**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO PARA INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS - ILPI**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DADOS CADASTRAIS | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. 1. Razão Social: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * 1. 1.1 Nome Fantasia: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CNPJ: Inscrição municipal:  Data do Início do funcionamento:\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Data da avaliação:\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  Número do Conselho Nacional de Assistencial Social (inscrição no CNAS): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Número do Conselho Estadual de Assistência Social (inscrição no CEAS):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Número do Conselho Municipal de Assistência Social (inscrição no CMAS):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Número do decreto de utilidade pública\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Contato na instituição: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Endereço:  Município: UF: CEP:  Fone: ( ) Fax: ( )  e-mail:  Cidade: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Situação do imóvel: ( ) Alugado ( ) Próprio | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. 3. Registro no Conselho de Idosos: municipal ( ) sim ( )não 2. estadual ( )sim ( )não 3. Federal ( )sim ( )não | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. 4. Natureza Jurídica   ( ) Filantrópica\* ( ) Pública, em caso afirmativo: ( ) municipal  ( ) estadual  ( ) federal  ( ) Privada ( )Mista\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \* Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993 e Decreto nº 2.536, de 6 de abril de 1998 e suas alterações | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. 5. Recebe subvenção do governo ( ) não ( ) sim Qual fonte? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2. 6. Utiliza aposentadoria dos residentes ( )sim ( )não | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. 7. Alvará de licenciamento expedido pela vigilância sanitária local: ( ) sim ( ) não   7.1 Está em local visível ( ) sim ( ) não  7.2 Nº do Alvará Sanitário \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Válido até: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. 8. Nome do responsável legal pelo estabelecimento (proprietário,diretor ou administrador):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   8.1 Grau de escolaridade: ( ) nível fundamental, ( ) médio ( ) superior  RG\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e CPF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  8.2 Carga horária semanal:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   * 1. 8.3 Registro no conselho profissional se houver:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. 9. Recursos Humanos (Solicitar documento que comprove carga horária) | Quantidade | | | Observações  (Detalhar carga horária) | | | | | | | | | | | | |
|  | Com vínculo formal | Voluntários (informal) | |  | | | | | | | | | | | | |
| Administrador |  |  | |  | | | | | | | | | | | | |
| Administrativos (secretária e outros) |  |  | |  | | | | | | | | | | | | |
| Médico |  |  | |  | | | | | | | | | | | | |
| Enfermeiro |  |  | |  | | | | | | | | | | | | |
| Assistente Social |  |  | |  | | | | | | | | | | | | |
| Psicólogo |  |  | |  | | | | | | | | | | | | |
| Fisioterapeuta |  |  | |  | | | | | | | | | | | | |
| Terapeuta Ocupacional |  |  | |  | | | | | | | | | | | | |
| Nutricionista |  |  | |  | | | | | | | | | | | | |
| Farmacêutico |  |  | |  | | | | | | | | | | | | |
| Cirurgião dentista |  |  | |  | | | | | | | | | | | | |
| Técnico e Auxiliar de Enfermagem |  |  | |  | | | | | | | | | | | | |
| Outros Profissionais de saúde (especificar): |  |  | |  | | | | | | | | | | | | |
| Cuidadores de idosos |  |  | |  | | | | | | | | | | | | |
| Limpeza/Serviços Gerais (lavanderia, manutenção, motorista, etc.) |  |  | |  | | | | | | | | | | | | |
| Cozinha |  |  | |  | | | | | | | | | | | | |
| Outros (especificar): |  |  | |  | | | | | | | | | | | | |
| Total: |  |  | |  | | | | | | | | | | | | |
| CARACTERÍSTICAS DA CLIENTELA (quantificar) | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | Homens | | | Mulheres | | | | | | | | | | |
| 1. 10. Capacidade instalada (quantidade planejada de residentes) | | |  | | |  | | | | | | | | | | |
| 1. 11. Quantidade de residentes no dia da inspeção | | |  | | |  | | | | | | | | | | |
| 1. 12. Existem residentes com menos de 60 anos?   Motivos:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |  | | |  | | | | | | | | | | |
| 1. 13. Grau de dependência I (idosos independentes mesmo que usem equipamentos de auto-ajuda) | | |  | | |  | | | | | | | | | | |
| 1. 14. Grau de dependência II (idosos com dependência em até três atividades da vida diária tais como: alimentação, mobilidade, higiene; sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada) | | |  | | |  | | | | | | | | | | |
| 1. 15. Grau de dependência III (idosos com dependência que requeiram assistência em todas as atividades de auto-cuidado para a vida diária e ou comprometimento cognitivo) | | |  | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | Sim | | | | Quantos | | | | | | | Não | |
