SIM
Laringoscópio/Lâminas		SIM
Cânulas e sondas		SIM
Material/procedimento		SIM

#### 10.9.2) SERVIÇOS DISPONÍVEIS PARA UTI

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

#### 11.2) MÉTODOS GRÁFICOS

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

#### 11.3) DIAGNÓSTICO POR IMAGEM/ PROCEDIMENTOS ENDOSCÓPIOS

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

### 12-SERVIÇOS DE APOIO TÉCNICO

#### 12.1)CENTRAL DE ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAL

O serviço é:	<input checked="" type="checkbox"/> Próprio	<input type="checkbox"/> Contratado
Nome e endereço do serviço contratado:		

	Sim	Não
Área física adequada	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fluxo adequado de materiais e funcionários	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Guarda adequada de materiais	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Normatização dos procedimentos internos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mapa controle de temperatura das autoclaves	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Controle de qualidade dos procedimentos de esterilização	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Profissional da área suja restrito a mesma	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Profissional da área limpa restrito a mesma	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermeira responsável	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**12.1.1) EQUIPAMENTOS E /OU TIPOS DE ESTERILIZAÇÃO**

	Sim	Não
Esterilização química	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Óxido de etileno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autoclave à vapor	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estufa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plasma de peróxido de hidrogênio	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**12.2) FARMÁCIA**

	Sim	Não
As condições de armazenamento são adequadas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Há falta de medicamentos nesta data	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Quais:		
Há padronização de medicamentos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A farmácia trabalha com o sistema	<input type="checkbox"/> Convencional	
	<input checked="" type="checkbox"/> Dose unitária	
	<input type="checkbox"/> Dose individualizada	
Há controle de datas de vencimentos dos medicamentos estocados	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nome do Farmacêutico responsável:	CRF:	

**12.3) UNIDADE DE NUTRIÇÃO DIETÉTICA ( UND)**

A Unidade é	<input checked="" type="checkbox"/> Própria	<input type="checkbox"/> Contratada
-------------	---	-------------------------------------

	Sim	Não
Há padronização de dietas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As condições de higiene, iluminação e aeração são adequadas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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	CRN:	

### 13-INFORMAÇÕES GERAIS

	Sim	Não	Qtde.	Observações
Administração	( x )	( )		
Arquivo dos prontuários	( x )	( )		
Caixa de Sugestões	( x )	( )		
Consultório com mobiliário pia + toalha de papel + sabão Líquido	( x )	( )		
DML	( x )	( )		
Laboratório	( x )	( )		
Recepção/sala de espera	( x )	( )		
Refeitório/Vestiário dos Funcionários	( x )	( )		
Rouparia	( x )	( )		
Sala de coleta	( x )	( )		
Sala de curativo	( x )	( )		
Sala de Exame Especializado	( )	( x )		
Sala de Fisioterapia	( x )	( )		
Sala de Vacina	( )	( x )		
Sala de Raio X	( x )	( )		
Sala para guarda do material utilizado	( )	( x )		
Sala para limpeza de material	( x )	( )		
Sala para procedimentos cirúrgicos	( )	( )		
Sanitários Públicos	( x )	( )		

#### 14.1) ESCALA MÉDICA DO DIA ( Nº DE MÉDICOS POR ESPECIALIDADE)

Especialidade	PLANTONISTA	STATUS NA VISITA	DIARISTA	STATUS NA VISITA
Ortopedista	2	PRESENTE		
Pediatra	2	PRESENTE		
Clinico Geral	3	PRESENTE		
Cirurgião Geral	2	PRESENTE		
UTI Adulto	2	PRESENTE		
UTI Neo	-	-		
UTI Pediátrica	-	-		

Legenda: N/C - Não Contratual F/P - Falta Profissional P- Presente

#### 14.2) DEMAIS PROFISSIONAIS

Profissionais	Sim	Não	Quantidade
Enfermeiro	( X )	( )	
Farmacêutico	( X )	( )	
Nutricionista	( X )	( )	
Terapeuta Ocupacional	( X )	( )	
Assistente Social	( X )	( )	
Psicólogo	( X )	( )	
Fisioterapeuta	( X )	( )	
Técnico de Enfermagem	( X )	( )	
Atendentes/ Recepcionistas	( X )	( )	

