**QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE PREPARAÇÃO PARA ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGENCIA NAS EMPRESAS**

**CONVITE PARA PARTICIPAR DA PESQUISA**

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que tem por objetivo avaliar as condições das empresas quanto a sua preparação para atendimento de urgência e emergência aos trabalhadores.

A participação na pesquisa será por meio de resposta objetiva a um questionário com múltiplas escolhas. Sua participação é voluntária e você pode recusar ou interromper o preenchimento a qualquer momento. Sua contribuição é fundamental para que esta pesquisa possa alcançar seus objetivos e gerar resultados que permitam às empresas, à academia médica e à sociedade em geral se beneficiarem deste trabalho. Seu anonimato está garantido, de forma que não há riscos de que dados individuais sejam identificados como seus. Os resultados serão tratados

estatisticamente de forma agregada e os respondentes não serão identificados, privilegiando o sigilo das informações. Caso existam dúvidas no preenchimento ou necessite de esclarecimentos, favor contatar-nos pelo e-mail [ajarias@gmail.com](mailto:ajarias@gmail.com).

Se você tem interesse e aceita participar da pesquisa, responda à pergunta: **Você concorda em participar da pesquisa?**

Ao responder **Sim** você será direcionado para o questionário. O tempo médio de resposta é de 10 minutos.

Agradecemos o seu tempo e atenção e esperamos receber sua valiosa contribuição.

Ass: A autora.

* **DECLARO QUE LI E ACEITO PARTICIPAR DA PESQUISA SOBRE PREPARAÇÃO PARA ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NAS EMPRESAS**

**( )SIM ( )NÃO**

1. **INFORMAÇÕES GERAIS**

* QUAL A ATIVIDADE DA EMPRESA EM QUE TRABALHA?

(Caso marque a primeira opção, continue a enquete respondendo qual seria sua opinião a respeito do assunto)

* + Industrial (Abatedouro, Agricultura, Agroindústria, Agroquímica, Alimentos, Área portuária, Bebidas, Bens de Consumo, Calçados, Cerâmica, Cimenteira, Construção Civil, Cosméticos, Couro, Eletroeletrônico, Energia, Extrativismo vegetal, Farmacêutica, Frigorífico, Gráfica, Higiene Pessoal, Industria Química, Industria Têxtil, Laticínios, Mecânica, Metalurgia, Mineração, Mobiliário, Óleo e Gás, Papel e Celulose, Pecuária, Pesca, Petroquímico, Siderurgia, Tabaco, Têxtil, Usina, Veículos Industriais, Vestuário)
  + Comercial (Alimentos industrializados, Automóveis, Combustíveis, Eletrônicos, Ferragens, Máquinas, Posto de Combustível, Roupas, Tecidos, Varejo / Atacado)
  + Prestação de serviços (Alimentação, Call Center, Comércio, Clínica Ocupacional, Consultoria em Medicina Ocupacional, Educação / ensino, Empresa Aérea, Hospital / Medicina Diagnóstica, Laboratório, Lazer, Operadora de Saúde, Perito Judicial / Assistente Técnico, Rodovia / Concessionárias, Seguros, Serviços bancários e administrativos, Serviços de informática, Serviços de limpeza, Telecomunicações, Transporte / Logística, Turismo)
  + Serviço Público
  + Residência Médica ou Pós em Medicina do Trabalho
  + Diversos ramos de atividades
  + Outro: ­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* QUAL O RAMO DE ATIVIDADE?
  + Abatedouro
  + Agricultura
  + Agroindústria
  + Agroquímica
  + Alimentos
  + Área portuária
  + Automotiva
  + Bebidas
  + Calçado
  + Cerâmica
  + Cimenteira
  + Construção civil
  + Cosméticos
  + Couro
  + Eletroeletrônico
  + Energia
  + Extrativismo vegetal
  + Farmacêutica
  + Frigorífico
  + Gráfica
  + Higiene pessoal
  + Industria Química
  + Industria Têxtil
  + Laticínios
  + Mecânica
  + Metalurgia
  + Mineração
  + Mobiliário
  + Óleo e Gás
  + Papel e Celulose
  + Pecuária
  + Pesca
  + Petroquímico
  + Siderurgia
  + Tabaco
  + Têxtil
  + Usina
  + Veículos industriais
  + Vestuário
  + Outro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* QUANTOS FUNCIONÁRIOS A EMPRESA POSSUI?
  + < 50
  + 50 a 100
  + 101 a 250
  + 251 a 500
  + 501 a 1000
  + 1001 a 2000
  + 2001 a 3500
  + 3501 a 5000
  + maior que 5000
* QUAL O GRAU DE RISCO DA EMPRESA?
  + 1
  + 2
  + 3
  + 4
* VOCÊ TRABALHA EM QUAL ESTADO (SIGLA)? \_\_\_\_\_\_\_\_
* SUA EMPRESA POSSUI QUANTOS TURNOS DE TRABALHO?
  + 1 TURNO: DIURNO
  + 2 TURNOS: DIURNO E VESPERTINO
  + 3 TURNOS: DIURNO, VESPERTINO E NOTURNO
* QUAIS OS TIPOS DE RISCOS OCUPACIONAIS PRESENTES NAS ATIVIDADES DA EMPRESA?
  + FISICO
  + QUIMICO
  + BIOLÓGICO
  + ERGONÔMICO
  + MECÂNICO/ACIDENTES
* QUE TIPO DE ATIVIDADE DE RISCO É REALIZADA NA SUA EMPRESA PELOS FUNCIONÁRIOS:
  + TRABALHO EM ALTURA
  + TRABALHO EM ESPAÇO CONFINADO
  + TRABALHO COM EXPOSIÇÃO A GRANDES PRESSÕES ATMOSFÉRICAS
  + TRABALHO A QUENTE
  + TRABALHO COM MATERIAL EXPLOSIVO
  + DIREÇÃO DE VEÍCULO PESADO
  + MOVIMENTAÇÃO DE CARGA
  + TRABALHO COM ELETRICIDADE
  + USO DE ARMA DE FOGO
  + OUTRA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
  + NÃO É REALIZADA ATIVIDADE DE RISCO PELOS FUNCIONÁRIOS
* A EMPRESA POSSUI CIPA ATUANTE?
  + (. )SIM.
  + (. )NÃO
  + (. )NÃO SE APLICA
* A EMPRESA POSSUI SESMT?
  + (. )SIM.
  + (. )NÃO
  + (. )NÃO HÁ NECESSIDADE DE SESMT DE ACORDO COM A NR4
* SE SIM, QUAIS PROFISSIONAIS DE SAÚDE FAZEM PARTE DA EQUIPE DE SAÚDE PARA O ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA?
  + NÃO SE APLICA
  + MÉDICO CLÍNICO/EXAMINADOR
  + MÉDICO DO TRABALHO
  + EMERGENCISTA
  + ENFERMEIRO /ENFERMEIRO DO TRABALHO
  + TEC. ENFERMAGEM /TEC. ENFERMAGEM DO TRABALHO
  + BOMBEIRO
  + MOTORISTA DE AMBULÂNCIA
  + ATENDENTE/AUX. ADMINISTRATIVO
  + BRIGADA VOLUNTÁRIA
  + TÉCNICO DE SEGURANÇA DO TRABALHO
  + ENGENHEIRO DE SEGURANÇA DO TRABALHO
  + OUTRO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2)ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E SERVIÇO DE SAÚDE**

