#### RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA - RDC Nº 35, DE 12 DE MARÇO DE 2001(\*)

**(Publicada no DOU nº 56, de 21 de março de 2001)**

**(Republicada no DOU nº 134, de 12 de julho de 2001)**

**(Republicada no DOU nº 140, de 20 de julho de 2001)**

**(Revogada pela Resolução – RDC nº 312, de 24 de outubro de 2005)**

~~A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária no uso da suas atribuições que lhe confere o art. 11, inciso IV do Regulamento da ANVISA aprovado pelo Decreto 3.029, de 16 de abril de 1999, em reunião realizada em 7 de março de 2001,~~

~~considerando a Portaria GM/MS n° 82 de 3/2/2000, publicada no DOU de 13/2/2000, que estabelece o Regulamento Técnico de funcionamento dos serviços de diálise;~~

~~considerando a necessidade de implementar ações que venham contribuir para a melhoria da qualidade da assistência à saúde;~~

~~considerando a necessidade de padronizar o modelo para avaliação da qualidade dos Serviços de Diálise sujeitos ao controle sanitário no país~~

~~considerando a necessidade de inspeção e fiscalização dos serviços de diálise com vistas a garantir segurança aos usuários;~~

~~considerando que compete à Agência Nacional de Vigilância Sanitária elaborar e harmonizar instrumentos para a verificação da adequação dos serviços de diálise ao regulamento técnico estabelecido e legislação sanitária pertinente,~~

~~adotou a seguinte Resolução de Diretoria Colegiada e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.~~

~~Art. 1º Fica aprovado o Roteiro de Inspeção em Serviços de Diálise, em anexo.~~

~~Art 2º O Instrumento do qual trata o artigo 1º desta resolução será aplicado pela autoridade sanitária competente durante a realização de inspeções para quaisquer finalidades nos Serviços de Diálise.~~

~~Artº 3º Os responsáveis pelos serviços de diálise devem proceder a auto inspeções a cada 6 (seis) meses, tendo como base o Roteiro de Inspeção em Serviços de Diálise, que deve ser devidamente preenchido e encaminhado à autoridade sanitária local.~~

~~Art. 4º Esta Resolução de Diretoria Colegiada entra em vigor na data de sua publicação.~~