| 1. 16. A instituição realiza visita ao idoso/família antes de sua admissão? | | | | |  | | | |  | | | | | | |  | |
| 1. 17. Há idosos com distúrbio cognitivo? | | | | |  | | | |  | | | | | | |  | |
| 1. 18. Há idosos com distúrbio psiquiátrico? | | | | |  | | | |  | | | | | | |  | |
| 1. 19. Há idosos em uso de sonda para alimentação? | | | | |  | | | |  | | | | | | |  | |
| 1. 20. Há idosos portadores de feridas crônicas?   - úlcera vascular  - úlcera de pressão  - pé diabético  - outras | | | | |  | | | |  | | | | | | |  | |
| 1. 21. Há idosos dependentes de oxigenoterapia? (em uso de oxigênio) | | | | |  | | | |  | | | | | | |  | |
| 1. 22. Há idosos com ventilação mecânica? | | | | |  | | | |  | | | | | | |  | |
| 1. 23. Há idosos sob cuidado de serviços de atendimento domiciliar (*home care*)? | | | | |  | | | |  | | | | | | |  | |
| 1. 24. Há idosos com sonda vesicais ou coletores? | | | | |  | | | |  | | | | | | |  | |
| 1. 25. Há idosos com diagnóstico ou em tratamento de câncer? | | | | |  | | | |  | | | | | | |  | |
| 1. 26. Há idosos com diabetes? | | | | |  | | | |  | | | | | | |  | |
| 1. 27. Há idosos com hipertensão? | | | | |  | | | |  | | | | | | |  | |
| 1. 28. Há idosos em tratamento de diálise? | | | | |  | | | |  | | | | | | |  | |
| 1. Outras patologias: | | | | |  | | | |  | | | | | | |  | |
| 1. 29. Onde os residentes são atendidos conforme Plano de Atenção à Saúde (assinalar as opções utilizadas)   a. ( ) Centro de Saúde público (SUS)  b. ( ) Equipe de Saúde da Família  c. ( ) Serviços/profissionais particulares (plano de saúde ou pagos pelo residente/família)  d. ( ) Hospital público (SUS)  e. ( ) Serviço próprio da ILPI ( profissionais de saúde da própria instituição)  Qual dessas opções (a, b, c, d, e) é a mais utilizada\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **CONDIÇÕES GERAIS E PROCESSOS OPERACIONAIS** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | **Sim** | | | | **Não** | | |
| 1. 29. A instituição possui contrato formal de prestação de serviço com o residente ou seu responsável legal ou curador? | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| 1. 30. O funcionamento da instituição está sob responsabilidade técnica de profissional de nível superior? | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| * 1. a . Este responsável técnico cumpre carga horária mínima de 20 horas por semana? | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| 31. A instituição possui:  a. Estatuto Registrado? | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| b. Contrato Social? | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| c. Inscrição do seu programa junto ao Conselho do Idoso? | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| d. Regimento Interno? | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| e. Registro de Entidade Social? | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| 1. 32. Existe contrato formal com os serviços terceirizados | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| 1. alimentação | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| 1. limpeza | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| 1. esterilização | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| 1. lavanderia | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| 1. serviço de remoção | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| 1. outros | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| 1. 33. Os serviços terceirizados possuem alvará sanitário atualizado? | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| 1. 34. A instituição atende às condições gerais estabelecidas na RDC nº 283/2005? 2. OBS: Observar os idosos, avaliar o Regimento Interno, observar o Plano de Atenção à Saúde, observar fotos, cartazes na instituição sobre programações realizadas na instituição, entre outros. | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| 1. 35. Há a garantia de visita aberta respeitando os horários da rotina do serviço? | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| 1. 36. Existe registro atualizado de cada idoso?   OBS: Verificar por amostragem a existência dos registros/anotações sobre o idoso em conformidade com o estabelecido no Art. 50, inciso XV, da Lei 10.741 de 2003“Manter arquivo de anotações onde constem data e circunstâncias do atendimento, nome do idoso, responsável, parentes, endereços, cidade, relação de seus pertences, bem como o valor de contribuições e suas alterações, se houver, e demais dados que possibilitem a sua identificação e a individualização do atendimento.” | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| 1. 37. A instituição tem Plano de Trabalho conforme item 5.1.1 da RDC 283 e artigo 48 do Estatuto? | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| 1. 38. A instituição comunica à Secretaria Municipal de Assistencial Social ou congênere, bem como ao Ministério Público, a situação de abandono familiar ou a ausência de identificação civil? | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| 1. 39. Os equipamentos, produtos, mobiliários e utensílios estãodisponíveis, em quantidade suficiente, em condições de uso, compatíveis com a finalidade a que se propõem e de acordo com a legislação vigente? | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| 1. 