### 15- PRODUÇÃO (DIA DA VISITA)

	TOTAL
Nº pacientes	153
Nº internações	18
Nº Saídas (*)	16
Nº Óbitos	1

(\*) Saídas= Alta+ Óbito+ Evasão + Transferência

### 16- SERVIÇOS GERAIS

#### 16.1) 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

#### 16.2) HIGIENE

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

	Sim	Não
Há normas e rotinas para a limpeza da Unidade	<input checked="" type="checkbox"/> ( x )	<input type="checkbox"/> ( )
A CCIH participa da elaboração dessas normas	<input checked="" type="checkbox"/> ( x )	<input type="checkbox"/> ( )
São utilizados produtos próprios para limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> ( x )	<input type="checkbox"/> ( )
Os funcionários utilizam EPI (equipamento de proteção individual)	<input checked="" type="checkbox"/> ( x )	<input type="checkbox"/> ( )
Está implantada a coleta especial para resíduos infectantes	<input checked="" type="checkbox"/> ( x )	<input type="checkbox"/> ( )
A coleta é realizada	<input checked="" type="checkbox"/> ( x ) Semanal	<input type="checkbox"/> ( ) Quinzenal

### 16.3) SEGURANÇA

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

### 16.4) SISTEMA DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA

	Sim	Não
Há reservatório de água suficiente para suprir a necessidade de toda a Unidade durante 48 horas	<input type="checkbox"/> ( )	<input checked="" type="checkbox"/> ( x )
Há plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde aprovado pelos órgãos competentes	<input checked="" type="checkbox"/> ( x )	<input type="checkbox"/> ( )

### 16.5) RESÍDUOS SÓLIDOS

	Sim	Não
Há local exclusivo para armazenamento de lixo	<input checked="" type="checkbox"/> ( x )	<input type="checkbox"/> ( )
Há câmara fria para armazenamento de lixo	<input checked="" type="checkbox"/> ( x )	<input type="checkbox"/> ( )
Há coleta seletiva de lixo	<input checked="" type="checkbox"/> ( x )	<input type="checkbox"/> ( )
Há plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde aprovado pelos órgãos competentes	<input checked="" type="checkbox"/> ( x )	<input type="checkbox"/> ( )

### 16.6) SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA (SAME)

	Sim	Não
A Unidade possui prontuário de pacientes	<input checked="" type="checkbox"/> ( x )	<input type="checkbox"/> ( )
Os prontuários são preenchidos adequadamente, com história clínica, diagnósticos, prescrições e evoluções clínicas.	<input checked="" type="checkbox"/> ( x )	<input type="checkbox"/> ( )
As anotações são legíveis	<input checked="" type="checkbox"/> ( x )	<input type="checkbox"/> ( )
Os prontuários médicos são mantidos atualizados, considerando os prazos previstos em lei	<input checked="" type="checkbox"/> ( x )	<input type="checkbox"/> ( )
Evoluções e prescrições com identificação do médico responsável	<input checked="" type="checkbox"/> ( x )	<input type="checkbox"/> ( )
Com datas e horários	<input checked="" type="checkbox"/> ( x )	<input type="checkbox"/> ( )
Outros profissionais anotam suas evoluções no prontuário do paciente.	<input checked="" type="checkbox"/> ( x )	<input type="checkbox"/> ( )
Quais		

**16.7) MANUTENÇÃO GERAL**

	Sim	Não
Assistência Técnica Preventiva e Corretiva Predial	( X )	( )
Empresa Contratada:		
Assistência Técnica Preventiva e Corretiva de Bens Móveis	( X )	( )
Empresa Contratada:		
Núcleo de Engenharia Clínica	( X )	( )
Controle Patrimonial dos bens móveis	( X )	( )
Serviço de Gerenciamento de Risco e de Resíduos Sólidos	( X )	( )

**16.8) AVALIAÇÃO ESTRUTURAL**

Iluminação	( ) Boa	( x ) Regular	( ) Ruim
Climatização	( ) Boa	( x ) Regular	( ) Ruim
Limpeza	( ) Boa	( x ) Regular	( ) Ruim
Conservação dos sanitários	( ) Boa	( x ) Regular	( ) Ruim
Conservação dos bens móveis	( ) Boa	( x ) Regular	( ) Ruim
Conservação Geral da Unidade	( ) Boa	( x ) Regular	( ) Ruim
Gerador em funcionamento		( ) Sim	( x ) Não
Ambulância		( x ) Em uso	( ) Conserto

**17- INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

\*Visita acompanhada pela Gerente de Enfermagem da unidade, Patrícia Trindade;  
\*Reforçada a importância de manter acompanhantes e pacientes com máscara, para evitar propagação do novo Coronavírus;  
\*Foi alinhado com a Unidade o fluxo de envio dos ofícios de justificativa de não alcance de metas em decorrência da pandemia;  
\*Recomenda-se que a unidade a Unidade mantenha o padrão de excelência na prestação dos cuidados de saúde à população.

**18- CONCLUSÃO**

Local: Palmares/PE	Data da Visita: 06/08/2020
Identificação e Assinatura:	
<p><i>Nathália Gomes</i> Nathália Giovana Gomes da Silva Analista em Saúde- Sanitarista Matrícula: 399.541-0</p> <p><i>Nathália Gomes</i> Analista em Saúde - Sanitarista Mat. 399.541-0 SES/PE</p>	