

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:	00
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	(<input checked="" type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não
Obs.:	

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 56 pacientes atendidos, nas especialidades de neuroclínica, arritmia 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	99
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	86
--	----

ÁREA	Nº LEITOS	Nº DE PACIENTES
Recepção	-	01
Serviço Social	-	01
Consultório de Neurologia	01	0
Consultório de Cardiologia	01	0
Sala Vermelha	10	21
Sala Amarela 1	6	23
Sala Amarela 2	14	44
Obs.: dos 88 pacientes, 07 são suspeitos Covid;		

5.4 ENFERMARIAS

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

9

UTI NEUROLÓGICA (II)	10	10
UTI NEUROLÓGICA (III)	9	09
UTI CARDIOLÓGICA (I)	10	desativada
SRPA	10	06
4º LESTE NEUROCIRURGIA	30	20
4º OESTE CARDIOLOGIA	30	28
5º LESTE NEUROCLÍNICA	30	21
5º OESTE NEUROCLÍNICA	30	27
Obs.:		

5.5) BLOCO CIRÚRGICO

Obs.: existem 02 salas cirúrgicas, no momento da visita, 03 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
EKG	01	sim
Cateter Swan-Gans	01	sim

18

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	01

④

Sala de Repouso	05	03
Obs.: existiam 10 procedimentos agendados;		

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	04

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:	205
Nº de enfermeiras	126
Nº de auxiliares de enfermagem	0
Nº de técnicos de enfermagem	348
Nº de atendentes	
Nº total de funcionários (excluídos os médicos)	1.065

Ⓢ

7- INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

- * Diretor Geral, ausente - Grupo de Risco Covid;
- * Diretor Médico, Diretor Administrativo/Financeiro e Coordenação de Enfermagem, presentes;
- * Tomógrafo operante;
- * Visitado a área administrativa, emergência e internamento;
- * Identificado que existem 21 pacientes na sala vermelha, destes 03 são Covid, solicitado apoio para transferência para uma Unidade de referência junto à CRL;

8- CONCLUSÃO


Local: Recife

Data da Visita: 26/11/2020

Identificação e Assinatura:

Tereza Cristina da Silva - Gestora de Contratos de Gestão Assistencial

Matrícula 357.436-9


Tereza Cristina da Silva
Gestora de Contratos de
Gestão Assistencial
Mat. 357.436-9