40. Existem equipamentos de auto-ajuda e materiais em condições de uso em quantidade suficiente para atender à necessidade dos residentes, de acordo com o grau de dependência?   OBS: Equipamento de Auto-Ajuda - qualquer equipamento ou adaptação, utilizado para compensar ou potencializar habilidades funcionais, tais como bengala, andador, óculos, aparelho auditivo, prótese odontológica e cadeira de rodas, entre outros com função assemelhada. | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| **Observações:** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **RECURSOS HUMANOS** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **41. Dimensionamento da equipe de cuidadores de idosos:** | | | | | **Sim** | | | **Não** | | | | | | | | | |
| 1. a. Grau de Dependência I: um cuidador para cada 20 idosos, ou fração, com carga horária de 8 horas/dia; | | | | |  | | |  | | | | | **Não se aplica** | | | | |
| 1. b. Grau de Dependência II: um cuidador para cada 10 idosos, ou fração, por turno; | | | | |  | | |  | | | | |  | | | | |
| 1. c. Grau de Dependência III: um cuidador para cada 6 idosos, ou fração, por turno. | | | | |  | | |  | | | | |  | | | | |
| 1. d. Os cuidadores possuem capacitação formal?   OBS: Verificar comprovação da capacitação formal. | | | | |  | | |  | | | | |  | | | | |
|  | | | | | **Sim** | | | **Não** | | | | | | | | | |
| 1. 42. Para as atividades de lazer: um profissional com formação de nível superior para cada 40 idosos, com carga horária de 12 horas por semana. | | | | |  | | |  | | | | | | | | | |
| 1. 43. Para serviços de limpeza: um profissional para cada 100m2 de área interna ou fração por turno diariamente. | | | | |  | | |  | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | |
| 1. 44. Para o serviço de alimentação: um profissional para cada 20 idosos, garantindo a cobertura de dois turnos de 8 horas. | | | | |  | | |  | | | | | | | | | |
| 1. 45. Para o serviço de lavanderia: um profissional para cada 30 idosos, ou fração, diariamente | | | | |  | | |  | | | | | | | | | |
| 1. 46. Há política de educação permanente, especialmente na área de gerontologia? | | | | |  | | |  | | | | | | | | | |
| 1. 47. Os profissionais cuja profissão é regulamentada por conselhos de classe estão registrados e estão legalizados nos mesmos? | | | | |  | | |  | | | | | | | | | |
| **Observações:** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PROCESSAMENTO DE ROUPAS** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | **Sim** | | | | | **Não** | | | | |
| 1. 48. A instituição possui, mantém disponível e implementa as rotinas técnicas do processamento de roupas de uso pessoal e coletivo? | | | | | | |  | | | | |  | | | | |
| 1. 49. Os saneantes usados estão regularizados junto a ANVISA? | | | | | | |  | | | | |  | | | | |
| 1. 50. Existem luvas, avental impermeável e botas para os funcionários da lavanderia? | | | | | | |  | | | | |  | | | | |
| 1. 51. Com que freqüência é trocada as roupas de cama?   Especifique: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. 52. Existe quantidade de roupas suficiente para a demanda? | | | | | | |  | | | | |  | | | | |
| 1. 53. A Instituição possibilita aos idosos independentes efetuarem todo o processamento de roupas de uso pessoal?   OBS: Observar se há área e recursos para que os idosos independentes que assim o desejarem, efetuem o processamento de roupas de uso pessoal. | | | | | | |  | | | | |  | | | | |
| 1. 54. A instituição garante a privacidade do uso da roupa pessoal? As roupas estão identificadas? | | | | | | |  | | | | |  | | | | |
| **Observações:** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ALIMENTAÇÃO** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | **Sim** | | | | **Não** | | |
| 1. 55. A instituição segue o estabelecido na RDC nº. 216/2004 que dispões sobre Regulamento Técnico de Boas Praticas para Serviços de Alimentação no que se refere a: | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| 5.1 manipulação, preparação, fracionamento dos alimentos. | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| 5.2 armazenamento dos alimentos | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| 5.3. transporte dos alimentos (interno e externo) | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| 5.4 distribuição dos alimentos | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| 1. 56. A instituição possui normas e rotinas técnicas para o serviço de alimentação incluindo: | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| a. limpeza e descontaminação dos alimentos | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| b.armazenagem de alimentos | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| c.preparos dos alimentos com enfoque nas boas práticas | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| d.boas práticas para prevenção e controle de vetores | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| e.acondicionamento de resíduos | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| 1. 