~~GONZALO VECINA NETO~~

**~~ANEXO~~**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | ~~AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA~~~~MINISTÉRIO DA SAÚDE~~~~ROTEIRO DE INSPEÇÃO EM SERVIÇOS DE DIÁLISE~~ | | |
| ~~I – IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE~~ | | | | |
| ~~DATA DA INSPEÇÃO:\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_~~  ~~1 - Nome da unidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~  ~~2- CNPJ (CGC): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~  ~~3 - Razão Social: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~  ~~4 – Número da Licença de Funcionamento/Ano \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~  ~~5 – Número do SUS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 6 – Número da DRS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~  ~~7- Endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~  ~~Cidade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~  ~~CEP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_8 - E-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~  ~~9 – Telefone \_\_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FAX - \_\_\_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~ | | | | |
| ~~II – RESPONSABILIDADE TÉCNICA~~ | | | | |
| ~~I~~  ~~I~~  ~~INF~~ | ~~10 - Médico Responsável: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~  ~~11 - CRM \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~  ~~12 - Especialista em Nefrologia~~  ~~N.º do Certificado no CRM \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~  ~~13 - Órgão emissor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~ | | ~~Sim~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ | ~~Não~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ |
| ~~I~~  ~~I~~  ~~N~~  ~~INF~~ | ~~14 - Enfermeiro Responsável: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~  ~~15 - COREN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~  ~~16 - Treinamento em diálise......................................................................~~  ~~17 - Treinamento em Nefrologia reconhecido pela SOBEN.....................~~  ~~18 - Farmacêutico Responsável\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~  ~~19 - CRF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~ | | ~~Sim~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ | ~~Não~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ |
| ~~I~~  ~~INF~~  ~~INF~~  ~~INF~~ | ~~20 - Responsável pelo sistema de tratamento da água para diálise \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~ ~~21- Formação\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~  ~~22 - Registro no Conselho de Exercício Profissional\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~  ~~23 - Recebeu Treinamento específico sobre sistema de tratamento de água para diálise.................................................................................~~ | | ~~Sim~~ ~~[ ]~~ | ~~Não~~ ~~[ ]~~ |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ~~INF~~ | ~~24 - Tipos de procedimentos oferecidos pelo serviço~~~~a) Hemodiálise ............................................................. ............. ....................~~~~b) Diálise Peritonial Intermitente (DPI) ........................................ .................~~~~c) Diálise Peritonial Ambulatorial Contínua (DPAC)................... ....................~~~~d) Diálise Peritonial Automatizada ( APD ) ...................................... ....................~~~~e) Programa de diálise pediátrica............................................... ....................~~~~f) Acesso p/ hemodiálise: criação ou intervenção sobre fístula arterio-venosa~~~~g) Acesso p/ hemodiálise: instalação de cateter.................................................~~~~h) Instalação de cateter p/ DPAC............................................................ .............~~ | | ~~Sim~~~~[ ]~~~~[ ]~~~~[ ]~~~~[ ]~~~~[ ]~~ ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ | ~~Não~~~~[ ]~~~~[ ]~~~~[ ]~~~~[ ]~~ ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ |
| ~~INF~~~~INF~~~~INF~~~~INF~~~~INF~~~~INF~~~~INF~~ | ~~25 – Horário de funcionamento do serviço\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~~~26 – Número de turnos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~~~27 – Pacientes em hemodiálise:~~ ~~Total de pacientes: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~~~a) Número de pacientes Hbs-Ag positivo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~~~b) Número de pacientes HCV positivo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~~~c) Número de Pacientes HIV positivo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~~~28 - Equipamentos Total de máquinas \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~~~Total de máquinas com sistema de proporção\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~~~Total de máquinas providas de tanque \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~~~Central de Banhos / número de módulos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~~~Total de máquinas de reserva:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~~~Total de pontos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~ | | | |
| ~~INF~~ | ~~29 - NATUREZA DO SERVIÇO:~~  ~~a) Vinculado ao Ministério da Saúde................................................~~  ~~b) De outros Órgãos Federais............................................................~~  ~~c) Vinculado a órgãos universitário...................................................~~  ~~d) Pública Estadual............................................................................~~  ~~e) Pública Municipal..........................................................................~~  ~~f) Filantrópica....................................................................................~~  ~~g) De entidade sindical .....................................................................~~  ~~h) Privado de natureza física/jurídica...............................................~~ | ~~Sim~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ | | ~~Não~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ |
| ~~INF~~ | ~~30 - CLASSIFICAÇÃO DO SERVIÇO:~~  ~~a) Serviço de Diálise Hospitalar.........................................................~~  ~~b) Serviço de Diálise Autônomo Intrahospitalar................................~~  ~~c) Serviço de Diálise Satélite.............................................................~~ | ~~Sim~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ | | ~~Não~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ~~INF~~ | ~~31 – SERVIÇO INTRAHOSPITALAR:~~  ~~Nome do Hospital \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~  ~~Endereço \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~  ~~Bairro / Distrito \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~  ~~Número do Alvará \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~  ~~Data de Validade \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~  ~~Responsável Técnico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~  ~~N.º do Certificado do CRM (Hospital) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~  ~~Data de Validade \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~ | | |
| ~~N~~ | ~~32 - RETAGUARDA HOSPITALAR DO SERVIÇO.............................~~  ~~a ) Nome do Hospital \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~  ~~N.º da Licença de funcionamento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Validade\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Endereço\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~  ~~CEP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefone\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~  ~~Nº de leitos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nº de leitos de UTI\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~  ~~Diretor Clínico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CRM\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~  ~~Contrato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Validade\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~ | ~~Sim~~  ~~[ ]~~ | ~~Não~~  ~~[ ]~~ |
| ~~N~~ | ~~33 – O Serviço Autônomo conta com serviço adequado de remoção de pacientes~~  ~~Próprio.....................................................................................................~~  ~~Terceirizado ..........................................................................................~~  ~~Se terceirizado, Contrato/ano \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~  ~~Empresa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~  ~~Licença de funcionamento / ano \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~ | ~~Sim~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ | ~~Não~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ |
| ~~N~~  ~~N~~  ~~INF~~  ~~INF~~  ~~INF~~ | ~~34 – Comissões que participam e / ou dispõe:~~  ~~a) O serviço autônomo possui CCIH, constituída e atuante, de acordo com Portaria Nº 2616, de 12 de maio de 1998.....................~~  ~~Própria ............................................................................................~~  ~~Consorciada/Vinculada com participação de profissional(ais) do Serviço de Diálise~~  ~~b) O Serviço Intrahospitalar é assistida por CCIH do hospital..........~~  ~~c) Comissão Interna de Prevenção de Acidentes...............................~~  ~~d) Comissão de Ética Médica...........................................................~~  ~~e) Comissão de Revisão de Prontuários Médicos..............................~~ | ~~Sim~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ | ~~Não~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ~~R~~  ~~R~~  ~~R~~  ~~R~~  ~~N~~  ~~I~~  ~~N~~  ~~N~~  ~~N~~  ~~N~~ | ~~35 - DEMAIS SERVIÇOS OFERECIDOS~~  ~~a) Serviço de Nutrição e Dietética....................................~~  ~~Próprio...............................................................................................~~  ~~Terceirizado Contrato/ ano \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~  ~~Empresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~  ~~Licença de funcionamento /ano\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~  ~~b) Serviço de Assistência Social .......................................................~~  ~~Próprio..............................................................................................~~  ~~Terceirizado Contrato/ano\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~  ~~Empresa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~  ~~Licença de funcionamento /ano\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~  ~~c) Serviço de Psicologia........................................................................~~  ~~Próprio..............................................................................................~~  ~~Terceirizado Contrato/ano \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~  ~~Empresa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~  ~~Licença de funcionamento /ano \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~  ~~d) Serviços de Hemoterapia ....................................................................~~  ~~Próprio...................................................................................................~~  ~~Terceirizado Contrato/ano\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~  ~~Empresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~  ~~Licença de funcionamento /ano \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~  ~~e) Lavanderia tipo hospitalar ....................................................................~~  ~~Própria ..................................................................................................~~  ~~Serviço terceirizado Contrato/ano\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~  ~~Empresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~  ~~Licença de funcionamento /ano. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~  ~~Obs: Caso utilizem roupas descartáveis, dispensa-se este tipo de serviço~~  ~~f) Central de Material Esterilizado......................................................~~  ~~Própria .........................................................................................~~  ~~Serviço terceirizado Contrato/ano\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~  ~~Empresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~  ~~Licença de funcionamento /ano. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~  ~~Obs: Caso utilizem somente materiais descartáveis, dispensa-se este tipo de serviço.~~  ~~g) Laboratório de Histocompatibilidade..................................................~~  ~~Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~  ~~h) Laboratório de Análises Clínicas.........................................................~~  ~~Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~  ~~i) Laboratório de Microbiologia...............................................................~~  ~~Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~  ~~j) Outros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~ | ~~Sim~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ | ~~Não~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ~~INF~~ | ~~36 – DADOS COLETADOS REFERENTE AO ANO ANTERIOR~~  ~~Obs.: 1. Nas inspeções sanitárias, os dados desta tabela deverão ser coletados de Janeiro a Dezembro do ano anterior.~~  ~~2. Nas auto inspeções, estabelecidas no Artigo 3° desta Resolução, os dados desta tabela deverão ser fornecidos para os seis (6) meses anteriores.~~  ~~Número de Pacientes Admitidos :\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~ | |
