

ROTEIRO PARA VISITA TÉCNICA - UPA
DATA: 15/09/2020

1- IDENTIFICAÇÃO

Nome do estabelecimento: UPA CAXANGÁ
O.S. Responsável: MARIA LUCINDA
Perfil da Unidade: CM/PED/ORT

2- RECEPÇÃO GERAL

Nº total de pacientes: 24	Classificados: 15	Não Classificados: 9	
Tempo Médio de espera dos pacientes (para ser classificado):			
Limpeza, iluminação, aeração	() Boa	(X) 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 (04)	Nº Ortopedista (01)	Nº Pediatra (02)	Nº de Odonto ()
Obs:			

3-CARACTERÍSTICAS GERAIS

Nº de consultórios de atendimento	Existentes (04)	Ativos (03)
Nº de leitos de observação e/ou repouso	Existentes ()	Ativos ()
Obs: 01 médico atendendo na sala vermelha		

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: Atestado ou declaração/ Prontuário (cópia)

5- AVALIAÇÃO ASSISTENCIAL

5.1) SALA DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Número de pacientes em espera:			21
Limpeza, iluminação, aeração	<input checked="" type="checkbox"/> Boa	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim
Divisórias		<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Estado do mobiliário/ equipamentos	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim
Enfermeiro responsável: Mirellys/ Eduardo/ Fabrícia e Carla			COREN:
Obs: 02 enfermeiros classificando			

5.2) SALA DE SERVIÇO SOCIAL

Assistente Social: Micheline	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Supervisor:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Divisórias	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	
Estado do mobiliário/equipamentos	<input checked="" type="checkbox"/> Boa	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim
Obs: Estudantes presentes no momento;			

5.3) SALA VERMELHA

Nº de Leitos	Existentes (04)		Ativos (02)
Nº total de pacientes:			03
Nº de pacientes acima de 24 horas:			03
Nº de Pacientes regulados: paciente aguardando leito para transferência			03
Qual o perfil do paciente regulado:			
Nº de Profissionais em atendimento	Médicos (01)	Enfermeiros (01)	Tec. Enfermagem (01)
Limpeza, iluminação, aeração	<input type="checkbox"/> Boa	<input checked="" type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim
Estado dos mobiliários/ equipamentos	<input type="checkbox"/> Bom	<input checked="" type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim
Obs:			

5.4) EQUIPAMENTOS DISPONÍVEIS NA SALA VERMELHA

Equipamentos	Sim (x)	Não ()	Observação
Bomba de Infusão	Sim (x)		20
Cama de Fowler	Sim (x)		04
Carro PCR	Sim (x)		01
Kit PCR	Sim (x)		01
Desfibrilador	Sim (x)		01
ECG	Sim (x)		01
Macas	Sim (x)		01
Monitor Multiparâmetros	Sim (x)		06
Oxímetro Portátil	Sim (x)		02
Biombo/Divisória	Sim (x)		02
Pontos de ar comprimido	Sim (x)		04
Pontos de O2	Sim (x)		04
Ventilador à pressão e/ou volume	Sim (x)		04

Obs: Carro de parada checado com todos materiais dentro da validade. Lacre nº 421920

5.5) SALA AMARELA

Nº de Leitos	Existentes (10)		Ativos (10)
Nº total de pacientes:			
Nº de pacientes acima de 24 horas:			
Nº de Pacientes regulados:			
Qual o perfil do paciente regulados:			
Nº de Profissionais em atendimento	Médicos (01)	Enfermeiros (01)	Tec. Enfermagem (01)
Limpeza, iluminação, aeração	() Boa	(X) Regular	() Ruim
Estado dos mobiliários/ equipamentos	() Bom	(X) Regular	() Ruim
POP	() Sim		() Não

5.6) SALA AMARELA PEDIÁTRICA

Nº de Leitos	Existentes (04)	Ativos (01)	
Nº total de pacientes:			04
Nº de pacientes acima de 24 horas:			00
Nº de Pacientes regulados:			03
Nº de Profissionais em atendimento	Médicos (01)	Enfermeiros (01)	Tec. Enfermagem (01)
Limpeza, iluminação, aeração	() Boa	(X) Regular	() Ruim
Estado dos mobiliários/ equipamentos	() Bom	(X) Regular	() Ruim
Obs: Ambiente limpo e organizado;			

5.7) SALA DE ISOLAMENTO 01 PACIENTE COM TB

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

5.8) SALA DE RX

Nº de pacientes aguardando o RX	0		
Profissionais fazem uso do dosímetro	Sim (X)	Não ()	Validade: 30/09
Nº de Profissionais em atendimento	Técnico em Radiologia (01)	Técnico em Câmara escura ()	
Sala de Imobilização	(X) Sim	() Não	
Técnico de Imobilização presente	(X) Sim	() Não	
Limpeza, iluminação	() Boa	(X) Regular	
Estado do mobiliários/equipamentos	() Bom	(X) Regular	
Obs: Ambiente limpo sem odor;			

6- PRODUÇÃO (DO DIA DA VISITA)

	Quantidade
Nº de atendimentos em Clínica Médica	280
522Nº de atendimentos em Pediatria	17
Nº de atendimentos em Ortopedia	86
Nº de atendimentos em Odontologia	
Obs: 383 atendimentos de 00:00 hs as 09:23 hs	

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: Ambiente limpo e organizado;		

8- SERVIÇOS DE APOIO TÉCNICO

8.1) FARMÁCIA

Iluminação	() Boa	(X) Regular	() Ruim
Climatização	() Boa	(X) Regular	() Ruim
Limpeza	() Boa	(X) 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:			CRF:

9- SERVIÇOS GERAIS

9.1) EXPURGO

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

9.2) HIGIENE

	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: INTERCLIN	<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

9.3) VESTUÁRIO E REPOUSO

	Sim	Não
As condições de higiene, iluminação e aeração são adequadas	<input checked="" type="checkbox"/> (x)	<input type="checkbox"/> ()
Situação do mobiliário:	<input type="checkbox"/> () Boa	<input checked="" type="checkbox"/> (X) Regular
		<input type="checkbox"/> () Ruim
Obs: No momento da visita foi observado que nenhum profissional se encontrava nos quartos;		

9.4) MANUTENÇÃO GERAL

	Sim	Não
Coleta seletiva Regular	<input checked="" type="checkbox"/> (X)	<input type="checkbox"/> ()
Serviço de Gerenciamento de Risco e de Resíduos Sólidos Regular	<input checked="" type="checkbox"/> (X)	<input type="checkbox"/> ()
Serviço de Segurança armada	<input type="checkbox"/> ()	<input checked="" type="checkbox"/> (X)
Ambulância ativa	<input checked="" type="checkbox"/> (X)	<input type="checkbox"/> ()
Macas presas	<input checked="" type="checkbox"/> (X)	<input type="checkbox"/> ()
Qtde: (08) Local: HOF, HR, HPS e HGV		
Há pendências de remoções: sim	<input checked="" type="checkbox"/> (X)	<input type="checkbox"/> ()
Causa: Aguardando macas e leitos da regulação;		
Obs: Regulação ciente e hospitais já sinalizados para liberarem macas assim que possível;		

10- INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Condições de higiene das dependências da unidade adequada.

Visita realizada com Geórgia, coordenadora administrativa.

11- CONCLUSÃO

Local: UPA CAXANGÁ

Data da Visita: 15/09/2020

IZABELA G. L. MONTENEGRO
COORDENADORA DE GESTÃO ASSISTENCIAL
MATRICULA 398.435-4