57. É assegurado aos idosos o fornecimento de alimentação, respeitando os aspectos relacionados à saúde (como dietas especiais) e culturais locais, oferecendo, no mínimo, seis refeições diárias? | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| 1. 58. Existe cardápio de dietas especiais que atenda à necessidade dos idosos elaborada por nutricionista? | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| 1. 59. O responsável pelas atividades de manipulação dos alimentos e os manipuladores de alimentos são comprovadamente capacitados, de acordo com a RDC nº 216/2004?   OBS: Verificar se capacitação do responsável abordou, no mínimo, os seguintes temas:  Contaminantes alimentares;  Doenças transmitidas por alimentos;  Manipulação higiênica dos alimentos;  Boas Práticas.  OBS: Verificar se a capacitação dos manipuladores é realizada periodicamente e se aborda os seguintes conteúdos: higiene pessoal, manipulação higiênica dos alimentos e doenças transmitidas por alimentos | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| **Observações:** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **SAÚDE** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | **Sim** | | | | **Não** | | |
| 1. 60. A instituição tem um Plano de Atenção Integral à Saúde dos residentes contemplando, no mínimo, 3 aspectos (acesso, resolubilidade e humanização), elaborado a cada dois anos, avaliado anualmente e implantado? | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| 1. 61. São realizados procedimentos invasivos? (p.ex.: passagem de sonda vesical de demora ou enteral, injetáveis, aspiração, dentre outros) | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| 1. 62. Sobre o Plano de Atenção à Saúde: | | | | | | | | | | | **Sim** | | | | **Não** | | |
| * 1. a. É compatível com os princípios da universalização, equidade e integralidade? | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| * 1. b. Indica os recursos de saúde disponíveis para cada residente, em todos os níveis de atenção, sejam eles públicos ou privados, bem como referências, caso se faça necessário? | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| * 1. c. Prevê a atenção integral à saúde do idoso, abordando os aspectos de promoção, proteção e prevenção? | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| * 1. d. Contém informações acerca das patologias incidentes e prevalentes nos residentes? | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| 1. 63. A unidade, em caso de intercorrências médica, dispõe de um serviço de remoção e providencia o encaminhamento imediato do idoso ao serviço de saúde de referência previsto no Plano de Atenção à Saúde  e comunica a sua família ou representante legal? | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| * 1. 64. O serviço de remoção é terceirizado? | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| 1. 65. A instituição dispõe de rotinas e procedimentos escritos e implantados, referentes aos cuidados com os idosos? | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| 1. 66. Os medicamentos em uso pelos idosos estão sob responsabilidade do Responsável Técnico - RT da instituição, respeitados os regulamentos de vigilância sanitária quanto à guarda e administração? | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| 1. 67. Os medicamentos controlados estão acondicionados em armários fechados com chave? | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| 1. 68. Os medicamentos estão dentro do prazo de validade? | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| 1. 69. Há prescrição médica para todos os medicamentos encontrados na instituição? | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| 1. 70. Informa aos órgãos competentes a ocorrência de Doenças de Notificação Compulsória?   OBS: A instituição mantém registro sobre doenças de notificação compulsória. (equipe de saúde responsável pelos residentes informa as Doenças de Notificação Compulsória). Conforme a Portaria nº 5, de 21 de fevereiro de 2006. | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| 1. 71. A instituição Informa aos órgãos competentes a ocorrência de eventos sentinela (queda com lesão e tentativa de suicídio)? | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| 1. 72. A instituição comprova, quando solicitada, a vacinação obrigatória dos residentes conforme estipulado pelo Plano Nacional de Imunização do Ministério da Saúde?   OBS: Verificar se há registros de imunização: Gripe, Pneumonia, DT (Difteria e Tétano). | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| 1. 73. A instituição comprova a inscrição do residente no Serviço de Saúde mais próximo? | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| 1. 74. Os residentes com patologia de saúde mental estão participando dos programas de Saúde Mental? | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| 1. 75. Existe o acesso a um cirurgião-dentista quando necessário? | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| **Observações:** | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO FUNCIONAMENTO** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | **Sim** | | | | **Não** | | |