* A EMPRESA POSSUI PROGRAMA DE PREPARAÇÃO DE EMERGENCIA E PRIMEIROS SOCORROS?
  + (. )SIM.
  + (. )NÃO
* SE SIM, O PROGRAMA CONTEMPLA 100% TODOS OS CENÁRIOS DE PERIGOS E RISCOS OCUPACIONAIS IDENTIFICADOS NA EMPRESA?
  + (. )SIM.
  + (. )NÃO
  + (. )CONTEMPLA PARCIALMENTE OS CENÁRIOS
  + (. )NÃO SE APLICA
* A EMPRESA POSSUI BRIGADA DE EMERGÊNCIA?
  + (. )SIM.
  + (. )NÃO
  + (. )NÃO SE APLICA
* POSSUI KIT DE PRIMEIROS SOCORROS DISPONÍVEL PARA USO PELOS TRABALHADORES?
  + (. )SIM.
  + (. )NÃO
* SE SIM, OS TRABALHADORES POSSUEM TREINAMENTO PARA UTILIZAÇÃO DO KIT DE PRIMEIROS SOCORROS?
  + (. )SIM.
  + (. )NÃO
  + (. )NÃO SE APLICA
* O SERVIÇO MÉDICO DA EMPRESA POSSUI ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DISPONÍVEL AOS TRABALHADORES DURANTE O TURNO DE TRABALHO?
  + (. )SIM, EM TODOS OS TURNOS.
  + (. )SIM, MAS APENAS EM ALGUNS TURNOS
  + (. )NÃO
  + (. )NÃO SE APLICA
* A EMPRESA POSSUI AMBULATÓRIO MÉDICO PRÓPRIO DENTRO DA EMPRESA?
  + (. )SIM.
  + (. )NÃO
* SE SIM, O AMBULATÓRIO SE ENCONTRA COM O ALVARÁ DE FUNCIONAMENTO EMITIDO PELA VIGILÂNCIA SANITÁRIA EM DIA (DENTRO DA VALIDADE)?
  + (. )SIM.
  + (. )NÃO
  + (. )NÃO SE APLICA
* SE SIM, O AMBULATÓRIO SE ENCONTRA COM O REGISTRO JUNTO AO CRM LOCAL EM DIA (DENTRO DA VALIDADE)?
  + (. )SIM.
  + (. )NÃO
  + (. )NÃO SE APLICA
* EXISTE RESPONSÁVEL TECNICO MÉDICO DO AMBULATÓRIO REGISTRADO JUNTO AO CRM?
  + (. )SIM.
  + (. )NÃO
  + (. )NÃO SE APLICA
* EXISTE RESPONSAVEL TECNICO DE ENFERMAGEM REGISTRADO JUNTO AO COREN?
  + (. )SIM.
  + (. )NÃO
  + (. )NÃO SE APLICA
* A LIMPEZA E O CONFORTO DAS ÁREAS DO AMBULATÓRIO MÉDICO ESTÃO ADEQUADOS PARA ATENDIMENTO DOS TRABALHADORES?
  + (. )SIM.
  + (. )NÃO
  + (. )NÃO SE APLICA
* A ILUMINAÇÃO DAS ÁREAS DO AMBULATÓRIO MÉDICO ESTÁ ADEQUADA PARA ATENDIMENTO DOS TRABALHADORES?
  + (. )SIM.
  + (. )NÃO
  + (. )NÃO SE APLICA
* A VENTILAÇÃO DAS ÁREAS DO AMBULATÓRIO MÉDICO ESTÁ ADEQUADA PARA ATENDIMENTO DOS TRABALHADORES?
  + (. )SIM.
  + (. )NÃO
  + (. )NÃO SE APLICA
* CASO HAJA CLIMATIZAÇÃO ARTIFICIAL NO AMBULATÓRIO (AR-CONDICIONADO), EXISTE PMOC – PLANO DE MANUTENÇÃO, OPERAÇÃO E CONTROLE VIGENTE?
  + (. )SIM.
  + (. )NÃO
  + (. )NÃO APLICÁVEL
* O TAMANHO DOS CONSULTÓRIOS ESTÁ ADEQUADO À RDC 50/2002 (QUE REGULA OS PROJETOS FÍSICOS DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE)?
  + (. )SIM.
  + (. )NÃO
  + (. )NÃO SE APLICA
