

## ROTEIRO VISITA HOSPITAL

### 1- IDENTIFICAÇÃO

|                                                                                                               |                      |                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------------------|
| Nome do estabelecimento: HOSPITAL REGIONAL RUY DE BARROS CORREIA                                              |                      |                                |
| Endereço:                                                                                                     |                      |                                |
| Bairro:                                                                                                       | Município: ARCOVERDE | CEP:                           |
| E-mail:                                                                                                       | Telefone:            |                                |
| Horário de Funcionamento: 24 HORAS                                                                            |                      |                                |
| O.S. Responsável: HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO                                                                   |                      |                                |
| Nº do Contrato: 002/2017                                                                                      |                      | Data da Assinatura: 30/07/2017 |
| Perfil da Unidade: MÉDIA COMPLEXIDADE (CLÍNICA MÉDICA, CLÍNICA CIRÚRGICA, MATERNO-INFANTIL, TRAUMA-ORTOPEDIA) |                      |                                |

### 2- EQUIPE GERENCIAL

|                                                 |          |
|-------------------------------------------------|----------|
| Diretor Geral/Superintendente: ANA KELLY ARAUJO | CRM nº   |
| Diretor Médico: JOSÉ IVAN                       | CRM nº   |
| Coordenador de Enfermagem: LINDINALVA VALENÇA   | COREN nº |
| Diretor Administrativo-Financeiro: BRENO        |          |
|                                                 |          |

### 3- Monitoramento GERES

|                                             |         |           |
|---------------------------------------------|---------|-----------|
| Apoiador da GERES acompanhou visita técnica | ( ) SIM | ( x ) NÃO |
|---------------------------------------------|---------|-----------|

### 4- RECEPÇÃO GERAL

|                                                       |           |             |          |
|-------------------------------------------------------|-----------|-------------|----------|
| Nº de Recepcionistas                                  | 03        |             |          |
| Nº total de pacientes                                 | 10        |             |          |
| 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     |          |
| Observações:                                          |           |             |          |
|                                                       |           |             |          |

## 5- UNIDADE ASSISTENCIAL

### 5.1) AMBULATÓRIO

|                                  | Sim      | Não |
|----------------------------------|----------|-----|
| Ambulatório                      | ( x )    | ( ) |
| Nº de consultórios operacionais  | 06 salas |     |
| Leitos de observação disponíveis |          |     |
| Nº de Leitos                     |          |     |
| OBS: nas observações             |          |     |

### 5.2) URGÊNCIA

|                                                                                     | Sim   | Não |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----|
| Nº de consultórios operacionais                                                     | 03    |     |
| Leitos de observação                                                                | ( x ) | ( ) |
| Nº de Leitos operacionais                                                           |       | ( ) |
| Há fonte fixa de oxigênio, à 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   |     |             |

**5.3) EMERGÊNCIA**

Nº de pacientes em atendimento na emergência

07

**SITUAÇÃO DA EMERGÊNCIA NO MOMENTO DA VISITA**

| ÁREA                                   | Nº LEITOS    | Nº DE PACIENTES |
|----------------------------------------|--------------|-----------------|
| Recepção                               | -            | -               |
| Serviço Social                         | -            | 00              |
| Consultório Clínica Médica             | 01           | 01              |
| Consultório Traumatologia/Ortopedia    | 01           | 00              |
| Consultório Cir. Geral                 | 01           | 00              |
| Sala de Espera Traumatologia/Ortopedia | 01           | 00              |
| Sala Vermelha                          | 06           | 02              |
| Sala Amarela                           | 06           | 03              |
| Sala Verde                             | 06 POLTRONAS | 06              |
| Sala de Imobilização                   | 01 maca      | 00              |
| Sala de Curativo Limpo/Sutura          | 01 maca      | 00              |

**5.4) INTERNAMENTO**

| Clínica                   | Nº Leitos Planejados | Nº Leitos Operacionais | Nº de Pacientes |
|---------------------------|----------------------|------------------------|-----------------|
| Cirúrgica                 | 06                   | 06                     | 04              |
| Ginecológica              | 29                   | 29                     | 16              |
| Médica                    | 35                   | 35                     | 05              |
| Pediátrica                | 18                   | 18                     | 05              |
| Psiquiátrica              | 06                   | 06                     | 03              |
| Traumatologia/ Ortopédica | 02                   | 02                     | 00              |
| Obs:                      |                      |                        |                 |
|                           |                      |                        |                 |

