

ROTEIRO DE INSPEÇÃO PARA CONSULTÓRIO SEM PROCEDIMENTO

1. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO		
Razão Social:		
Nome Fantasia:		
CNPJ/CAEPF:		
Endereço:		
Bairro:		
Município: Rio Bananal /ES CEP:29920-000		
Fone fixo:		Celular:
E-mail:		
Responsável Técnico:		CPF: CR :
Possui alvará de localização expedido pela prefeitura: () sim () não		
Motivo da Inspeção:		
() Solicitação de licença sanitária inicial () Renovação de licença sanitária		
() Outros/Especificar: _____		
2. RELAÇÃO DOS PROFISSIONAIS QUE UTILIZAM O CONSULTÓRIO:		
Nome	Especialidade	Registro no CR_____

OBS: Acrescentar roteiros de sala cirúrgica ou vacina, quando houver.

3. DOCUMENTAÇÃO			
LEGENDA: SIM /NÃO/ NA = NÃO SE APLICA	SIM	NÃO	NA
1. Alvarás fixados em local visível;			
2. Possui certificado de responsabilidade técnica do conselho correspondente atualizado;			
3. Listagem detalhada das atividades a serem desenvolvidas no estabelecimento por cada um dos profissionais;			
4. Possui comprovante de vacinação dos profissionais do estabelecimento;			
5. Arquivo de cópia da Comunicação de Acidente de Trabalho-CAT?			
6. Rotina detalhada por escrito do processo de limpeza ambiental e de superfícies, incluindo equipamentos;			
7. Rotina detalhada por escrito do processo de limpeza dos filtros dos equipamentos do sistema de climatização de ar;			
8. Comprovante de limpeza dos reservatórios de água, pragas e vetores emitido por empresa licenciada;			
9. Cópia do serviço de Plano de Gerenciamento de Serviço de Saúde - PGRSS conforme			

RDC nº 306/04/ANVISA ou outra que vier substituí-la?			
Obs.;			
4. ESTRUTURA	SIM	NÃO	NA
4.1 RECEPÇÃO E AMBIENTE			
4.1.1 Sala/área para registro e arquivo de fichas e prontuários?			
4.1.2 Balcão/guichê?			
4.1.3 Área de espera?			
4.1.4 Bancos/assentos destinados ao público?			
4.1.5 Ambiente íntegro (portas, paredes, piso, teto, janelas, rodapés, revestimentos) em perfeitas condições de instalação elétrica, hidráulica e sanitária; limpo e organizado.			
4.1.6 Mobiliário de acordo com a RDC 50/02- ANVISA (liso, lavável e impermeável) atenção a cortinas, tapetes, biombos, etc.			
4.1.7 Ambiente livre de objetos em exposição não relacionados ao exercício das atividades fins (coleções, livros, quadros, esculturas, plantas, etc.);			
4.1.8 Ralos de sanitários, copas, etc, possuem proteção contra a entrada de insetos.			
Obs.:			
4.2 SANITÁRIOS	SIM	NÃO	NA
4.2.1 Separados por sexo e porta com abertura para fora?			
Obs.:			
4.3 CONDIÇÕES DE LAVAGEM DAS MÃOS:	SIM	NÃO	NA
4.3.1 Existência de lavatório ?			
4.3.2 Dispensador com sabão líquido ou sabão em barra em pedaços pequenos e orifícios no porta-sabão para permitir a drenagem?			
4.3.3 Suporte com papel toalha ?			
4.3.4 Lixeira com saco plástico e tampa de acionamento por pedal?			
Obs.:			
5. CONSULTÓRIOS	SIM	NÃO	NA
5.1 Número de consultórios/ total:			
5.2 Existência de lavatório/ pia com torneiras que dispensem uso das mãos, exclusivo para lavagem de mãos, provida de dispensador de sabão líquido, papel toalha ou sistema de secagem elétrico e lixeira com tampa e pedal em área de atendimento e/ou tratamento e/ou exame na seguinte proporção: Um a cada consultório e/ou sala de exame; Um a cada seis boxes (fisioterapia).			
5.3 Lixeira com saco branco leitoso e tampa de acionamento por pedal(área c/ material contaminado)?			
5.4 Ausência de cortinas, estantes com livros e objetos, vasos de plantas aquários abertos e outros adornos de difícil higienização na área de atendimento/tratamento?			
5.5 Sanitário anexo ao consultório de: Ginecologia/Obstetrícia, Urologia ou Proctologia?			
5.6 Obs: Caso possua sanitário em anexo, o lavatório é dispensado.			
Obs.:			
6. SALA DE EXAMES:	SIM	NÃO	NA
6.1 Bancada com pia – cuba profunda se necessário			
6.2 Maca			
6.3 Existência de equipamentos conforme assistência prestada			
6.4 Escada com dois degraus			
6.5 Armário para guarda de medicamentos para guarda de material médico hospitalar			
6.6 Equipamentos completo para atendimento das Urgências /Emergências			
6.7 Fonte de oxigênio			