* AS PAREDES INTERNAS DO AMBULATÓRIO SÃO LISAS E PINTADAS COM TINTA LAVÁVEL?
  + (. )SIM.
  + (. )NÃO
  + (. )NÃO SE APLICA
* O CHÃO DO AMBULATÓRIO É LAVAVEL, SEM RANHURAS OU FRISOS E POSSUEM RODAPÉS COM BORDAS ARREDONDADAS?
  + (. )SIM.
  + (. )NÃO
  + (. )NÃO SE APLICA
* AS ÁREAS QUE POSSUEM RISCO BIOLOGICO (EX: ÁREAS DE COLETA DE AMOSTRA DE FLUIDOS, SALA DE EMERGÊNCIA, SALA DE APLICAÇÃO DE INJETÁVEIS, ETC.) SÃO MANTIDAS DE ACORDO COM OS PROCEDIMENTOS DE CONTROLE DE INFECÇÃO?
  + (. )SIM.
  + (. )NÃO
  + (. )NÃO SE APLICA
* TODOS OS PROFISSIONAIS DO SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA ESTÃO VACINADOS DE ACORDO COM A NORMATIVA NACIONAL VIGENTE?
  + (. )SIM.
  + (. )NÃO
  + (. )NÃO SE APLICA
* QUAIS OS EPI’S OFERECIDOS PELA EMPRESA PARA UTILIZAÇÃO PELA EQUIPE DE SAÚDE?
  + LUVAS DESCARTAVEIS
  + LUVA ESTERIL CIRURGICA
  + ÓCULOS DE SEGURANÇA
  + FACE SHIELD
  + AVENTAL DESCARTAVEL LONGO, IMPERMEÁVEL, COM MANGAS LONGAS E GRAMATURA MÍNIMA 30G
  + AVENTAL DE PANO
  + UNIFORME (CALÇA E BLUSA)
  + SAPATO FECHADO
  + GORRO
  + PROPÉ
  + MÁSCARA CIRURGICA
  + MÁSCARA N95
  + OUTRO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
  + NÃO SE APLICA
* DURANTE A TRIAGEM DE EMERGÊNCIA, É REALIZADA CLASSIFICAÇÃO DOS PACIENTES POR CORES OU GRAVIDADE?
  + (. )SIM.
  + (. )NÃO
  + (. )NÃO SE APLICA
* QUAIS AMBIENTES FAZEM PARTE DO SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO AMBULATÓRIO MÉDICO DA EMPRESA?
  + ÁREA EXTERNA COBERTA PARA ENTRADA DA AMBULÂNCIA
  + SALA DE RECEPÇÃO E ESPERA
  + BANHEIRO PARA USUÁRIOS
  + SALA PARA ARQUIVO DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS OU FICHA DE ATENDIMENTO DE PACIENTES
  + SALA DE TRIAGEM/CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
  + ÁREA PARA HIGIENIZAÇÃO
  + CONSULTÓRIOS
  + SALA PARA ASSISTENTE SOCIAL
  + SALA DE PROCEDIMENTOS COM ÁREA PARA SUTURA, RECUPERAÇAO, HIDRATAÇAO, ADMINSITRAÇÃO DE MEDICAMENTOS
  + ÁREA PARA NEBULIZAÇÃO
  + SALA PARA REANIMAÇÃO E ESTABILIZAÇÃO
  + SALA(S) PARA OBSERVAÇÃO E/OU ISOLAMENTO
  + POSTO DE ENFERMAGEM
  + BANHEIRO COMPLETO COM CHUVEIRO
  + DEPÓSITO PARA RESÍDUO BIOLÓGICO
  + DEPÓSITO PARA MATERIAL DE LIMPEZA (DML)
  + VESTIÁRIOS E BANHEIROS PARA A EQUIPE DE SAÚDE
  + FARMÁCIA
  + ALMOXARIFADO
  + NÃO SE APLICA
* QUAIS MATERIAIS E EQUIPAMENTOS FAZEM PARTE DA SALA DE ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA?

