

ROTEIRO PARA VISITA TÉCNICA - HOSPITAL

1- IDENTIFICAÇÃO

Nome do estabelecimento: Hospital Metropolitano Oeste Pelópidas da Silveira		
Endereço: BR 232, km 06		
Bairro: Curado	Município: Recife	CEP: 50.070-680
E-mail: -		Telefone: 81 31830303
Horário de Funcionamento: 24 h		
O.S. Responsável: IMIP hospitalar		
Nº do Contrato: 004/2011		Data da Assinatura: 08/12/2011
Perfil da Unidade: CARDIOLOGIA E NEUROLOGIA		

2- EQUIPE GERENCIAL

Diretor Geral/Superintendente: CAIO MARGARINOS SOUZA LEÃO FILHO	CRM nº 3577
Diretor Médico: CARLOS JAPHET DA MATA ALBUQUERQUE	CRM nº 8945
Coordenador de Enfermagem: LÍDIA LINS SODRÉ	COREN nº 330961
Diretor Administrativo-Financeiro: GILBERTO FALBO FIALHO	

4- RECEPÇÃO GERAL

Nº de Recepcionistas:	03		
Nº total de pacientes:	0		
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	
Obs.: existem 05 pacientes na emergência sala verde Covid-19, sendo 02 da clínica cardiológica, 02 da clínica neurológica e 01 da clínica médica, com pendências de exames de imagem;			

5- UNIDADE ASSISTENCIAL**5.1) AMBULATÓRIO**

	Sim	Não
Ambulatório	(X)	()
Nº de consultórios operacionais	05	
Nº de Leitos	Não se aplica	
Obs.: funcionamento com demanda reduzida devido a Pandemia Covid-19, porém já voltando a normalidade, no momento com 80 pacientes atendidos, nas especialidades de neuclínica, cirurgia plástica e cardiologia, além dos atendimentos da fisioterapia, enfermagem, com controle de NR e nutrição;		

5.2) URGÊNCIA

	Sim	Não
Nº de consultórios operacionais	02	
Leitos de observação:	(X)	()
Nº de Leitos operacionais	30	69
Há fonte fixa de oxigênio, a vácuo e ar comprimido disponíveis no momento da visita	(X)	()
Há ambulâncias para remoção disponível no momento da visita	(X)	()

5.2.1) 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		
Obs.: Equipamentos em funcionamento			

5.3) EMERGÊNCIA

Nº de pacientes em atendimento na emergência	57
--	----

ÁREA	Nº LEITOS	Nº DE PACIENTES
Recepção	-	01
Serviço Social	-	01
Consultório de Neurologia	01	0
Consultório de Cardiologia	01	1
Sala Vermelha	10	21
Sala Amarela 1 (Covid)	6	4
Sala Amarela 2	14	86

5.4 ENFERMIARIAS

	Nº DE LEITOS	PACIENTES
--	--------------	-----------

UTI NEUROLÓGICA (II)	10	09
UTI NEUROLÓGICA (III)	09	08
UTI CARDIOLÓGICA (I)	10	desativada
SRPA	10	05
4º LESTE NEUROCIRURGIA	30	27
4º OESTE CARDIOLOGIA	30	28
5º LESTE NEUROCLÍNICA	30	30
5º OESTE NEUROCLÍNICA	30	27
Obs.:		

5.5) BLOCO CIRÚRGICO

Obs.: existem 05 salas cirúrgicas, no momento da visita, existiam 04 pacientes agendados

EQUIPAMENTOS	QUANTIDADE/LEITO	FUNCIONANDO
Equipamento de pressão arterial invasivo	01	sim
Analizador de gases	01	sim
Respirador a pressão	01	sim
Respirador a volume	01	sim
Bombas de infusão	01	sim
Aspirador de secreções	01	sim
Oxímetro	01	sim
Capnógrafo	01	sim
Raio X portátil	01	sim
ECG	01	sim
Cateter Swan-Gans	01	sim

Oxigênio/leito	01	sim
Vácuo/leito	01	sim
Tomadas elétricas/leito	01	sim
Laringoscópio/Lâminas	01	sim
Cânulas e sondas	01	sim
Material/procedimento	01	sim

5.5.1) RECURSOS HUMANOS

PROFISSIONAIS	QUANTIDADE	DEFICT
Médicos diaristas	-	
Médicos plantonistas/dia	-	
Médicos plantonistas/noite	-	
Residentes/estagiários	-	
Enfermeira/dia	-	
Enfermeira/noite	-	
Técnico de enfermagem/dia	-	
Técnico de enfermagem/noite	-	
Auxiliar de enfermagem/dia	-	
Auxiliar de enfermagem/noite	-	
Atendente de enfermagem/dia	-	
Atendente de enfermagem/noite	-	

5.6) HEMODINÂMICA

AMBIENTE	Nº DE LEITOS	PACIENTES
Sala de Exame	01	-

Sala de Repouso	05	05
Obs.:		

5.7) 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
Número de pacientes realizando hemodiálise extra UTI	00	02

5.8) FARMÁCIA

	Sim	Não
As condições de armazenamento são adequadas	<input checked="" type="checkbox"/> (X)	<input type="checkbox"/> ()
Há falta de medicamentos nesta data	<input type="checkbox"/> ()	<input checked="" type="checkbox"/> (x)
Quais:		

6. RECURSOS HUMANOS - GERAL

Nº de médicos:	
Nº de enfermeiras	109
Nº de auxiliares de enfermagem	0
Nº de técnicos de enfermagem	294
Nº de atendentes	
Nº total de funcionários (excluídos os médicos)	

7- INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

- * Diretor Geral ausente - Grupo de Risco Covid, Diretor Médico, ausente no momento da visita;
- * Diretor Administrativo/Financeiro e Coordenação de Enfermagem, presentes;
- * Tomógrafo operante, retornou no dia 12/09/2020;
- * Visitado a área administrativa e emergência;
- * Durante a visita observado total de 86 pacientes internados na sala amarela, porém deste, 38 no corredor, os demais acomodados na sala, porém, condições de atendimento prejudicado pelo quantitativo de paciente.

8- CONCLUSÃO

Local: Recife

Data da Visita: 15/09/2020

Identificação e Assinatura:

Tereza Cristina da Silva - Gestora de Contratos de Gestão Assistencial

Matrícula 357.436-9