| 1. 76. Calcula, avalia e encaminha para a vigilância sanitária local os indicadores mensais estabelecidos na RDC nº 283/2005? | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| * 1. a. Taxa de mortalidade - (Número de óbitos de idosos residentes no mês / Número de idosos residentes no mês1) x 100 [%] | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| * 1. b. Incidência de doença diarréica aguda - (Número de novos casos de doença diarréica aguda em idosos residentes no mês / Número de idosos residentes no mês) x 100 [%] | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| * 1. c. Incidência de escabiose - (Número de novos casos de escabiose em idosos residentes no mês / Número de idosos residentes no mês) x 100 [%] | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| * 1. d. Incidência de desidratação - (Número de idosos que apresentaram desidratação / Número de idosos residentes no mês1) x 100 [%] | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| * 1. e. Taxa de prevalência de úlcera de decúbito - (Número de idosos residentes apresentando úlcera de decúbito no mês/ Número de idosos residentes no mês) x 100 [%] | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| * 1. f. Taxa de prevalência de desnutrição - (Número de idosos residentes com diagnóstico de desnutrição no mês/ Número de idosos residentes no mês) x 100 [%] | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| * 1. g. Taxa de incidência de queda com ou/sem lesão - (Número de quedas em idosos residentes no mês/ Número de idosos residentes no mês) x 100 [%] | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| * 1. h. Taxa de incidência de tentativa de suicídio - (Número de tentativa de suicídio em idosos residentes no mês/ Número de idosos residentes no mês) x 100 [%] | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| **Observações** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **CONSULTÓRIO DE FISIOTERAPIA** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | **Sim** | | | | **Não** | | | |
| Mesa e cadeiras para o profissional e usuários | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
| Lavatório provido de: | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
| Torneira que dispensa o contato manual; | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
| Dispensador com sabonete líquido; | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
| Suporte com papel toalha; | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
| Lixeira com tampa acionada por pedal provida de saco plástico, de cor em conformidade com o PGRSS da unidade; | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
| Estetoscópio duossom | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
| Esfigmomanômetro | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
| Goniômetro | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
| Goniômetro de dedo | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
| Dinamômetro | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
| Podoscópio | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
| Martelo de reflexo | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
| Negatoscópio | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
| Maca para exame revestida de material integro de fácil limpeza e desinfecção | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
| Escada de dois degraus | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
| Armário para guarda de lençóis, fronhas e toalhas | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
| Lixeira com tampa de acionamento por pedal e saco plástico para descarte de resíduo biológico (se realizar procedimentos que gere fluidos biológicos) | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
| **ELETROFOTOTERMOTERAPIA** | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
| Equipamento de Ultra som | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
| Laser com óculos de proteção (para o profissional e paciente) | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
| Tens/fes | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
| Equipamento de corrente galvânica e farádica | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
| Equipamento de micro ondas | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
| Ondas curtas | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
| Infravermelho | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
| Ultravioleta | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
| Turbilhão membros inferiores | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
| Turbilhão membros superior | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
| Aquecedor de parafina carro inox | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
| **MECANOTERAPIA** | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
| Mesa postural | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
| Tração cervical | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
| Divã estofado revestido com material de fácil limpeza e desinfecção com cabeceira | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
| Tatame com revestimento integro de fácil limpeza e desinfecção | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
| Escadas de dois degraus | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
| Escada de canto com corrimão e rampa revestida de material antiderrapante | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