DEA

DESFIBRILADOR/CARDIOVERSOR

MONITOR MULTIPARAMETRICO

ESTETOSCÓPIO

ESFIGMOMANOMETRO

OTOSCÓPIO

OFTALMOSCÓPIO

OXIMETRO DE PULSO

GLUCOSÍMETRO (PARA AFERIÇÃO DE GLICEMIA CAPILAR)

TERMOMETRO

CAPNOGRAFO

ELETROCARDIÓGRAFO

RX PORTATIL OU SALA DE RX DISPONÍVEL NO LOCAL

AMBU COM MÁSCARA

CARRINHO DE PARADA EQUIPADO (CARRINHO DE EMERGÊNCIA)

MATERIAL PARA ENTUBAÇÃO OROTRAQUEAL

MATERIAL PARA TRAQUEOSTOMIA

CONJUNTO DE NEBULIZAÇÃO EM MÁSCARA

RESPIRADOR MECÂNICO

VENTILADOR PARA TRANSPORTE

BOMBA DE INFUSÃO

ASPIRADOR DE SECREÇÕES

NEGATOSCÓPIO

MÁSCARA VENTURI

CAPACETE PARA OXIGENOTERAPIA

INCUBADORA PARA TRANSPORTE

PONTOS DE OXIGÊNIO E AR COMPRIMIDO COM VÁLVULAS REGULADORAS DE PRESSÃO

CILINDRO DE O2 GRANDE

CILINDRO DE O2 PARA TRANSPORTE

AR COMPRIMIDO

CHUVEIRO

LAVA OLHOS

CAMA FOWLER/HOSPITALAR (COM RODAS E GRADES LATERAIS)

FOCO CIRÚRGICO PORTATIL

KIT INTRACATH

KIT PARA DRENAGEM DE TÓRAX

KIT PARA FLEBOTOMIA / PEQUENAS CIRURGIAS

KIT PARA PUNÇÃO LOMBAR

KIT PARA CATETERISMO VESICAL

SUPORTE PARA SORO

MEDICAMENTOS PARA ASSISTÊNCIA EM URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