|  | ~~- Primeira vez em programa............................. ......................................................~~  ~~- Portadores de Diabetes Mellitus.......................................... ................................~~  ~~- Portadores de hipertensão arterial controlada ou não......... ................................~~  ~~- Transferidos para outros serviços..................................... ...................................~~  ~~- Transferidos de outros serviços...................................... .....................................~~  ~~- HBs-Ag positivo........................................................... ......................................~~  ~~- HCV positivo.......................................................... ...............................................~~  ~~- HIV positivo............................................................ ..............................................~~  ~~- Que tornaram-se HBs-Ag positivo............................ ...........................................~~  ~~- Que tornaram-se HCV positivo.......................... ..................................................~~  ~~- Que tornaram-se HIV positivo................... ............. .............................................~~  ~~- Óbitos do serviço......................................... ........... ............................................~~  ~~- Óbitos por causa cardiovascular.......................... .... ...........................................~~  ~~- Óbitos por causa infecciosa......................................... ............. ..........................~~  ~~- Óbitos por outras causas.............................................. ................. .....................~~  ~~- Transplantados – Rins ........................................ ...... .........................................~~  ~~- Que receberam transplante de rins e pâncreas........... . ......................................~~  ~~- Que reiniciaram a diálise após perda do rim transplantado.. .. ............................~~  ~~- Com possibilidade de transplante (tipados para HLA)..... ...... .............................~~  ~~- Em Hemodiálise (HD)............................................................ ................ .............~~  ~~- Em Diálise Peritoneal Intermitente (DPI)................. ............ ...............................~~  ~~- Em Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (DPAC)..... ..... ..............................~~  ~~- Em uso de eritropoetina............................................................ ........ ..................~~  ~~- Em uso de calcitrol.......................... ................................................ ....................~~  ~~- Abandono................................................. ....................................... ....................~~  ~~Número de:~~  ~~- Episódios de peritonite........................ ............................................ ....................~~  ~~- Episódios de pirogenia................................. ................................... ....................~~  ~~- Internações hospitalares....................................... ........................... ...................~~  ~~Número de Pacientes (no dia da Inspeção):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~ | ~~Nº de pacientes~~  ~~\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~  ~~\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~  ~~\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~  ~~\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~  ~~\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~  ~~\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~  ~~\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~ |
| ~~INF~~ | ~~37 – Faixa etária dos pacientes em programa:~~  ~~0 – 20 anos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 41 – 60 anos\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~  ~~21 – 40 anos\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Acima de 60 anos\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~ | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ~~N~~ | ~~38 – Os pacientes indicados para transplantes estão inscritos na lista da Central de Notificação, Captação e Doação de Orgãos....... ............ ............ ............ ...............~~ | | ~~Sim~~  ~~[ ]~~ | | | ~~Não~~ ~~[ ]~~ | |
| ~~I~~ | ~~39 - Todos pacientes susceptíveis receberam vacinação contra Hepatite B Em caso negativo. Justifique.~~ | | ~~Sim [ ]~~ | | | ~~Não~~ ~~[ ]~~ | |
| ~~N~~ | ~~40 - Foi realizado teste de imunidade a fim de verificar eficácia da Vacinação.~~ | | ~~Sim~~  ~~[ ]~~ | | | ~~Não~~  ~~[ ]~~ | |
| ~~V – RECURSOS HUMANOS~~ | | | | | | | |
| ~~N~~  ~~N~~  ~~N~~  ~~N~~  ~~R~~  ~~R~~  ~~R~~  ~~N~~  ~~N~~ | ~~41 - PESSOAL DO SERVIÇO~~ ~~a) Um médico nefrologista para cada grupo de 35 pacientes~~  ~~(mínimo de dois médicos por unidade), com registro no CRM, presente durante todo o período de funcionamento do serviço.............................~~  ~~b) Um enfermeiro para cada 35 pacientes, com registro no COREN, presente durante todo o período de funcionamento do serviço.... ............................~~  ~~c) Um técnico ou auxiliar de enfermagem para cada 4 pacientes por turno de hemodiálise, com registro no COREN......... ...............................................~~  ~~d) Um Técnico ou Auxiliar de Enfermagem para cada 2 (dois) pacientes por turno de DPI, com registro no COREN...................... .............................~~  ~~e) Psicólogo, com registro no CRP..................................................................~~  ~~f) Assistente Social, com registro no CRAS....................................................~~  ~~g) Nutricionista, com registro no CRN..............................................................~~  ~~h) Um funcionário em todos os turnos, exclusivo para os serviços de limpeza........................................................................................................~~  ~~i) Nefrologista pediátrico............................. ...................................................~~  ~~j) Outros\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~ | | | ~~Sim~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ | | | ~~Não~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ |
|  | ~~Obs: 1 - Os serviços de diálise que não possuem todas as máquinas de hemodiálise em conformidade com o disposto no item 7.1 deverão manter Recursos Humanos de acordo com os itens 12.5 e 12.6 das Disposições Transitórias da Portaria 82/00-MS.~~  ~~2 – Verificar escalas de serviço~~ | | | | | | |
| ~~INF~~ | ~~42 – Total de Médicos:~~  ~~a) nefrologistas \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~  ~~b) clínica médica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~  ~~c) vascular\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~  ~~d) urologista\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~  ~~e) intensivista \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~ | | | | | | |
| ~~N~~ | ~~43 - Existem Programas de Treinamento/Atualização para todos os profissionais da unidade. ................................................. ............ ............ ............ .......................~~ | ~~Sim~~  ~~[ ]~~ | | | ~~Não~~ ~~[ ]~~ | | |
| ~~N~~  ~~N~~  ~~N~~  ~~N~~  ~~N~~  ~~N~~  ~~N~~ | ~~44 - Existem manuais de normas e rotinas escritas, atualizadas, datadas e assinadas, disponíveis no local para distribuição de trabalhos e atribuições~~  ~~a) Procedimentos médicos...................................................... .................................~~  ~~b) Procedimentos de enfermagem........................................... ................................~~  ~~c) Processamento de Artigos e Superfícies............................... ..............................~~  ~~d) Controle e manutenção do sistema de tratamento de água e equipamentos ......~~  ~~e) Controle e manutenção do sistema de equipamentos eletromédicos..................~~  ~~f) Biossegurança.......... ............ ...............................................................................~~  ~~g) Outros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~ | ~~Sim~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ | | | ~~Não~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ | | |
| ~~INF~~ | ~~45 – Existem protocolos para:~~  ~~a) Tratamento de peritonite.............................................. .........................................~~  ~~b) Indicação para CAPD .......................................................... .................................~~ | ~~Sim~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ | | | ~~Não~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ | | |
| ~~I~~ | ~~46 - Todo pessoal médico, enfermagem, limpeza e demais profissionais ocupacionalmente expostos recebeu vacinação contra Hepatite B~~  ~~Em caso negativo. Justifique~~ | ~~Sim~~  ~~[ ]~~ | | | ~~Não~~  ~~[ ]~~ | | |
| ~~N~~ | ~~47 - Foi realizado teste de imunidade a fim de verificar a eficácia da vacinação.~~ | ~~Sim~~  ~~[ ]~~ | | | ~~Não~~  ~~[ ]~~ | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ~~VI – AVALIAÇÃO DE REGISTROS E CONTROLE DA SAÚDE DOS PACIENTES~~ ~~Obs. Avaliar um mínimo de 10% dos prontuários~~ | | | | |
| ~~N~~  ~~N~~  ~~N~~  ~~N~~  ~~N~~  ~~N~~  ~~N~~  ~~N~~  ~~N~~  ~~N~~  ~~N~~  ~~N~~  ~~N~~  ~~N~~  ~~N~~ | ~~48 - Os prontuários médicos possuem:~~  ~~a) Identificação dos pacientes................................ ......................................~~  ~~b) História clínica, exame físico e motivo do ingresso no Programa ............~~  ~~c) Resultado de exames complementares ou anotações dos mesmos em impresso próprio .......................................................................................~~  ~~d) Hipóteses diagnósticas.............................................................................~~  ~~e) Diagnóstico ..............................................................................................~~  ~~f) Plano Terapêutico.....................................................................................~~  ~~g) Solicitação de admissão ao programa de diálise.....................................~~  ~~h) Os prontuários estão atualizados com anotações do dia da última diálise a que se submeteram os paciente................................................~~  ~~i) Evolução a cada sessão feita pelo médico e pelo enfermeiro..................~~  ~~j) Prontuário com registro rubricado de consultas clínicas mensais ............~~  ~~k) Internações durante o tratamento....................................... ....................~~  ~~l) Motivo das Internações.................................................................. ..........~~  ~~m) Tipo de alta e registro..................................................................... .......~~  ~~n) Os prontuários estão redigidos em linguagem clara, sem rasuras........ .~~  ~~o) Nome e CRM legível do médico ............................................................~~ | ~~Sim~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ | ~~Não~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ |
| ~~N~~  ~~N~~  ~~I~~  ~~I~~  ~~N~~  ~~N~~  ~~N~~  ~~N~~  ~~N~~  ~~N~~  ~~N~~  ~~N~~  ~~N~~  ~~N~~  ~~N~~  ~~N~~  ~~N~~  ~~N~~  ~~N~~  ~~N~~ | ~~49 - Dispõe de registro dos exames complementares realizados no primeiro mês de tratamento dialítico em prontuário médico ou outro arquivo:~~   1. ~~Hemograma............................. ............................. ......................... ....~~ 2. ~~Glicose............................. ............................. .................................. ...~~ 3. ~~Uréia Pré............................. ............................. ............................... ...~~ 4. ~~Uréia Pós............................. ............................. ............................. ....~~ 5. ~~Creatinina............................. ............................. ............................ ....~~ 6. ~~Potássio............................. ............................. ............................... ....~~ 7. ~~Cálcio............................. ............................. ................................... ....~~ 8. ~~Fósforo............................. ............................. ................................. ....~~ 9. ~~TGP............................. .............................. ..................................... ....~~ 10. ~~HbsAg............................. ............................. .................................. .....~~ 11. ~~Anti-HCV............................. ............................. .............................. ....~~ 12. ~~Anti-HIV............................. ............................. .................................. ..~~ 13. ~~Ultra-sonografia Abdominal com estudo dos Rins e Bexiga............. ...~~ 14. ~~Proteínas totais e frações............................. ................................. .....~~ 15. ~~Fosfatase alcalina............................. .............................................. ....~~ 16. ~~Ferro sérico ............................. ............................. ......................... ....~~ 17. ~~Dosagem de ferritina sérica............................. ............................... ....~~ 18. ~~Medição da saturação de transferrina............................................... ...~~ 19. ~~Parato-hormônio............................. .................................... .......... .....~~ 20. ~~Dosagem de Alumínio Sérico............................. .......................... ......~~ | ~~Sim~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ | ~~Não~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ |
| ~~OBS.: RESULTADO POSITIVO NOS TESTES SOROLÓGICOS PARA DETECÇÃO DE HIV E HEPATITE EXCLUI A NECESSIDADE DA MANUTENÇÃO DA PERIODICIDADE PARA OS TESTES POSITIVADOS.~~ | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ~~N~~  ~~N~~  ~~N~~  ~~N~~  ~~N~~  ~~N~~  ~~N~~  ~~N~~  ~~N~~  ~~N~~  ~~N~~  ~~N~~ | ~~50 - Dispõe de registro dos exames periódicos mensais para acompanhamento da evolução clínica dos pacientes em prontuário médico ou outro arquivo~~  ~~a) Medição de Hematócrito......................................... ......... ................... ...~~  ~~b) Dosagem de Hemoglobina................................................ ............... ...~~  ~~c) Glicemia (para pacientes diabéticos)....................... ....... ........................~~  ~~d) Uréia pré........................................................................... ..... .................~~  ~~e) Uréia pós................................................................................... ... .. .......~~  ~~f) Creatinina.................................................................................. .... ... ......~~  ~~g) Potássio..................................................................................... ... .. .......~~  ~~h) Cálcio......................................................................................... .............~~  ~~i) Fósforo....................................................................................... .. .. .......~~  ~~j) TGP - Transaminase Glutâmica Pirúvica ................................. .. ....... ..~~  ~~k) Anti HCV – Dosagem de anticorpos de hepatite C ................... ... .........~~  ~~l) HbsAg - Dosagem de antígeno superficial de hepatite B........ .... .........~~ | ~~Sim~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ | ~~Não~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ | |
| ~~N~~  ~~N~~  ~~N~~  ~~N~~  ~~N~~  ~~N~~  ~~N~~ | ~~51 - Dispõe de registro dos exames periódicos trimestrais para acompanhamento da evolução clínica dos pacientes em prontuário médico ou outro arquivo~~  ~~a) Anti HBs– Dosagem de Anticorpo superficial de hepatite B.... ............. ..~~  ~~b) Proteínas totais e frações......................... .............................. ............. ..~~  ~~c) Fosfatase alcalina................................................................... .............. ..~~  ~~d) Ferro sérico........................................................................ ................. ...~~  ~~e) Medição de saturação da transferrina................................ ............... .....~~  ~~f) Dosagem de ferritina......................................................... ................... ...~~  ~~g) Hemograma ..................................................................... .................. ...~~ | ~~Sim~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ | ~~Não~~ ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ | |
| ~~N~~ | ~~52 - Dispõe de registro dos exames periódicos semestrais para acompanhamento da evolução clínica dos pacientes em prontuário médico ou outro arquivo~~  ~~a) Parato-hormônio........................................................................... .........~~ | ~~Sim~~  ~~[ ]~~ | ~~Não~~ ~~[ ]~~ | |
| ~~N~~  ~~N~~ | ~~53 - Dispõe de registro dos exames periódicos anuais para acompanhamento da evolução clínica dos pacientes em prontuário médico ou outro arquivo~~  ~~a) Dosagem de Alumínio Sérico............................. .............. ................ ...~~  ~~b) Anti-HIV, dosagem de anticorpos de HIV...................................... ........~~ | ~~Sim~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ | | ~~Não~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ |
| ~~N~~  ~~N~~  ~~N~~  ~~N~~ | ~~54 – O serviço de diálise possui:~~  ~~a) Arquivo organizado e acessível.................................................. ...........~~  ~~b) Estatísticas mensais de morbidade e de mortalidade ................. .........~~  ~~c) Estatísticas anuais de morbidade e de mortalidade....... ......................~~  ~~d) Indicadores para o controle de Infecção Hospitalar............ ..................~~ | ~~Sim~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ | | ~~Não~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ |
| ~~VII – CARACTERÍSTICAS GERAIS~~ | | | | |
| ~~N~~  ~~N~~ | ~~55 – O serviço possui:~~  ~~a) projeto arquitetônico da área física aprovado junto à Vigilância Sanitária~~  ~~b) projeto de instalação do sistema de tratamento de água para diálise aprovado junto à Vigilância Sanitária............................. .... ......... ..........~~ | ~~Sim~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ | | ~~Não~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ |
| ~~N~~ | ~~56 No caso de adaptações e/ou reformas posterior a 11/11/1996, o projeto arquitetônico está atualizado e aprovado junto à Vigilância Sanitária.~~ | ~~Sim~~  ~~[ ]~~ | | ~~Não~~  ~~[ ]~~ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ~~I~~  ~~I~~ | ~~57 – As instalações elétricas da unidade:~~  ~~a) Obedecem a legislação vigente............................. ........................ ........~~  ~~b) A unidade conta com o sistema emergencial de energia elétrica para todas as máquinas ............................. ................ ......... . ......................~~  ~~Qual :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~ | ~~Sim~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ | ~~Não~~ ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ |
| ~~N~~ | ~~58 – O serviço dispõe de planilha com identificação dos equipamentos patrimoniados com cronograma das manutenções preventivas e anotações referentes as manutenções corretivas......... ......... ..............~~ | ~~Sim~~  ~~[ ]~~ | ~~Não~~ ~~[ ]~~ |
| ~~N~~  ~~N~~  ~~N~~  ~~N~~  ~~N~~ | ~~59 - O acesso ao serviço:~~  ~~a) Permite entrada e saída de ambulâncias sem obstáculos e conta com área coberta...................................................................... .... ................~~  ~~b) É independente para entrada e saída de pacientes............. ............ ....~~  ~~c) É independente para serviços de apoio e/ou outros........ .................. ..~~  ~~d) Permite o fluxo do paciente da Unidade Dialítica a outras áreas do hospital, quando for o caso..... ......... ......................................... ......~~  ~~e) Permite a entrada e saída de maca e cadeira de rodas........ ............ ....~~ | ~~Sim~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ | ~~Não~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ |
| ~~N~~  ~~R~~  ~~N~~  ~~N~~  ~~N~~  ~~N~~  ~~N~~  ~~N~~  ~~N~~  ~~N~~  ~~N~~  ~~N~~  ~~N~~  ~~N~~ | ~~60 – O Serviço de Diálise conta com:~~  ~~a) Área de Recepção/Registro de pacientes............ .............................. ...~~  ~~b) Área de espera de pacientes e acompanhantes....... ........................ ....~~  ~~c) Sala administrativa...................................................... ......................... ..~~  ~~d) Sanitários para pacientes em número suficiente para ambos os sexos com portas que abrem para fora............................... ....... ........ .............~~  ~~e) Pelo menos um sanitário adequado para pessoas portadoras de deficiência física, com portas que abrem para fora ........... ....... ............~~  ~~f) Vestiário, compatível com o número de funcionários, com sanitários para ambos os sexos............................................... .... ......... ......... ..............~~  ~~g) Copa........................................................................ ............................ ..~~  ~~h) Sala de utilidades com tanque de despejo ............ ............................ ...~~  ~~i) Depósito para guarda de medicamentos, concentrados e material médico-hospitalar..................................................... ...... ......... ......... .............. .~~  ~~j) Depósito de Material de Limpeza............................ .............................. .~~  ~~k) Área para guarda de macas e cadeiras de rodas..... .......................... ..~~  ~~l) Abrigo reduzido de resíduos sólidos de serviços de saúde ................. ..~~  ~~m) Área física exclusiva, restrita e de fácil acesso para o sistema de tratamento de água e reservatório de água tratada........... ..... ..............~~  ~~n) Área para guarda de pertences de pacientes.................. ................. .....~~ | ~~Sim~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ | ~~Não~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ~~I~~  ~~I~~  ~~I~~  ~~I~~  ~~I~~  ~~I~~  ~~I~~  ~~I~~  ~~I~~  ~~I~~  ~~I~~  ~~N~~ | ~~61 – O serviço de diálise possui:~~  ~~a) Área de pesagem dos pacientes com balança antropométrica . .............~~  ~~b) Lavatório de uso exclusivo dos pacientes, para lavagem de fístula........~~  ~~c) Consultório médico exclusivo............................................. ......... ............~~  ~~d) Sala para recuperação de pacientes e atendimento de emergência.......~~  ~~e) Sala de hemodiálise para pacientes HBs Ag negativo........... ......... .......~~  ~~f) Sala de reprocessamento de dialisadores de pacientes HbsAg negativo (branca) ................................................................ ......... ......... .............~~  ~~g) Sala de reprocessamento para pacientes com Hepatite C... ..................~~  ~~h) Sala para hemodiálise de pacientes HBsAg+ (amarela) ....... ...............~~  ~~i) Sala de reprocessamento de dialisadores de pacientes Hbs – Ag positiva (amarela) .............................................................. .... ......... ..................~~  ~~j)\* Sala para diálise peritonial intermitente (DPI)......... ......... ............... .......~~  ~~k)\* Sala de treinamento para D.P.A.C. (C.A. P.D.).......... ......... ............ .....~~  ~~l) Áreas adequadas quanto à dimensão, conforto, iluminação, ventilação, higiene e limpeza.................. ......... ......... ..............................................~~  ~~\* IMPRESCINDÍVEL QUANDO DA EXISTÊNCIA DE PACIENTES.~~ | ~~Sim~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ | ~~Não~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ |
| ~~N~~  ~~N~~ | ~~62 – O serviço possui:~~  ~~a) Consultório médico equipado............... ......... ........................................~~  ~~b) Conta com pia, água corrente, sabão anti-séptico e papel toalha .........~~ | ~~Sim~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ | ~~Não~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ |
| ~~VIII – HEMODIÁLISE~~ | | | |
| ~~N~~  ~~N~~  ~~N~~ | ~~63 – Todos os pacientes realizam três sessões semanais de diálise~~  ~~a) Ao ser admitido no programa o paciente é orientado a respeito da limitação do uso do dialisador/linha, toma conhecimento que isso pode ser feito no máximo por doze vezes e certifica-se mediante assinatura toda vez que acontece a troca....................................... ......... ..........~~  ~~b) O paciente faz a verificação da sua identificação no dialisador/ linhas, antes do início de cada sessão de hemodiálise. ......... ......... ......... ..........~~ | ~~Sim~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ | ~~Não~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ |
| ~~SALA DE HEMODIÁLISE DE PACIENTES Hbs – Ag NEGATIVO~~ | | | |
| ~~I~~  ~~INF~~ | ~~64 - O serviço conta com sala para pacientes HbsAg negativo~~  ~~Número de máquinas \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~ | ~~Sim~~  ~~[ ]~~ | ~~Não~~ ~~[ ]~~ |
| ~~N~~  ~~N~~  ~~N~~  ~~N~~  ~~N~~  ~~N~~  ~~N~~  ~~N~~ | ~~65 - A sala para hemodiálise de pacientes HbsAg negativo (branca) conta com:~~  ~~a) Área física adequada para uma boa distribuição de máquina /poltrona ou máquina/leito.. ......... ......... .............................................................. ........... .~~  ~~b) As poltronas encontram-se íntegras, funcionantes (travas de encosto funcionando) em condições de limpeza........ ......... ......... ............ ........... .....~~  ~~c) Espaço para uma boa circulação de funcionários e pacientes. ........... .........~~  ~~d) Boa iluminação, ventilação, conservação, higiene e limpeza......... ...............~~  ~~e) Telas de proteção nas janelas................................................ ........... ............~~  ~~f) Ralos com fecho hídrico (sifão) e dispositivo de fechamento (tampa escamoteável) ....................................................... ......... ................... ......... .~~  ~~g) Localização em espaço que não se caracterize como passagem para outro ambiente individualizado...................... ......... ......... ......... ......... ......... .........~~  ~~h) Concentrados químicos utilizados no procedimento dialítico estão armazenados adequadamente.................................. ......... ............. ......... ...~~  ~~i) Manual de normas e rotinas assistenciais de fácil acesso atualizado, datado, assinado ....................................................................................................~~  ~~Obs. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~ | ~~Sim~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ | ~~Não~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ~~N~~  ~~N~~  ~~N~~  ~~N~~ | ~~66 - O Posto de Enfermagem possui:~~  ~~a) Acesso fácil e boa visualização da(s) sala(s) de tratamento.... . ......... ..........~~  ~~b) Bancada com cuba de inox e com água corrente.................... ......... ......... ...~~  ~~c) Lavatório para uso exclusivo da equipe de saúde .....................................~~  ~~d) Torneiras com dispositivo de fechamento sem acionamento manual sabão anti-séptico líquido e toalha de papel........................ ......... ......... ......... .........~~ | ~~Sim~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ | ~~Não~~ ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ |
| ~~I~~  ~~I~~  ~~I~~  ~~I~~  ~~I~~  ~~I~~ | ~~67 - Medidas de biossegurança adotadas:~~  ~~a) Todo pessoal médico e de enfermagem utiliza Equipamentos de Proteção Individual-EPI, conforme determinado pelas normas vigentes para os diferentes procedimentos. .................................... ......... ......... ......... ...........~~  ~~b) Luva de procedimento........................................................ ......... ..................~~  ~~c) Máscara ................................................................................... ......... ............~~  ~~d) Avental...................................................................................... ......... ...........~~  ~~e) Óculos......................................................................................... ......... .........~~  ~~f) Todo pessoal de limpeza faz uso adequado de Equipamentos de Proteção Individual - EPI, conforme determinado pelas normas vigentes......... ...........~~ | ~~Sim~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ | ~~Não~~ ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ |
| ~~I~~ | ~~68 - Durante o procedimento dialítico os funcionários que atendem esta sala são exclusivos dela............................................................. ........... ........... ...........~~ | ~~Sim~~  ~~[ ]~~ | ~~Não~~ ~~[ ]~~ |
| ~~N~~  ~~I~~  ~~I~~  ~~I~~  ~~I~~  ~~I~~  ~~I~~  ~~I~~  ~~I~~  ~~I~~ | ~~69 - Todas as máquinas dispõem dos seguintes componentes, minimizadores de risco, em condições plenas de funcionamento:~~  ~~a) dispositivo que permita o tamponamento por bicarbonato de sódio ou acetato.~~  ~~b) controlador de temperatura ............................. ........... ......... ......... ...............~~  ~~c) monitor de pressão da solução de diálise ou monitor de pressão transmembrana com dispositivo de suspensão automática do funcionamento da bomba de sangue e com alarmes sonoros e visuais..................................~~  ~~d) monitor contínuo de condutividade com dispositivo de suspensão automática da vazão da solução e com alarmes sonoros e visuais. ...... ......... ...............~~  ~~e) detetor de ruptura do dialisador com dispositivo de suspensão automática do funcionamento da bomba de sangue e com alarmes sonoros e visuais...........~~  ~~f) detetor de bolhas e proteção contra embolismo gasoso com dispositivo de suspensão automática do funcionamento da bomba de sangue com alarmes sonoros e visuais....................................... ......... ......... ......... .............~~  ~~g) proteção contra operação em modo de diálise quando estiver em modo de desinfecção............................................ ...................... ......... ......... .....~~  ~~h) monitor de pressão de linha venosa e arterial.......................... ......... ...........~~  ~~i) isolador de pressão metálicos individuais ou descartáveis............... ..............~~ | ~~Sim~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ | ~~Não~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ |
| ~~I~~ | ~~70 - Todos os equipamentos em uso estão limpos, em plenas condições de funcionamento e com todos os alarmes operando......... ......... ......... .............~~ | ~~Sim~~ ~~[ ]~~ | ~~Não~~ ~~[ ]~~ |
| ~~I~~ | ~~71 - É realizado ao final de cada sessão de hemodiálise processo de limpeza e desinfecção do equipamento......................................... ......... ......... .............~~ | ~~Sim~~ ~~[ ]~~ | ~~Não~~ ~~[ ]~~ |
| ~~N~~ | ~~72 – É realizado semanalmente processo de limpeza e desinfecção da unidade~~ | ~~Sim~~ ~~[ ]~~ | ~~Não~~ ~~[ ]~~ |
| ~~N~~ | ~~73 - O processo de limpeza e desinfecção informado pelo técnico, está registrado em documento próprio e devidamente rubricado. ......... ...............~~ | ~~Sim~~  ~~[ ]~~ | ~~Não~~ ~~[ ]~~ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ~~SALA DE REPROCESSAMENTO DE DIALISADORES DE PACIENTES Hbs Ag NEGATIVO~~ | | | |
| ~~I~~ | ~~74 - A sala de reprocessamento de dialisadores de pacientes Hbs – Ag negativo (branca) está contígua e de fácil acesso........................ ........... ........... ........... .~~ | ~~Sim~~  ~~[ ]~~ | ~~Não~~  ~~[ ]~~ |
| ~~N~~  ~~I~~  ~~N~~  ~~N~~  ~~INF~~  ~~I~~ | ~~75 - A sala de reprocessamento de dialisadores de pacientes Hbs – Ag negativo (branca) possui:~~  ~~a) bancada com cuba profunda próprias ( individualizadas ) para o reprocessamento de dialisadores tipo capilar, com torneiras em quantidade compatível. ......... ......... ......... ................................ .................... ......... .......~~  ~~b) provimento de água tratada adequado e em quantidade compatível....................................................... ..................... ......... ......... ......~~  ~~c) dimensões adequadas, compatíveis com o número de poltronas.......... ........~~  ~~d) sistema de exaustão de ar ....................................................... ......... ............~~  ~~e) reuso automatizado................................................................. ......... ..............~~  ~~f) local apropriado (armário ou similar) para guarda dos capilares utilizados pelos pacientes inscritos no programa ......... ......... ......... ................................... ..~~ | ~~Sim~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ | ~~Não~~ ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ |
| ~~I~~ | ~~76 - Os dialisadores tipo capilar e as linhas arteriais e venosas encontram-se devidamente identificadas...................................... ......... ......... .....................~~ | ~~Sim~~  ~~[ ]~~ | ~~Não~~ ~~[ ]~~ |
| ~~I~~ | ~~77 - A guarda dos dialisadores tipo capilar é feita em recipientes rígidos, individualizados, de fácil limpeza e desinfecção.......... ......... ......... ................~~ | ~~Sim~~ ~~[ ]~~ | ~~Não~~ ~~[ ]~~ |
| ~~I~~ | ~~78 - Os recipientes estão corretamente identificados com os dados dos pacientes~~ | ~~Sim~~ ~~[ ]~~ | ~~Não~~ ~~[ ]~~ |
| ~~N~~ | ~~79 - O processo de limpeza e desinfecção encontra-se registrado em documento próprio e devidamente rubricado............................. ......... ......... ............~~ | ~~Sim~~ ~~[ ]~~ | ~~Não~~ ~~[ ]~~ |
| ~~N~~ | ~~80 - Existe registro da medida do volume interno das fibras (priming), de todos os dialisadores antes do primeiro uso ........... ......... ......... ......... ......... ..............~~ | ~~Sim~~ ~~[ ]~~ | ~~Não~~ ~~[ ]~~ |
| ~~I~~ | ~~81 - Existe registro da medida do volume interno das fibras (priming), de todos os dialisadores após cada uso............................ ......... ......... ......... ......... ...........~~ | ~~Sim~~ ~~[ ]~~ | ~~Não~~ ~~[ ]~~ |
| ~~I~~ | ~~82 - Os dialisadores tipo capilar biocompatível e as linhas arteriais e venosas são descartados após o máximo de12 usos............................. ......... ......... ...........~~  **~~Obs.: Quando a unidade fizer uso de máquina de reprocessamento automático, o capilar poderá ser usado até 20 vezes.~~** | ~~Sim~~ ~~[ ]~~ | ~~Não~~ ~~[ ]~~ |
| ~~Não é permitido o reprocessamento do dialisador/linhas para os pacientes HIV POSITIVO~~ | | | |
| ~~I~~ | ~~83 - Funcionários que atuam no reprocessamento de dialisadores de pacientes Hbs Ag negativo são exclusivos .......... ......... ......... ...... .........~~ | ~~Sim~~ ~~[ ]~~ | ~~Não~~ ~~[ ]~~ |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ~~SALA PARA HEMODIÁLISE DE PACIENTES HBs Ag POSITIVO~~ | | | | |
| ~~INF~~  ~~INF~~ | ~~84 – A unidade conta com sala para pacientes HbsAg positivo.... ......... ............. Número de máquinas\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~ | ~~Sim~~ ~~[ ]~~ | ~~Não~~ ~~[ ]~~ | |
| ~~N~~  ~~N~~  ~~N~~  ~~N~~  ~~N~~ | ~~85 – O Posto de Enfermagem possui:~~  ~~a) Acesso fácil e boa visualização da(s) sala(s) de tratamento......... ......... ...........~~  ~~b) Bancada com cuba de inox e com água corrente................ ......... .............. .....~~  ~~c) Lavatório para uso exclusivo da equipe de saúde................ ......... .............~~  ~~d) Torneiras com dispositivo de fechamento sem acionamento manual, sabão anti-séptico líquido e toalha de papel......................... ......... ......... ......... ................~~ | ~~Sim~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ | ~~Não~~ ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ | |
| ~~I~~ | ~~86 – Durante o procedimento dialítico os funcionários que atendem esta sala são exclusivos dela.......................................... ......... ....... ......... ......... .................~~ | ~~Sim~~ ~~[ ]~~ | ~~Não~~ ~~[ ]~~ | |
| ~~I~~  ~~I~~  ~~I~~  ~~I~~  ~~I~~  ~~I~~ | ~~87 – Medidas de biossegurança adotadas:~~  ~~a) Todo~~ **~~pessoal~~** ~~médico e de enfermagem utiliza Equipamentos de Proteção Individual-EPI, conforme determinado pelas normas vigentes para os diferentes procedimentos................. ......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... ...........~~  ~~b) Luva de procedimento............................. ................................ ......... ......... ....~~  ~~c) Máscara ............................. ............................. ....................... ......... ......... ....~~  ~~d) Avental............................. ............................. .......................... ......... .............~~  ~~e) Óculos............................. ............................. .......................... ......... ..............~~  ~~f) Todo pessoal de limpeza faz uso adequado de Equipamentos de Proteção Individual-EPI, conforme determinado pelas normas vigentes. ......... .............~~ | ~~Sim~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ | | ~~Não~~ ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ |
| ~~N~~  ~~N~~  ~~N~~  ~~N~~  ~~N~~  ~~N~~  ~~N~~  ~~N~~  ~~N~~ | ~~88 – A sala para hemodiálise de pacientes Hbs – Ag positivo (amarela) conta com:~~  ~~a) Área física adequada para uma boa distribuição de máquina /poltrona ou máquina/leito............................. .......................... ......... ......... ......... ..................~~  ~~b) As poltronas encontram-se íntegras, funcionantes (travas de encosto funcionando) em condições de limpeza..................... ......... . ......... ......... .........~~  ~~c) Espaço para uma boa circulação de funcionários e pacientes.... ......... ......... ...~~  ~~d) Boa iluminação, ventilação, conservação, higiene e limpeza..... ......... ......... ...~~  ~~e) Telas de proteção nas janelas................................................. ... ......... .............~~  ~~f) Ralos com fecho hídrico (sifão) e dispositivo de fechamento (tampa escamoteável) ............................. ............................... ........ ......... ......... ..........~~  ~~g) Localização em espaço que não se caracteriza como passagem para qualquer outro ambiente individualizado........ ......... ......... ........ ......... ......... ......... .........~~  ~~h) Concentrados químicos utilizados no procedimento dialítico estão armazenados adequadamente....................................... ......... ... ......... ......... ......... ......... .....~~  ~~i) Manual de normas e rotinas assistenciais de fácil acesso atualizado, datado, assinado............................. .............. ......... .......... ......... ......... ......... ...............~~  ~~Obs. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~ | ~~Sim~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ | | ~~Não~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ~~N~~  ~~I~~  ~~I~~  ~~I~~  ~~I~~  ~~I~~  ~~I~~  ~~I~~  ~~I~~  ~~I~~ | ~~89 – Todas as máquinas dispõem dos seguintes componentes, minimizadores de risco, em condições plenas de funcionamento:~~  ~~a) dispositivo que permita o tamponamento por bicarbonato de sódio ou acetato~~  ~~b) controlador de temperatura ............................. ....................... ......... ............. .~~  ~~c) monitor de pressão da solução de diálise ou monitor de pressão transmembrana com dispositivo de suspensão automática do funcionamento da bomba de sangue e com alarmes sonoros e visuais ......... ......... ......... .........~~  ~~d) monitor contínuo de condutividade com dispositivo de suspensão automática da vazão da solução e com alarmes sonoros e visuais. ......................................~~  ~~e) detetor de ruptura do dialisador com dispositivo de suspensão automática do funcionamento da bomba de sangue e com alarmes sonoros e visuais............~~  ~~f) detetor de bolhas e proteção contra embolismo gasoso com dispositivo de suspensão automática do funcionamento da bomba de sangue com alarmes sonoros e visuais................... ......... ......... ......... ......... ......... ..............~~  ~~g) proteção contra operação em modo de diálise quando estiver em modo de desinfecção............................. .......................... .... ......... ......... ............ .~~  ~~h) monitor de pressão de linha venosa e arterial................. ......... ........................~~  ~~i) isolador de pressão metálicos individuais ou descartáveis... ......... ......... ....... ..~~ | ~~Sim~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]  [ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ | ~~Não~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]  [ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ |
| ~~I~~ | ~~90 – Todos os equipamentos em uso estão limpos, em plenas condições de funcionamento e com todos os alarmes operando .............................................~~ | ~~Sim~~  ~~[ ]~~ | ~~Não~~ ~~[ ]~~ |
| ~~I~~ | ~~91 – É realizado ao final de cada sessão de hemodiálise processo de limpeza e desinfecção do equipamento........................................................................ ......~~ | ~~Sim~~ ~~[ ]~~ | ~~Não~~ ~~[ ]~~ |
| ~~N~~ | ~~92 – Realiza semanalmente processo de limpeza e desinfecção da unidade .....~~ | ~~Sim~~ ~~[ ]~~ | ~~Não~~ ~~[ ]~~ |
| ~~N~~ | ~~93 – O processo de limpeza e desinfecção informado pelo técnico, está registrado em documento próprio e devidamente rubricado. ... ......... ......... ......................~~ | ~~Sim~~  ~~[ ]~~ | ~~Não~~ ~~[ ]~~ |
| ~~REPROCESSAMENTO DE DIALISADORES DE PACIENTES Hbs – Ag POSITIVO~~ | | | |
| ~~I~~ | ~~94 – A sala de reprocessamento de dialisadores de pacientes Hbs – Ag positivo é contígua e de fácil acesso............................. ................ .........~~ | ~~Sim~~ ~~[ ]~~ | ~~Não~~ ~~[ ]~~ |
| ~~N~~  ~~I~~  ~~N~~  ~~N~~  ~~INF~~  ~~I~~ | ~~95 – A Sala de reprocessamento de dialisadores de pacientes Hbs – Ag positivo possui:~~  ~~a) bancada com cuba profunda próprias ( individualizadas ) para o reprocessa-mento de dialisadores tipo capilar, com torneiras em quantidade compatível.~~  ~~b) Provimento de água tratada adequado e em quantidade compatível..............~~  ~~c) Dimensões adequadas compatíveis com o número de poltronas....................~~  ~~d) Sistema de exaustão de ar .............................................................................~~  ~~e) Reuso automatizado............................. ................................... ......................~~  ~~f) Local apropriado (armário ou similar) para guarda dos capilares utilizados pelos pacientes inscritos no programa ......... ......... ......... ........... ....... ...........~~ | ~~Sim~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ | ~~Não~~ ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ~~I~~ | ~~96 – Os dialisadores tipo capilar e as linhas arteriais e venosas encontram-se devidamente identificadas................................ ......... ......... ....... ..................~~ | ~~Sim~~ ~~[ ]~~ | ~~Não~~ ~~[ ]~~ |
| ~~I~~ | ~~97 – A guarda dos dialisadores tipo capilar é feita em recipientes rígidos, individualizados, de fácil limpeza e desinfecção............... ......... .......... ...........~~ | ~~Sim~~ ~~[ ]~~ | ~~Não~~ ~~[ ]~~ |
| ~~I~~ | ~~98 – Os recipientes estão corretamente identificados com dados dos pacientes~~ | ~~Sim~~ ~~[ ]~~ | ~~Não~~ ~~[ ]~~ |
| ~~N~~ | ~~99 – processo de limpeza e desinfecção encontra-se registrado em documento próprio e devidamente rubricado............................... ......... ......... .................~~ | ~~Sim~~ ~~[ ]~~ | ~~Não~~ ~~[ ]~~ |
| ~~N~~ | ~~100 – Existe registro da medida do volume interno das fibras (priming), de todos os dialisadores~~ **~~antes do primeiro uso~~** ~~.............. ......... ......... ......... ..........~~ | ~~Sim~~ ~~[ ]~~ | ~~Não~~ ~~[ ]~~ |
| ~~I~~ | ~~101 – Existe registro da medida do volume interno das fibras (priming), de todos os dialisadores~~ **~~após cada uso~~**~~......................... ......... ......... ......... .............~~ | ~~Sim~~ ~~[ ]~~ | ~~Não~~ ~~[ ]~~ |
| ~~I~~ | ~~102 - Os dialisadores tipo capilar biocompatível e as linhas arteriais e venosas são descartados após o máximo de12 usos.............................. ......... .........~~  **~~Obs.: Quando a unidade fizer uso de máquina de reprocessamento automático, o capilar poderá ser usado até 20 vezes.~~** | ~~Sim~~ ~~[ ]~~ | ~~Não~~ ~~[ ]~~ |
| ~~Não é permitido o reprocessamento do dialisador/linhas para os pacientes HIV POSITIVO~~ | | | |
| ~~I~~ | ~~103 - Funcionários que atuam no reprocessamento de dialisadores de pacientes Hbs Ag positivo (reuso da sala amarela) são exclusivos .......................................~~ | ~~Sim~~ ~~[ ]~~ | ~~Não~~ ~~[ ]~~ |
| ~~HEMODIÁLISE DE PACIENTES HCV POSITIVO SALA PARA HEMODIÁLISE – NÃO OBRIGATÓRIA SALA PARA REPROCESSAMENTO – OBRIGATÓRIO~~ | | | |
| ~~INF~~  ~~INF~~ | ~~104 – O serviço conta com sala para pacientes HCV positivo........... ......... Número de máquinas \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~ | ~~Sim~~ ~~[ ]~~ | ~~Não~~ ~~[ ]~~ |
| ~~N~~  ~~N~~  ~~N~~  ~~N~~ | ~~105 – O Posto de Enfermagem possui:~~  ~~a) Acesso fácil e boa visualização da(s) sala(s) de tratamento... .............~~  ~~b) Bancada com cuba de inox e com água corrente..................... .............~~  ~~c) Lavatório para uso exclusivo da equipe de saúde................... .............~~  ~~d) Torneiras com dispositivo de fechamento sem acionamento manual sabão anti-séptico líquido e toalha de papel................ ......... ...............~~ | ~~Sim~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ | ~~Não~~ ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ~~I~~  ~~I~~  ~~I~~  ~~I~~  ~~I~~  ~~I~~ | ~~106 – Medidas de biossegurança adotadas:~~  ~~a) Todo pessoal médico e de enfermagem utiliza Equipamentos de Proteção Individual-EPI, conforme determinado pelas normas vigentes para os diferentes procedimentos................. ......... ........ ....... ...............~~  ~~b) Luva de procedimento............................................................ ................~~  ~~c) Máscara ................................................................................... ............. .~~  ~~d) Avental..................................................................................... ...............~~  ~~e) Óculos..................................................................................... ...............~~  ~~f) Todo pessoal de limpeza faz uso adequado de Equipamentos de Proteção Individual-EPI, conforme determinado pelas normas vigentes~~ | ~~Sim~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ | | ~~Não~~ ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ |
| ~~N~~  ~~N~~  ~~N~~  ~~N~~  ~~N~~  ~~N~~  ~~N~~  ~~N~~  ~~N~~ | ~~107 – A sala para hemodiálise de pacientes com sorologia positiva para o vírus da Hepatite C conta com:~~  ~~a) Área física adequada para uma boa distribuição de máquina /poltrona ou máquina/leito............................. ............................... ........... ...............~~  ~~b) As poltronas encontram-se íntegras, funcionantes (travas de encosto funcionando) em condições de limpeza..................... ......... ........... .........~~  ~~c) Espaço para uma boa circulação de funcionários e pacientes.... .............~~  ~~d) Boa iluminação, ventilação, conservação, higiene e limpeza..... .............~~  ~~e) Telas de proteção nas janelas............................. .................... ................~~  ~~f) Ralos com fecho hídrico (sifão) e dispositivo de fechamento (tampa escamoteável) ............................. ............................... ......... ...................~~  ~~g) Localização em espaço que não se caracteriza como passagem para qualquer outro ambiente individualizado......... ......... ......... ........... ..........~~  ~~h) Concentrados químicos utilizados no procedimento dialítico estão armazenados adequadamente....................................... ......... .................~~  ~~i) Manual de normas e rotinas assistenciais de fácil acessoatualizado, datado, assinado........................ .......................... ...................~~  ~~Obs. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~ | ~~Sim~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ | | ~~Não~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ |
| ~~N~~  ~~I~~  ~~I~~  ~~I~~  ~~I~~  ~~I~~  ~~I~~  ~~I~~  ~~I~~  ~~I~~ | ~~108 - Todas as máquinas dispõem dos seguintes componentes, minimizadores de risco, em condições plenas de funcionamento:~~  ~~a) dispositivo que permita o tamponamento por Bicarbonato de sódio ou acetato ............................. ............................. ......... ......... .......... ...........~~  ~~b) controlador de temperatura ............................. ...................... ...................~~  ~~c) monitor de pressão da solução de diálise ou monitor de pressão trans-membrana com dispositivo de suspensão automática do funcionamento da bomba de sangue e com alarmes sonoros e visuais ........... ........... ......~~  ~~d) monitor contínuo de condutividade com dispositivo de suspensão automática da vazão da solução e com alarmes sonoros e visuais. .......~~  ~~e) detetor de ruptura do dialisador com dispositivo de suspensão automática do funcionamento da bomba de sangue e com alarmes sonoros e visuais~~  ~~f) detetor de bolhas e proteção contra embolismo gasoso com dispositivo de suspensão automática do funcionamento da bomba de sangue com alarmes sonoros e visuais.................. ......... ......... ......... ........... ...........~~  ~~g) proteção contra operação em modo de diálise quando estiver em modo de desinfecção............................. .......................... .... ........... ...............~~  ~~h) monitor de pressão de linha venosa e arterial.......................... ..............~~  ~~i) isolador de pressão metálicos individuais ou descartáveis. ........... ...........~~ | ~~Sim~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ | | ~~Não~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ |
| ~~I~~ | ~~109 - Todos os equipamentos em uso estão limpos, em plenas condições de funcionamento e com todos os alarmes operando ......... ......... .........~~ | ~~Sim~~ ~~[ ]~~ | | ~~Não~~ ~~[ ]~~ |
| ~~I~~ | ~~110 - É realizado ao final de cada sessão de hemodiálise processo de limpeza e desinfecção do equipamento........................................... ...........~~ | ~~Sim~~ ~~[ ]~~ | | ~~Não~~ ~~[ ]~~ |
| ~~N~~ | ~~111 – É realizado semanalmente processo de limpeza e desinfecção do serviço ....................................................................................... ................~~ | ~~Sim~~ ~~[ ]~~ | | ~~Não~~ ~~[ ]~~ |
| ~~N~~ | ~~112 - O processo de limpeza e desinfecção informado pelo técnico, encontra-se registrado em documento próprio devidamente rubricado......~~ | ~~Sim~~ ~~[ ]~~ | | ~~Não~~ ~~[ ]~~ |
| ~~REPROCESSAMENTO DE DIALISADORES DE PACIENTES COM HEPATITE C~~ | | | | |
| ~~I~~ | ~~113 - A sala de reprocessamento de dialisadores de pacientes com sorologia positiva para o vírus da Hepatite C está contígua a sala de tratamento e de fácil acesso.............. ......... ......... ......... ......... ..............~~ | ~~Sim~~ ~~[ ]~~ | ~~Não~~ ~~[ ]~~ | |
| ~~N~~  ~~I~~  ~~N~~  ~~N~~  ~~INF~~  ~~I~~ | ~~114 - A Sala de reprocessamento de dialisadores de pacientes com sorologia positiva para o vírus da Hepatite C possui:~~  ~~a) bancada com cuba profunda própria ( individualizadas ) para o reprocessamento de dialisadores tipo capilar, com torneiras em quantidade compatível. .................... ............................... ........................~~  ~~b) provimento de água tratada adequado e em quantidade compatível..................... ..................... ..................... .............. ................~~  ~~c) dimensões adequadas compatíveis com o número de poltronas ............~~  ~~d) sistema de exaustão de ar ........ ................................................ ..............~~  ~~e) reuso automatizado..................................... ....................................... .....~~  ~~f) local apropriado (armário ou similar) para guarda dos capilares utilizados pelos pacientes inscritos no programa............................ ........... ...............~~ | ~~Sim~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ | ~~Não~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ | |
| ~~I~~ | ~~115 - Os dialisadores tipo capilar e as linhas arteriais e venosas encontram-se devidamente identificadas............................................. ........... ...........~~ | ~~Sim~~ ~~[ ]~~ | ~~Não~~ ~~[ ]~~ | |
| ~~I~~ | ~~116 - A guarda dos dialisadores tipo capilar é feita em recipientes rígidos, individualizados, de fácil limpeza e desinfecção.................... ........... .......~~ | ~~Sim~~ ~~[ ]~~ | ~~Não~~ ~~[ ]~~ | |
| ~~I~~ | ~~117 - Os recipientes estão corretamente identificados com dados dos pacientes ................................................................................... ........ .....~~ | ~~Sim~~ ~~[ ]~~ | ~~Não~~ ~~[ ]~~ | |
| ~~I~~ | ~~118 - O processo de limpeza e desinfecção encontra-se registrado em documento próprio e devidamente rubricado...................... ...................~~ | ~~Sim~~ ~~[ ]~~ | ~~Não~~ ~~[ ]~~ | |
| ~~N~~ | ~~119 - Existe registro da medida do volume interno das fibras (priming), de todos os dialisadores antes do primeiro uso .............. ........... ...........~~ | ~~Sim~~ ~~[ ]~~ | ~~Não~~ ~~[ ]~~ | |
| ~~I~~ | ~~120 - Existe registro da medida do volume interno das fibras (priming), de todos os dialisadores após cada uso............................. ........... ...........~~ | ~~Sim~~ ~~[ ]~~ | ~~Não~~ ~~[ ]~~ | |
| ~~I~~ | ~~121 - Os dialisadores tipo capilar biocompatível e as linhas arteriais e venosas são descartados após o máximo de12 usos ......................~~  **~~Obs.: Quando o serviço fizer uso de máquina de reprocessamento automático, o capilar poderá ser usado até 20 vezes.~~** | ~~Sim~~ ~~[ ]~~ | ~~Não~~ ~~[ ]~~ | |
| ~~Não é permitido o reprocessamento do dialisador/linhas para os pacientes HIV POSITIVO~~ | | | | |
| ~~I~~ | ~~122 - Funcionários que atuam no reprocessamento de dialisadores de pacientes com Hepatite C são exclusivos desta sala..................... ...........~~ | ~~Sim~~ ~~[ ]~~ | ~~Não~~ ~~[ ]~~ | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ~~DIÁLISE PERITONIAL INTERMITENTE~~ | | | |
| ~~INF~~ | ~~123 – O serviço de diálise possui sala para diálise peritoneal intermitente.....~~ | ~~Sim~~ ~~[ ]~~ | ~~Não~~ ~~[ ]~~ |
| ~~R~~  ~~I~~  ~~I~~  ~~I~~  ~~N~~ | ~~124 - A sala de DPI possui:~~  ~~a) Localização contígua ao serviço de hemodiálise........................ .............~~  ~~b) Bancada com pia e água corrente, sabão anti-séptico e papel toalha.....~~  ~~c) Dimensões compatíveis com a quantidade de equipamentos instalados e o número de pacientes/dia ..................... .............. ......... ........... .............~~  ~~d) Pia de despejo no próprio local ou anexo a este, para descarte dos resíduos líquidos..................... .................... ..................... ......... ............~~  ~~e) Áreas adequadas quanto a dimensão, iluminação, ventilação, higiene e limpeza ..................... .................... ............................. ........... .................~~ | ~~Sim~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ | ~~Não~~ ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ |
| ~~I~~ | ~~125 - Os medicamentos utilizados no procedimento estão sendo armazenados adequadamente...............................................................~~ | ~~Sim~~ ~~[ ]~~ | ~~Não~~ ~~[ ]~~ |
| ~~I~~ | ~~126 - Os equipamentos utilizados para aquecer a solução de DPI estão limpos e com termômetro funcionando.................................. ........... ......~~ | ~~Sim~~ ~~[ ]~~ | ~~Não~~ ~~[ ]~~ |
| ~~I~~ | ~~127 - Há equipamento mínimo para atendimento de emergência....... ...........~~ | ~~Sim~~ ~~[ ]~~ | ~~Não~~ ~~[ ]~~ |
| ~~I~~ | ~~128 - Fonte de oxigênio de fácil acesso ..................... .................... .. ...........~~ | ~~Sim~~ ~~[ ]~~ | ~~Não~~ ~~[ ]~~ |
| ~~I~~ | ~~129 - Funcionários que realizam o procedimento encontram-se paramentados e fazendo uso de Equipamentos de Proteção Individual - EPI, conforme determinado pelas normas vigentes. ....... ........... ...........~~ | ~~Sim~~ ~~[ ]~~ | ~~Não~~ ~~[ ]~~ |
| ~~N~~ | ~~130 - Há manual de normas e rotinas de fácil acesso e o manual está atualizado, datado e assinado..................................................... ...........~~ | ~~Sim~~ ~~[ ]~~ | ~~Não~~ ~~[ ]~~ |
| ~~N~~ | ~~131 - Há registro dos procedimentos realizados no paciente, devidamente identificados e datados. ............................................ ........... ...............~~ | ~~Sim~~ ~~[ ]~~ | ~~Não~~ ~~[ ]~~ |
| ~~INF~~  ~~INF~~  ~~INF~~ | ~~132 - Caso não exista sala de diálise peritonial intermitente no serviço, o procedimento é realizado em:~~  ~~a) Unidade de Terapia Intensiva (UTI) .......................................... ........... .~~  ~~b) Enfermaria hospitalar exclusiva..................... ............................ ...........~~  ~~c) Outro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~ | ~~Sim~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ | ~~Não~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ |
| ~~INF~~  ~~INF~~  ~~INF~~ | ~~133 - Dispõe de RH da unidade para realização de DPI fora do Serviço de Terapia Renal Substitutiva............................................. ........... ................~~  ~~a) Médico nefrologista .............................................................. ........... ...........~~  ~~b) Enfermeiro................................................................................. .................~~  ~~c) Técnico / auxiliar de enfermagem ........................................ ........... ...........~~ | ~~Sim~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ | ~~Não~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ |
| ~~DIÁLISE PERITONIAL AMBULATORIAL CONTÍNUA~~ | | | |
| ~~INF~~ | ~~134 - O Serviço de diálise possui sala de treinamento de pacientes em Diálise Peritonial Ambulatorial Contínua (DPAC)....................... ...........~~ | ~~Sim~~ ~~[ ]~~ | ~~Não~~ ~~[ ]~~ |
| ~~I~~  ~~I~~  ~~I~~  ~~N~~  ~~N~~ | ~~135 – A DPAC possui:~~  ~~a) Sala exclusiva ..................... .................... ..................... .......... ..............~~  ~~b) Pia de despejo no próprio local ou anexo a este, para descarte dos resíduos líquidos..................... ..................... ..................... ......... ...........~~  ~~c) Bancada com pia e água corrente, sabão anti-séptico e papel toalha .............................................................................................. ........... ......~~  ~~d) Área adequada quanto a dimensão, conforto, iluminação, ventilação, higiene e limpeza..................... ..................... ......... ......... ........... .........~~  ~~e) Manual de normas e rotinas de fácil acesso atualizado, datado e assinado~~ | ~~Sim~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ | ~~Não~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ |
| ~~I~~  ~~I~~ | ~~136 - Durante todo o treinamento de DPAC o serviço possui:~~  ~~a) Médico Nefrologista (podendo ser o mesmo da sala de Hemodiálise) desde que não ultrapasse 35 pacientes......................... ........... ...............~~  ~~b) Enfermeiro Responsável Técnico pelo programa (com o máximo de 50 pacientes de DPAC) ..................... ..................... ........... ........... ...........~~ | ~~Sim~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ | ~~Não~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ |
| ~~I~~ | ~~137 - Funcionários que realizam o procedimento encontram-se paramentados e fazendo uso de Equipamentos de Proteção Individual – EPI, conforme determinado pelas normas vigentes. ........... ........... ...........~~ | ~~Sim~~  ~~[ ]~~ | ~~Não~~  ~~[ ]~~ |
| ~~IX – SALA DE RECUPERAÇÃO DE PACIENTES~~ | | | |