| Barras paralelas com obstáculos | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
| Espelho com rodízio | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
| Esteira ergométrica eletrônica | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
| Bicicleta ergométrica | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
| Mesa de quadríceps | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
| Pares de halteres | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
| Tornozeleiras | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
| Sistema de polias | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
| Escada de dedos | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
| Stand in table adulto | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
| Exercitador de tíbia tássica | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
| Digiflex com resistência diferenciada | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
| Tábua de equilíbrio | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
| Tábua de inversão e eversão | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
| Material para atividades de coordenação membros superiores (MMSS) | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
| **MATERIAIS E UTENSÍLIOS UTILIZADOS PELA FISIOTERAPIA** | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
| Andadeira adulto | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
| Maca com grades de proteção bilateral para remoção de paciente | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
| Banco giratório para posicionamento do fisioterapeuta | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
| Refrigerador/freezer | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
| Órtese de relaxamento | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
| Cadeira de rodas | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
| Andador com rodízio | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
| Muleta canadense regulável | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
| Bolsas térmicas para crioterapia e termoterapia | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
| Fita métrica | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
| Cronômetro | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
| Biombo | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
| Relógio de parede | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
| Outros: (Citar) | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
| **INFRA-ESTRUTURA FÍSICA** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | **Sim** | | | | **Não** | | |
| 1. 77. Realiza limpeza dos reservatórios de água e controle microbiológico da qualidade da água? 2. OBS: Verificar registros e periodicidade, no mínimo trimestral. | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| 1. 78. Os efluentes são lançados na rede pública de coleta e tratamento de esgoto? | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| 1. 79. Oferece instalações físicas em condições de habitabilidade (temperatura, odores, umidade, entre outros), higiene e salubridade?   OBS: Verificar a existência de ralos escamoteáveis, manutenção e limpeza do ambiente interno e externo (jardim e proteção da caixa de água e outros), registros de limpeza, desratização, descupinização, desinsetização, entre outros. | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| **- Sobre os ambientes e dimensões:** | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| 1. 80. Possui dormitórios separados por sexos, para no máximo 4 pessoas, dotados de banheiro? | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| * 1. a. Os dormitórios de 01 pessoa possuem área mínima de 7,50 m², incluindo área para guarda de roupas e pertences do residente? | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| * 1. b. Os dormitórios de 02 a 04 pessoas possuem área mínima de 5,50 m² por cama, incluindo área para guarda de roupas e pertences dos residentes? | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| * 1. c. Os dormitórios são dotados de luz de vigília e campainha de alarme? | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| * 1. d. Existe uma distância mínima de 0,80 m entre duas camas? | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| * 1. e. Existe cama com grade de proteção? | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| 1. 81. O banheiro possui área mínima de 3,60 m², com 1 bacia, 1 lavatório e 1 chuveiro, sem desnível em forma de degrau para conter a água e sem o uso de revestimentos que produzam brilhos e reflexos? | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| 1. 82. Há áreas para o desenvolvimento das atividades voltadas aos residentes com graus de dependência I, II? | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| * 1. a. Há sala para atividades coletivas para no máximo 15 residentes, com área mínima de 1,0 m² por pessoa? | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| * 1. b. Há sala de convivência com área mínima de 1,3 m² por pessoa? | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| * 1. c. Há sala para atividades de apoio individual e sócio-familiar com área mínima de 9,0 m² ? | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| 1. 