MÁSCARAS, SONDAS, DRENOS, CÂNULAS, PINÇAS E CATETERES PARA DIFERENTES USOS

NÃO SE APLICA

* OS EQUIPAMENTOS/INSTRUMENTOS UTILIZADOS ESTÃO EM BOAS CONDIÇÕES E SÃO CALIBRADOS/CERTIFICADOS/QUALIFICADOS, DE ACORDO COM MANUAIS TECNICOS E POP’s DE SAÚDE?
  + (. )SIM.
  + (. )NÃO
  + (. )NÃO SE APLICA
* EXISTE REGISTRO DE CALIBRAÇÃO PERIÓDICA DOS EQUIPAMENTOS, E ESTÃO TODOS DENTRO DO VENCIMENTO?
  + (. )SIM.
  + (. )NÃO
  + (. )NÃO SE APLICA
* EXISTE POP’s DE COMO UTILIZAR OS EQUIPAMENTOS DISPONÍVEIS?
  + (. )SIM.
  + (. )NÃO
  + (. )NÃO SE APLICA
* É REALIZADO CONTROLE PERIÓDICO DOS MEDICAMENTOS E MATERIAIS (CONFERÊNCIA DE QUANTIDADE, VALIDADE)?
  + (. )SIM.
  + (. )NÃO
  + (. )NÃO SE APLICA
* SE SIM, QUAL A PERIODICIDADE?
  + DIÁRIA
  + SEMANAL
  + QUINZENAL
  + MENSAL
  + SEMESTRAL
  + ANUAL
  + NÃO EXISTE PERIODICIDADE PARA O CONTROLE DA VALIDADE E QUANTIDADE
  + NÃO SE APLICA
* QUAL A ROTINA DE TESTAGEM DOS MATERIAIS USADOS NO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/EMERGENCIA (EX: LARINGOSCOPIO, MONITORES, DEA, ETC.)?
  + ANTES DE INICIAR O TURNO DE TRABALHO
  + ANTES E DEPOIS DO TURNO DE TRABALHO
  + 1 VEZ POR SEMANA
  + 1 VEZ A CADA 15 DIAS
  + 1 VEZ AO MÊS
  + NÃO EXISTE ROTINA DE TESTAGEM DOS MATERIAIS USADOS NO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/EMERGENCIA
  + NÃO SE APLICA
* QUEM É O PROFISSIONAL RESPONSÁVEL NO AMBULATÓRIO PELA MONTAGEM, CONFERÊNCIA E ORGANIZAÇÃO E REPOSIÇÃO DO CARRINHO DE EMERGÊNCIA?
  + ENFERMEIRA
  + TEC. DE ENFERMAGEM
  + MÉDICO
  + AUX. DE ENFERMAGEM
  + MOTORISTA DE AMBULÂNCIA
  + OUTRO PROFISSIONAL QUE NÃO FAZ PARTE DA EQUIPE DE SAÚDE
  + NÃO SE APLICA
* QUANTO A UTILIZAÇÃO DE UM SERVIÇO REFERÊNCIA PARA ENCAMINHAMENTO E ATENDIMENTO DE URGÊNCIAS OU EMERGÊNCIAS:
  + É UTILIZADO SERVIÇO PARTICULAR
  + É UTILIZADO SERVIÇO PÚBLICO
  + SÃO UTILIZADOS AMBOS OS SERVIÇOS
  + NÃO É UTILIZADO SERVIÇO DE REFERÊNCIA
  + NÃO SE APLICA
* CASO A EMPRESA UTILIZE UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA:
  + EXISTE CONHECIMENTO QUANTO À CAPACIDADE E TIPO DE ATENDIMENTO DESSE SERVIÇO
  + NÃO EXISTE CONHECIMENTO QUANTO À CAPACIDADE E TIPO DE ATENDIMENTO DESSE SERVIÇO
  + NÃO SE APLICA
* CASO A EMPRESA UTILIZE UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA:
  + EXISTE UM CANAL DE COMUNICAÇÃO ENTRE O SERVIÇO E A EMPRESA
  + NÃO EXISTE UM CANAL DE COMUNICAÇÃO ENTRE O SERVIÇO E A EMPRESA
  + NÃO SE APLICA