6.8 Aspirador			
Obs.:			
7. EQUIPAMENTOS DE USO GERAL, DISPONÍVEIS NOS CONSULTÓRIOS:	SIM	NÃO	NA
7.1 Esfigmomanômetro adulto e infantil			
7.2 Estetoscópio adulto e infantil			
7.3 Otoscópio			
7.4 Oftalmoscópio			
7.5 Negatoscópio			
7.6 Balança antropométrica adulto			
7.7 Balança infantil			
7.8 Régua antropométrica			
7.9 Termômetro clínico(para uso adulto e infantil)			
Obs.:			
8. DEPÓSITO DE MATERIAL DE LIMPEZA	SIM	NÃO	NA
8.1 Tanque			
8.2 Bancada de material de fácil limpeza e desinfecção			
8.3 Local para guarda de materiais, de fácil limpeza e desinfecção			
Obs.:			
9. CONDIÇÕES ORGANIZACIONAIS	SIM	NÃO	NA
9.1 Ficha ou prontuários dos pacientes?			
9.2 Registro da manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos?			
9.3 Manual de normas e rotinas técnicas atualizadas e disponíveis ?			
9.4 Almotolia identificada com: tipo de solução, data e validade após o envase ?			
9.5 Armazenamento e acondicionamento de material médico hospitalar e de instrumental, em embalagem integra, identificados e dentro do prazo de validade de esterilização?			
9.6 Guarda de medicamentos e material médico hospitalar em local exclusivo isento de umidade, de fácil limpeza e desinfecção?			
9.7 Medicamentos e material médico hospitalar com controle de prazo de validade e registro no MS?			
9.8 Notifica ao Serviço de Vigilância Epidemiológica as doenças de Notificação Compulsórias?			
9.9 Realiza desinfecção dos equipamentos após sua utilização?			
Obs.:			
10. DESINFECÇÃO PRÉVIA E ESTERILIZAÇÃO:	SIM	NÃO	NA
10.1 Lavatório para instrumental exclusivo para este fim, com cuba funda de 40 cm de profundidade?			
10.2 Instrumental lavado fora da área de atendimento clínico?			
10.3 Há desinfecção/descontaminação prévia com agente químico antes da lavagem e da esterilização, obedecendo ao tempo preconizado de imersão?			
10.4 Sala para esterilização/desinfecção química com sistema de exaustão, recipientes para imersão dos materiais, bancada sem cuba para preparo e armários? Possui área para preparo e esterilização física dos materiais?			
10.5 Realiza esterilização nos instrumentos que entram em contato com a cavidade bucal e com secreções corpóreas?			
10.6 Possui autoclave para esterilização aprovado pelo MS/ANVISA?			
10.7 Realiza teste biológico?			
10.8 Possui destilador para enxágüe dos materiais quimicamente esterilizados? Ou soro fisiológico em quantidade compatível com a demanda de materiais esterilizados por este processo?			
10.9 Realiza esterilização química? Solução _____ tempo _____ frequência de troca			
10.10 Os materiais são devidamente acondicionados para esterilização?			

10.11 Os materiais esterilizados são identificados com a data da esterilização?			
Obs.:			
11. EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI):	SIM	NÃO	NA
11.1 Óculos			
11.2 Máscara			
11.3 Luvas			
11.4 Avental			
Obs.:			

Referência legal: -Resolução RDC/ANVISA 306/04 - Resolução RDC/ANVISA 50/02

OBS:

1.– A Autoridade Sanitária Fiscalizadora, no exercício de suas atribuições, poderá exigir além dos itens relacionados neste roteiro, outros que se fizerem necessários para garantia da Saúde Pública, bem como os que constam em normas aplicáveis ao caso;

2.– Este roteiro poderá ser revisto, sempre que necessário, de acordo com as determinações da Autoridade Sanitária Fiscalizadora e por atualização de legislações vigentes

Após vistoria realizada pela(s) autoridade(s) sanitária(s), fica(m) o(s) Senhor(es) notificado(s) a providenciar as ações necessárias à correção das não-conformidades apontadas.	
Para a concessão do Alvará Sanitário, o estabelecimento deve manter condições higiênico- sanitárias e estruturais em conformidade com a legislação vigente e toda a documentação pertinente ao desenvolvimento de suas atividades vigentes.	
NOME LEGÍVEL DO RESPONSÁVEL:	ASSINATURA DO RESPONSÁVEL:
OBSERVAÇÕES:	
CARIMBO COM ASSINATURA DAS AUTORIDADES DE SAÚDE:	
DATA E HORA:	

Conclusão:

() No momento da inspeção, o estabelecimento apresentava irregularidades que deverão ser corrigidas de acordo com o Termo de Obrigações a Cumprir ou Auto-Termo em anexo.

() No momento da inspeção, o estabelecimento se encontrava em condições físico-funcionais de acordo com as normas sanitárias pertinentes.

Data:

Inspetores:

Ciente(s):