83. Há banheiros coletivos, separados por sexo, com no mínimo, um box para vaso sanitário que permita a transferência frontal e lateral de uma pessoa em cadeira de rodas, conforme especificações da NBR9050/ABNT? | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| 1. 84. As portas dos compartimentos internos dos sanitários coletivos têm vãos livres de 0,20m na parte inferior? | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| 1. 85. Há espaço ecumênico ou para meditação? | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| 1. 86. Há sala administrativa ou de reunião? | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| 1. 87. Há refeitório com área mínima de 1m² por usuário, acrescido de local para guarda de lanches, de lavatório para higienização das mãos e luz de vigília? | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| 1. 88. Há cozinha e despensa? | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| 1. 89. Há lavanderia com área específica para o desenvolvimento dessa atividade? | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| * 1. a. Há separação de fluxos (entrada e saída de roupas)? | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| * 1. b. Há local para guarda de roupas de uso coletivo? | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| * 1. c. Possui área para recepção da roupa? | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| d.Possui área para lavagem? | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| * 1. e. Possui vestiário e banheiro exclusive para funcionário deste setor? | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| 1. 90. Há local para guarda de material de limpeza? | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| 1. 91. Há almoxarifado indiferenciado com área mínima de 10,0 m²?. | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| 1. 92. Há vestiário e banheiro para funcionários, separados por sexo? | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| * 1. a. O banheiro possui área mínima de 3,6 m², contendo 1 bacia, 1 lavatório e 1 chuveiro para cada 10 funcionários ou fração? | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| * 1. b. A Área de vestiário possui área mínima de 0,5 m2 por funcionário/turno? | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| 93. Há lixeira ou abrigo externo à edificação para armazenamento de resíduos até o momento da coleta? | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| 94. Há área externa descoberta para convivência e desenvolvimento de atividades ao ar livre (solarium com bancos, vegetação e outros)? | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| 1. 95. Os colchões e travesseiros são revestidos de material impermeável de fácil limpeza e higienização? | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| 1. 96. A instituição mantém identificação externa e visível?   OBS: artigo 37 parágrafo 2º da lei 10741/2003. Verificar o Artigo 62 da Lei 10741/2003. | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| 1. 97. As instalações físicas garantem a segurança, integridade física e acessibilidade?   OBS: Verificar as condições de segurança em caso de incêndio: extintores e sua validade, sinalização, vias de escape, escada de incêndio, porta resistente ao fogo e outros. Verificar a existência de placas de sinalização, orientação, sirenes, luzes indicadoras e outros. | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| 1. 98. Existem, no mínimo, duas portas de acesso externo, sendo uma exclusivamente de serviço? | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| 1. 99. Os pisos externos e internos (inclusive de rampas e escadas) são de fácil limpeza e conservação, uniformes, com ou sem juntas e com mecanismo antiderrapante? | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| 1. 100. As rampas e escadas favorecem a acessibilidade, possuem no mínimo 1,20m de largura, corrimão e sinalização? | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| 101. As circulações internas principais possuem largura mínima de 1,00m? | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| a.As circulações internas secundárias possuem largura mínima de 0,80 m; contando com luz de vigília permanente? | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| * 1. b. As circulações com largura maior ou igual a 1,50 m possuem corrimão dos dois lados?   OBS: As circulações com largura menor que 1,50 m podem possuir corrimão em apenas um dos lados. | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| 102. O projeto físico do estabelecimento foi aprovado pelos órgãos competentes? | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| 103. Realiza manutenção predial, preventiva e corretiva?  . | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |

**REFERÊNCIA**:

* Lei nº. 10.741, de 1º de outubro de 2003 (Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências);
* Lei nº. 8.742, de 7 de dezembro de 1993 (Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências);
* RDC ANVISA nº. 283, de 26 de setembro de 2005 (Dispõe sobre o regulamento técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial);
* RDC ANVISA nº. 50/2002 (Dispõe sobre Estrutura Física de Serviços de Saúde);
* ABNT/NBR9050 (Associação Brasileira de Normas Técnicas).