**3)LIMPEZA, CONSERVAÇÃO E GERENCIAMENTO DOS RESÍDUOS DE SAÚDE**

* QUAL A ROTINA DE LIMPEZA/DESINFECÇÃO CONCORRENTE DOS MATERIAIS E DA SALA DE EMERGÊNCIA?
  + 1 VEZ AO DIA
  + 2 VEZES AO DIA
  + AO FINAL DE CADA TURNO/PLANTÃO
  + SEMANAL
  + QUINZENAL
  + MENSAL
  + NÃO É FEITA LIMPEZA CONCORRENTE
  + NÃO SE APLICA
* QUAL A ROTINA DE LIMPEZA/DESINFECÇÃO TERMINAL DOS MATERIAIS E DA SALA DE EMERGÊNCIA?
  + 1 VEZ AO DIA
  + AO FINAL DE CADA TURNO/PLANTÃO
  + SEMANAL
  + QUINZENAL
  + MENSAL
  + NÃO É FEITA LIMPEZA TERMINAL
  + NÃO SE APLICA
* EXISTE PGRSS – PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇO DE SAÚDE ATUALIZADO NA UNIDADE?
  + (. )SIM.
  + (. )NÃO
  + (. )NÃO SE APLICA
* O PGRSS É ATUALIZADO PERIODICAMENTE (ANUALMENTE)?
  + (. )SIM.
  + (. )NÃO
  + (. )NÃO SE APLICA
* HÁ REGISTRO DO PROTOCOLO JUNTO À VIGILÂNCIA SANITÁRIA OU ÓRGÃO COMPETENTELOCAL ATÉ O DIA 31 DE MARÇO DE CADA ANO, DA DECLARAÇÃO, REFERENTE AO ANO CIVIL ANTERIOR, SUBSCRITA PELO ADMINISTRADOR PRINCIPAL DA EMPRESA E PELO RESPONSÁVEL TÉCNICO DEVIDAMENTE HABILITADO, ACOMPANHADA DA RESPECTIVA ART, RELATANDO O CUMPRIMENTO DAS EXIGÊNCIAS PREVISTAS QUANTO A RESOLUÇÃO CONAMA 358 SOBRE A GERAÇÃO DOS RESÍDUOS DO SERVIÇO DE SAÚDE?
  + (. )SIM.
  + (. )NÃO
  + (. )NÃO SE APLICA
* O TRATAMENTO DE RESÍDUOS DO SERVIÇO DE SAÚDE É FEITO DE ACORDO COM OS REQUERIMENTOS REGULATÓRIOS VIGENTES (SEGREGAÇÃO, ACONDICIONAMENTO, IDENTIFICAÇÃO, TRATAMENTO, TRANSPORTE E DISPOSIÇÃO FINAL)?
  + (. )SIM.
  + (. )NÃO
  + (. )NÃO SE APLICA
* EXISTE CONTÊINERES (COLETORES) SEPARADOS E IDENTIFICADOS PARA DIFERENTES TIPOS DE RESÍDUO NO AMBULATÓRIO?
  + (. )SIM.
  + (. )NÃO
  + (. )NÃO SE APLICA
* OS RESÍDUOS SÓLIDOS SEGREGADOS DO SERVIÇO DE SAÚDE SÃO ACONDICIONADOS EM SACO BRANCO DE MATERIAL RESISTENTE A RUPTURA E VAZAMENTO, IMPERMEÁVEL, BASEADO NA NBR 9191/2000 DA ABNT, CONTIDOS EM RECIPIENTES RESISTENTES, DEVIDAMENTE IDENTIFICADOS, COM TAMPA PROVIDA DE SISTEMA DE ABERTURA SEM CONTATO MANUAL, COM CANTOS ARREDONDADOS E RESISTENTE A TOMBAMENTO?
  + (. )SIM.
  + (. )NÃO
  + (. )NÃO SE APLICA
* EXISTE COLETOR APROPRIADO PARA AGULHAS (EX: DESCARPACK) DISPONÍVEL NO LOCAL DE PROCEDIMENTO CLÍNICO?
  + (. )SIM.
  + (. )NÃO
  + (. )NÃO SE APLICA
* AS EQUIPES DE SAÚDE E DE LIMPEZA DO AMBULATÓRIO SÃO TREINADAS PERIODICAMENTE EM BOSSEGURANÇA E PGRSS?
  + (. )SIM.
  + (. )NÃO
  + (. )NÃO SE APLICA
* COMO É FEITO A RECOLHA(COLETA) E O TRATAMENTO DOS RESÍDUOS AMBULATORIAIS?
  + PELA PRÓPRIA EMPRESA, INTERNAMENTE NAS SUAS DEPENDÊNCIAS
  + PELA PRÓPRIA EMPRESA, EM ÁREA EXTERNA FORA DAS SUAS DEPENDÊNCIAS
  + POR EMPRESA ESPECIALIZADA TERCEIRA CONTRATADA
  + PELA PREFEITURA LOCAL
  + POR PARCERIA COM O HOSPITAL LOCAL
  + NÁO É FEITA RECOLHA E NEM TRATAMENTO DO LIXO AMBULATORIAL
* QUAL A DESTINAÇÃO FINAL DOS RESÍDUOS DO SERVIÇO DE SAÚDE DE SUA EMPRESA?
  + LIXÕES OU VAZADOUROS A CÉU ABERTO
  + ATERRO CONTROLADO
  + ATERRO SANITÁRIO
  + ATERRO DE RESÍDUOS PERIGOSOS (ATERRO INDUSTRIAL)
  + VALA SÉPTICA
  + USINAS DE COMPOSTAGEM
  + USINAS DE RECICLAGEM
  + INCINERAÇÃO