**5.5 ENFERMARIAS**

|                                            | Sim   | Não |
|--------------------------------------------|-------|-----|
| Número de leitos operacionais              | x     |     |
| Número de pacientes                        | x     |     |
| Número de leitos disponíveis               |       |     |
| Higiene, iluminação e ventilação adequadas |       |     |
| Rede de gases medicinais                   | ( x ) | ( ) |
| Cilindro de oxigênio                       | ( x ) | ( ) |

**5.6) BLOCO CIRÚRGICO**

| DESCRIÇÃO                | BLOCO CIRÚRGICO | SRPA | SALA DE INDUÇÃO |
|--------------------------|-----------------|------|-----------------|
| Nº de Salas operacionais | 02              |      |                 |
| Nº de Leitos             |                 |      |                 |
| Nº de Pacientes          | 00              |      |                 |
| Obs:                     |                 |      |                 |

**5.7) BLOCO CIRÚRGICO OBSTÉTRICO**

| DESCRIÇÃO                               | BLOCO CIRÚRGICO | SRPA | SALA DE INDUÇÃO |
|-----------------------------------------|-----------------|------|-----------------|
| Nº de Sala de Parto Normal operacionais | 01              |      |                 |
| Nº de Sala de Parto Cirúrgico           | 00              |      |                 |
| Nº de Pacientes                         | 00              |      |                 |
| Obs:                                    |                 |      |                 |

|                                |                  |                  |
|--------------------------------|------------------|------------------|
| Nº de salas de parto normal    | ( X ) Planejadas | ( ) Operacionais |
| Nº de salas de parto cirúrgico | (X ) Planejadas  | ( ) Operacionais |

**5.7.5) ATENDIMENTO PRÉ-PARTO**

|                            | Qtd. |
|----------------------------|------|
| Nº de Leitos Planejadas    | 03   |
| Nº de Leitos Operacionais: | 03   |

**5.8) FARMÁCIA**

|                                             | Sim   | Não   |
|---------------------------------------------|-------|-------|
| As condições de armazenamento são adequadas | ( X ) | ( )   |
| Há falta de medicamentos nesta data         | ( X ) | ( X ) |
| Quais:                                      |       |       |

**6- INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

- Sem queixas de pacientes e ou acompanhantes até o término da visita;
- Unidade abastecida com insumos
- Equipamentos calibrados;
- A estrutura da emergência precisa ser melhoradas;
- A unidade retornou as consultas ambulatoriais (ginecologia/obstetrícia, ortopedia e cardiologia) de acordo com os decretos quanto as normas de segurança ao paciente;
- O hospital readaptou alguns setores para leitos de Covid, ficando com 05 leitos de enfermaria adulto e 02 leitos para pediatria; na observação (urgência) com 03 leitos na sala amarela, 02 leitos na sala verde, 02 leitos de pediatria, 02 obstétricos, 04 leitos na sala vermelha e 08 leitos de UTI;
- Na maternidade tem leito exclusivo para COVID (02 leitos);
- Na emergência COVID, com 05 pacientes suspeitos na observação e 06 na UTI COVID
- Os profissionais suspeitos por COVID, o hospital disponibiliza teste rápido e o swab e profissional é encaminhado para o médico do trabalho para as devidas orientações;
- Teste rápido e SWAB disponibilizado no hospital;
- Profissionais capacitados quanto ao manejo de pacientes suspeito pelo COVID;
- Unidade iniciou com as cirurgias eletivas;
- Unidade com os POP atualizados nos setores;
- Iniciar a reforma de emergência;
- 

**8- CONCLUSÃO**

|                                                                |                             |
|----------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| Local: Hospital Regional Ruy de Barros de Correia              | Data da Visita: 13/10/ 2020 |
| Identificação e Assinatura : Larissa Costa Matrícula 337.512-9 |                             |