

ROTEIRO PARA VISITA TÉCNICA - Maternidade Brites de Albuquerque 13/08/2020

1- IDENTIFICAÇÃO

Nome do estabelecimento: MATERNIDADE BRITES DE ALBUQUERQUE		
Endereço: Av. Pan Nordestina, 4215		
Bairro: Santa Tereza	Município: Olinda	CEP: 53350-015
E-Mail:		Telefone:
Horário de Funcionamento: 24 horas		
O.S. Responsável: Hospital do Tricentenário		
Nº do Contrato: 004/2020		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:	Eud Johnson de Lima Cordeiro
Diretor Médico:	Raul Carneiro Lins
Coordenador de Enfermagem:	Maria da Conceição Peixoto
Diretor Administrativo-Financeiro:	Roseli Luiza de Souza Nascimento

3- RECEPÇÃO GERAL

Nº de Recepcionistas	02		
Nº total de acompanhantes	0		
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 type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	
Funcionários fardados e Identificados	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Conduta profissional	<input checked="" type="checkbox"/> Boa	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim
Observações:			

4- INFORMAÇÕES QUALITATIVAS

	Sim	Não
Integralidade da Assistência X Capacidade Instalada	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestão baseada em sistema de metas e indicadores de desempenho e qualidade	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Certificação de Qualidade em Saúde	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resolubilidade do serviço ofertado ao usuário do SUS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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)	60	60	07

6.3) ENFERMARIA- Total Pacientes no momento da Visita: 07 pacientes

	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	<input type="checkbox"/> Geral	<input checked="" type="checkbox"/> Adulto COVID	<input type="checkbox"/> Pediátrica	<input type="checkbox"/> Adulto e Infantil
Há normas e rotinas para as áreas assistenciais			<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Algum profissional participa da comissão de controle de infecção hospitalar			<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Encontra-se instalada em área física adequada			<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Está de acordo com os parâmetros estabelecidos pela legislação vigente			<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Quais problemas:				
Nº de Leitos: 40 leitos operacionais (22 ocupados)				

6.5.1) SERVIÇOS DISPONÍVEIS PARA UTI

SERVIÇOS	SIM	NÃO	PRÓPRIO	CONTRATADO
Laboratório	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Hemoterapia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Raio X	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tomografia	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressonância	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecografia	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outros:				

7- SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO (EM FUNCIONAMENTO)**7.1) LABORATÓRIO**

O laboratório funciona 24 horas	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
O Serviço é	<input type="checkbox"/> Próprio	<input checked="" type="checkbox"/> Contratado
Realiza exames de rotina <input type="checkbox"/>	Urgência/ emergência <input checked="" type="checkbox"/>	
Laboratório Análises Clínicas <input checked="" type="checkbox"/>	Laboratório de Anatomia Patológica <input type="checkbox"/>	

7.2) MÉTODOS GRÁFICOS

	Sim	Não
E.C.G	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E.E.G	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
E.M.G	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

7.3) DIAGNÓSTICO POR IMAGEM/ PROCEDIMENTOS ENDOSCÓPIOS

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

7.4) HEMOTERAPIA

O hospital possui:	<input type="checkbox"/> Banco de sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Agência transfusional
O serviço é	<input type="checkbox"/> Próprio	<input checked="" type="checkbox"/> Contratado
Se contratado, qual: HEMOPE		
O hospital é usuário do hemocentro	<input type="checkbox"/> Próprio	<input checked="" type="checkbox"/> Contratado
Responsável pelo setor:		
Realiza pesquisa para ABO, RH, CD, Pesquisa de Pai	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
OBS:		

7.5) SERVIÇO DE NEFROLOGIA

O hospital possui serviço de nefrologia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
O serviço é	<input type="checkbox"/> Próprio	<input checked="" type="checkbox"/> Contratado
Se contratado, qual: SOS RENAL		Quantos pacientes em DIALISE: 0

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

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

	Sim	Não	NSA
Área física adequada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Fluxo adequado de materiais e funcionários	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Guarda adequada de materiais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Normatização dos procedimentos internos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Mapa controle de temperatura das autoclaves	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

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:			

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:		
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: ANA SOUZA FRAGOSO DO NASCIMENTO	CRF: 5223	

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: TARCIANA SIMPLÍCIO E SILVA	CRN: 64109	

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) Dias alternados	() Semanal () Quinzenal

9.3) SEGURANÇA

A Unidade possui serviço de segurança	(X) Sim	() Não
O serviço de segurança é:	() Próprio	(X) Contratado
A segurança é armada:	() Sim	(X) Não

9.4) AVALIAÇÃO ESTRUTURAL

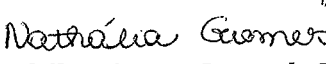
Iluminação	(X) Boa	() Regular	() Ruim
Climatização	(X) Boa	() Regular	() Ruim

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"/> Ruim
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

*Visita acompanhada pela enfermeira da CCIH, Maria Eduarda Marques;
 *Alinhado o fluxo de preenchimento das AIHs com o CID secundário, visto que identificou-se um erro na conversão dos dados alimentados no prontuário eletrônico, no momento da importação para o SISAIH.
 *Recomenda-se que a Unidade mantenha o padrão de excelência na prestação dos cuidados de saúde à população.

11- CONCLUSÃO

Local: Olinda/PE	Data da Visita: 13/08/20
Identificação e Assinatura:	
 Nathália Giovana Gomes da Silva Analista em Saúde- Sanitarista Matrícula: 399.541-0	