**4)PREPARAÇÃO PARA O ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

* A EMPRESA POSSUI CONTRATO DE ÁREA PROTEGIDA COM EMPRESAS DE RESGATE TERCEIRIZADAS?
  + (. )SIM.
  + (. )NÃO
* O SERVIÇO DE SAÚDE POSSUI AMBULANCIA:
  + PRÓPRIA
  + ALUGADA
  + NÃO POSSUI AMBULÂNCIA, MAS EM CASO DE EMERGÊNCIA ACIONA (EM SISTEMA DE PARCERIA) A AMBULÂNCIA DE OUTRAS EMPRESAS VIZINHAS QUE FAZEM PARTE DO PAM, SE NECESSÁRIO
  + NÁO POSSUI AMBULÂNCIA
* SE SIM, QUAL O TIPO DE AMBULÂNCIA:
  + TIPO A
  + TIPO B
  + TIPO D
  + NÃO SE APLICA
* É REALIZADO CHECK LIST DE VERIFICAÇÃO DA AMBULÂNCIA (MANJTENÇÃO, EQUIPAMENTOS E MATERIAIS)?
  + DIARIAMENTE
  + SEMANALMENTE
  + MENSALMENTE
  + ANUALMENTE
  + NÃO É FEITO CHECK LIST DA AMBULÂNCIA
  + NÃO SE APLICA
* QUAIS EQUIPAMENTOS DE ATENDIMENTO À EMERGÊNCIAS A EMPRESA POSSUI EM SUAS INSTALAÇÕES (FORA DO AMBUATÓRIO MÉDICO)?
  + CADEIRA DE RODAS - 30
  + PRANCHA LONGA -
  + PRANCHA CURTA
  + IMOBILIZADOR LATERAL DE CABEÇA
  + COLAR CERVICAL
  + CAIXA OU MOCHILA DE PRIMEIROS SOCORROS
  + DEA
  + KIT DE IMOBILIZADORES
  + CADEIRA PARA REMOÇAO EM ESCADAS
  + MANGUEIRA
  + EXTINTOR CLASSE A
  + EXTINTOR CLASSE B
  + EXTINTOR CLASSE C
  + EXTINTOR CLASSE D
  + EXTINTOR CLASSE K
  + KIT QUÍMICO
  + MÁSCARA CPR
  + CILINDRO DE OXIGÊNIO PORTÁTIL
  + CHUVEIRO
  + LAVA OLHOS
  + TRIPÉ DE RESGATE
  + CORDAS
  + OUTRO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
  + NÃO SE APLICA
* A EQUIPE MÉDICA/DE SAÚDE POSSUI QUAL(IS) TREINAMENTO(S) EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA?
  + BLS
  + PHTLS
  + ATLS
  + ACLS
  + PALS
  + OUTRO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
  + NÃO POSSUI TREINAMENTO
  + NÃO SE APLICA
* QUAIS MEDIDAS SÃO UTILIZADAS PARA A COMUNICAÇÃO EM CASO DE EMERGÊNCIA?
  + RAMAL DE EMERGENCIA
  + TELEFONE DE EMERGÊNCIA
  + CELULAR DE EMERGENCIA
  + RADIO COMUNICADOR
  + BOTOEIRA DE EMERGENCIA COM SINAL SONORO
  + MEGAFONE
  + OUTRO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
  + NÃO POSSUIMOS REDE DE COMUNICAÇÃO PARA EMERGENCIA
* É REALIZADO SIMULADO DE EMERGÊNCIA CONTEMPLANDO OS RISCOS DAS ATIVIDADES?
  + (. )SIM.
  + (. )NÃO
  + (. )NÃO SE APLICA
* SE SIM, QUAL A PERIODICIDADE DO SIMULADO DE EMERGÊNCIA?
  + MENSAL
  + BIMESTRAL OU TRIMESTRAL
  + SEMESTRAL
  + ANUAL
  + EVENTUAL, MAS NÃO EXISTE PERIODICIDADE
  + NÃO REALIZAMOS SIMULADOS
  + NÃO SE APLICA
* O MÉDICO DO TRABALHO PARTICIPA DAS REUNIÕES DE PREPARAÇÃO DOS SIMULADOS E DE ANÁLISE CRÍTICA DO SIMULADO?
  + (. )SIM.
  + (. )NÃO
  + (. )NÃO SE APLICA
* A EMPRESA PARTICIPA DO PAM (PLANO DE AJUDA MÚTUA) DA REGIÃO?
  + (. )SIM.
  + (. )NÃO
* EXISTEM SAÍDAS EM QUANTIDADE SUFICIENTE PARA EVACUAÇÃO EM CASO DE INCÊNDIO OU EMERGÊNCIA?
  + (. )SIM.
  + (. )NÃO
* EXISTE SINALIZAÇÃO DE EMERGÊNCIA DISPONÍVEL E VISÍVEL NA EMPRESA?
  + (. )SIM.
  + (. )NÃO
* OS EQUIPAMENTOS DE COMBATE A INCÊNDIO ESTÃO NOS LUGARES ADEQUADOS DE ACORDO COM O PROJETO DE PREVENÇÃO E COMBATE A INCÊNDIO?
  + (. )SIM.
  + (. )NÃO
* AS MANGUEIRAS DE COMBATE A INCÊNDIO ESTÃO EM BOAS CONDIÇÕES DE USO E SÃO FREQUENTEMENTE INSPECIONADAS?
  + (. )SIM.
  + (. )NÃO
* OS HIDRANTES ESTÃO SINALIZADOS E NÃO SE ENCONTRAM OBSTRUÍDOS?
  + (. )SIM.
  + (. )NÃO
* EXISTE RESERVATÓRIO DE ÁGUA PARA RESERVA TÉCNICA PARA USO EM CASO DE INCÊNDIO?
  + (. )SIM.
  + (. )NÃO
* OS EXTINTORES ESTÃO NO LOCAL ADEQUADO PARA SEREM USADOS EM CASO DE INCÊNDIO?
  + (. )SIM.
  + (. )NÃO
* OS EXTINTORES ESTÃO VISÍVEIS E SINALIZADOS?
  + (. )SIM.
  + (. )NÃO
* OS EXTINTORES SÃO INSPECIONADOS PERIODICAMENTE?
  + (. )SIM.
  + (. )NÃO
* OS EXTINTORES ESTÃO EM BOM ESTADO DE CONSERVAÇÃO?
  + (. )SIM.
  + (. )NÃO
* EXISTE ILUMINAÇÃO DE EMERGÊNCIA DISTRIBUÍDA PELA EMPRESA?
  + (. )SIM.
  + (. )NÃO
* EXISTE SISTEMA DE SPRINKERS (CHUVEIROS AUTOMÁTICOS CONTRA INCÊNDIO)?
  + (. )SIM.
  + (. )NÃO
* EXISTEM CHUVEIROS LAVA-OLHOS DISTRIBUIDOS E DISPONÍVEIS PELA EMPRESA, SINALIZADOS, EM BOAS CONDIÇÕES DE USO E COM ACIONAMENTO DE FÁCIL ACESSO?
  + (. )SIM.
  + (. )NÃO
* A EMPRESA POSSUI AVCB (CERTIFICADO DO CORPO DE BOMBEIRO) EM DIA (DENTRO DA VALIDADE)?
  + (. )SIM.
  + (. )NÃO
  + (. )NÃO SE APLICA
* JÁ RECEBEU ALGUMA AUDITORIA DE SSO – SAUDE E SEGURANÇA OCUPACIONAL, SEJA INTERNA OU EXTERNA, VOLTADA AO PROGRAMA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA?
  + (. )SIM.
  + (. )NÃO
* JÁ RECEBEU ALGUMA NÃO CONFORMIDADE DURANTE UMA AUDITORIA DE SSO (INTERNA OU EXTERNA) VOLTADA AO PROGRAMA DE EMERGÊNCIA?
  + (. )SIM.
  + (. )NÃO
  + (. )NÃO SE APLICA
* JÁ HOUVE ALGUM ACIDENTE DE TRABALHO REPORTADO COM A EQUIPE DE SAÚDE DURANTE A REALIZAÇÃO DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DENTRO DA EMPRESA OU DURANTE O TRANSPORTE DA AMBULÂNCIA?
  + (. )SIM.
  + (. )NÃO
  + (. )NÃO SE APLICA
* SE SIM, QUE TIPO DE ACIDENTE DE TRABALHO OCORREU COM A EQUIPE DE SAÚDE?
  + PERFURAÇÃO POR AGULHA OU OBJETO CONTAMINADO DURANTE O ATENDIMENTO DO TRABALHADOR DOENTE
  + CONTAMINAÇÃO DURANTE RECOLHA DO LIXO BIOLÓGICO
  + CONTAMINAÇÃO POR CONTATO PRÓXIMO COM TRABALHADOR DOENTE POR DOENÇA INFECTO CONTAGIOSA
  + ACIDENTE DURANTE A REALIZAÇÃO DAS MANOBRAS DE RESGATE DE ALGUM TRABALHADOR NA ÁREA DE TRABALHO
  + ACIDENTE DURANTE A MANIPULAÇÃO DO TRABALHADOR (PACIENTE) NO LEITO (EX: CARREGAMENTO, MOVIMENTAÇÃO DE CARGA)
  + QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA DURANTE O ATENDIMENTO
  + ACIDENTE DE TRÂNSITO DURANTE O TRANSPORTE DA AMBULÂNCIA
  + OUTRO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
  + NUNCA OCORREU ACIDENTE DE TRABALHO COM A EQUIPE DE SAÚDE
  + NÃO SE APLICA
* DE 0 A 10, QUE NOTA VOCÊ DARIA PARA A PREPARAÇÃO DA SUA EMPRESA QUANTO AO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA?
  + 1
  + 2
  + 3
  + 4
  + 5
  + 6
  + 7
  + 8
  + 9
  + 10