| ~~INF~~  ~~INF~~ | ~~138 - A sala de recuperação de pacientes:~~ ~~a) Está localizada dentro do Serviço de Diálise .......................... ................~~  ~~b) Está localizada fora do Serviço de Diálise mas de fácil acesso .............~~ | ~~Sim~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ | ~~Não~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ |
| ~~N~~  ~~N~~  ~~I~~  ~~N~~ | ~~139 – A Sala de pacientes possui:~~  ~~a) Instalações elétricas de acordo com a legislação vigente....... .. ..............~~  ~~b) Maca para repouso e atendimento do paciente........................ .. ............~~  ~~c) Pia, com água corrente, sabão anti-séptico e papel toalha........ . ...........~~  ~~d) Área adequada quanto a dimensão, conforto, iluminação, ventilação, higiene e limpeza ........................................................... .. ........... ...........~~ | ~~Sim~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ | ~~Não~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ |
| ~~I~~  ~~I~~  ~~I~~  ~~I~~  ~~I~~  ~~I~~  ~~I~~  ~~I~~  ~~I~~  ~~I~~  ~~I~~ | ~~140 – Para atendimento de emergência o serviço de diálise dispõe de:~~  ~~a) Material completo de intubação (cânulas, guias e laringoscópios com lâmpadas e pilhas)...................................... ... ........... ........... ........... .........~~  ~~b) Eletrocardiógrafo....................................................................... ........... ....~~  ~~c) Monitor cardíaco........................................................................ ................~~  ~~d) Desfibrilador / cardioversor................................................... ........... .........~~  ~~e) Ambú........................................................................................ .................~~  ~~f) Aspirador portátil..................................................................... ....................~~  ~~g) Fonte de oxigênio..................................................................... .................~~  ~~h) Vácuo / ar comprimido ............................................................ ..................~~  ~~i) Medicamentos, os quais encontram-se dentro do prazo de validade .......~~  ~~j) Correlatos como por exemplo: catéter, cânulas e outros utilizados e estes encontram-se dentro do prazo de validade de esterilização..... ...............~~  ~~O protocolo de atendimento e materiais são adaptados ao paciente pediátrico, caso exista atendimento pediátrico.................. ........... ...........~~ | ~~Sim~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ | ~~Não~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ~~X – CONTROLE GERAL~~ | | | |
| ~~I~~ | ~~141 - A unidade de diálise possui, no mínimo, 01 máquina de hemodiálise de reserva e em plenas condições de funcionamento. .......................... ...........~~ | ~~Sim~~ ~~[ ]~~ | ~~Não~~ ~~[ ]~~ |
| ~~I~~ | ~~142 - Antes do próximo uso e após os enxágües, é realizado teste de resíduo da solução esterilizante nos dialisadores, de acordo com o processo de desinfecção adotado. .............................................. ........... ........... ................~~ | ~~Sim~~  ~~[ ]~~ | ~~Não~~  ~~[ ]~~ |
| ~~I~~ | ~~143 - Os resultados do teste são registrados em livro próprio, assinado pelo profissional responsável pelo processo. ....................... ........... ........... ...........~~ | ~~Sim~~  ~~[ ]~~ | ~~Não~~  ~~[ ]~~ |
| ~~I~~ | ~~144 - O acondicionamento de resíduos sépticos é feito em recipientes providos de tampa acionada a pedal, saco branco leitoso (ABNT) identificado ........~~ | ~~Sim~~  ~~[ ]~~ | ~~Não~~  ~~[ ]~~ |
| ~~I~~ | ~~145 - Existe fluxo, transporte e local adequado para o acondicionamento dos resíduos até a coleta final............................. ........... ........... ........... ...............~~ | ~~Sim~~  ~~[ ]~~ | ~~Não~~  ~~[ ]~~ |
| ~~I~~ | ~~146 - O material pérfuro-cortante é acondicionado em recipiente rígido, devidamente identificado e vedado, com padronização de troca de acordo com as normas da CCIH......................................... ........... ........... ...............~~ | ~~Sim~~  ~~[ ]~~ | ~~Não~~  ~~[ ]~~ |
| ~~INF~~ | ~~147 – O concentrado utilizado pelo serviço é:~~  ~~a) industrializado........................................................... ........... ........... ...........~~  ~~b) manipulado............................................................................ ........... ...........~~ | ~~Sim~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ | ~~Não~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ |
| ~~I~~ | ~~148 – No caso de manipulação do concentrado esta é realizada em farmácia hospitalar e sob orientação do farmacêutico..................... ........... ...............~~ | ~~Sim~~  ~~[ ]~~ | ~~Não~~  ~~[ ]~~ |
| ~~I~~ | ~~149 - Os medicamentos e outros artigos retirados de suas embalagens originais são corretamente identificados (data, validade, lote, Registro MS)~~ | ~~Sim~~  ~~[ ]~~ | ~~Não~~  ~~[ ]~~ |
| ~~I~~  ~~I~~  ~~I~~ | ~~150 - No armazenamento do concentrado, soluções, medicamentos e artigos médico-hospitalares são observadas as seguintes condições:~~  ~~a) Dispostos em local adequado, ao abrigo da luz e calor, e com boas condições de ventilação e higiene ambiental...................... .... ........... ...........~~  ~~b) Controle rigoroso do prazo de validade; lote e registro no MS...... ..... ...........~~  ~~c) Existência de controle de temperatura, com termômetro de máxima e mínima, devidamente registrado............................... ........... ........... ........... ..~~ | ~~Sim~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ | ~~Não~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ |
| ~~I~~ | ~~151 - A amostra da solução dialítica, para exame de determinação do número de unidades formadoras de colônias, é coletada na saída da máquina ao final da sessão ........................... ........... ........... ........... ............................~~ | ~~Sim~~  ~~[ ]~~ | ~~Não~~  ~~[ ]~~ |
| ~~N~~  ~~N~~ | ~~152 – O serviço de diálise possui:~~  ~~a) convênio / contrato com serviço hemoterápico para fornecimento de sangue e ou hemocomponentes..................... ....... ........... ........... ........... ......... ......~~  ~~b) existe local adequado para o armazenamento de sangue e/ou hemocomponentes ........... ........... ........... ........... ................. ........... ...........~~ | ~~Sim~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ | ~~Não~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ~~XII – TRATAMENTO E CONTROLE DE QUALIDADE DA ÁGUA~~ | | | |
| ~~INF~~  ~~INF~~  ~~INF~~ | ~~153 – O abastecimento de água do serviço é feito por:~~  ~~a) Sistema de abastecimento público de água................................ ........... ..........~~  ~~b) Poços Artesianos............................................ ........................... ........... ...........~~  ~~c) Outros mananciais.............................................................. ........... ........... .......~~ | ~~Sim~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ | ~~Não~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ |
| ~~I~~  ~~I~~  ~~I~~ | ~~154 – A água de abastecimento é inspecionada diariamente, pelo técnico responsável pela operação do sistema de tratamento d’água, em amostras de 500 ml, em suas características físicas e organolépticas, citadas a seguir:~~  ~~a) Cor aparente, sabor, odor, turvação......................................... ........... ...........~~  ~~b) pH (6,5 a 8,5) ........................................................................... ........... ...........~~  ~~c) Cloro residual livre (maior que 0,2 mg/l)............................... ........... ................~~ | ~~Sim~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ | ~~Não~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ |
| ~~I~~  ~~I~~  ~~I~~  ~~INF~~ | ~~155 – O reservatório de água potável do serviço de diálise:~~  ~~a) É exclusivo ........................................................................................... ...........~~  ~~b) Possui controle bacteriológico mensal .............................................................~~  ~~c) Conta com limpeza semestral, devidamente registrado............ ........... ...........~~  ~~d) É dividido, no mínimo, em dois compartimentos de modo a permitir as operações de limpeza e manutenção?~~ | ~~Sim~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ | ~~Não~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ |
| ~~I~~ | ~~156 – O serviço possui reservatório de água potável, suficiente para assegurar seu funcionamento por 48 h, atendendo a necessidade mínima de 200 litros/paciente/dia ................................................. ........... ........... ...................~~ | ~~Sim~~ ~~[ ]~~ | ~~Não~~ ~~[ ]~~ |
| ~~I~~ | ~~157 – O reservatório de água está devidamente protegido...................................~~ | ~~Sim~~ ~~[ ]~~ | ~~Não~~ ~~[ ]~~ |
| ~~I~~ | ~~158 – O reservatório de água tratada para diálise é constituído ou revestido internamente por material opaco, liso, resistente impermeável, inerte, e isento de amianto .................................... ........... ........... ........... ........... ........... ..............~~ | ~~Sim~~  ~~[ ]~~ | ~~Não~~  ~~[ ]~~ |
| ~~INF~~ | ~~159 – A tubulação da rede de água tratada para diálise é constituída de:~~  ~~a) PVC..................... ..................... ..................... ......................... ........... ............~~  ~~b) Outros \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~ | ~~Sim~~ ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ | ~~Não~~ ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ |
| ~~I~~  ~~INF~~  ~~INF~~  ~~INF~~ | ~~160 – Existe sistema de tratamento de água para diálise? qual?~~  ~~a) osmose reversa ..................... ..................... ............................ ........... ............~~  ~~b) deionização..................... ..................... ..................... ............... ........... ...........~~  ~~c) outro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~ | ~~Sim~~ ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ | ~~Não~~ ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ |
| ~~I~~ | ~~161 a) Conta com condutivímetro com alarme sonoro e luminoso ........... ............~~ | ~~Sim~~ ~~[ ]~~ | ~~Não~~ ~~[ ]~~ |
| ~~I~~  ~~I~~  ~~I~~  ~~I~~  ~~I~~ | ~~162 - O registro contém informações, datas e assinaturas, sobre:~~  ~~a) Regeneração das resinas e troca ............................................... ........... .........~~  ~~b) Retrolavagem/troca do filtro de carvão ativado ........................ ........... ...........~~  ~~c) Limpeza do filtro de areia..................................................... ........... .................~~  ~~d) Descontaminação do sistema .................................................... ........... .........~~  ~~e) Desinfecção mensal do reservatório e linha de distribuição de água tratada para Hemodiálise.................................................... ...~~  ~~f) Existe registro de ocorrências das atividades de tratamento de água .....~~ | ~~Sim~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ | ~~Não~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ~~INF~~ | ~~163 - A manutenção do sistema de tratamento de água do serviço é realizado por:~~  ~~a) Funcionário do serviço ..................... ..................... .........................................~~  ~~Nome do funcionário: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~  ~~Qualificação: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~  ~~b) Firma especializada, com a qual o serviço possui contrato de manutenção (registrado) ............................................................. .........................................~~  ~~Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~  ~~Endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~ | | | | | | | | ~~Sim~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ | ~~Não~~  ~~[ ]~~  ~~[ ]~~ | |
| ~~I~~ | ~~164 – O serviço realizou e apresentou relatório das análises microbiológicas realizadas nos últimos seis meses ...........................~~ | | | | | | | | ~~Sim~~  ~~[ ]~~ | ~~Não~~  ~~[ ]~~ | |
| ~~INF~~~~165 – PADRÃO DE QUALIDADE MICROBIOLÓGICA DA ÁGUA TRATADA UTILIZADA NA PREPARAÇÃO DE SOLUÇÃO PARA DIÁLISE~~ | | | | | | | | | | | |
| **~~Compo-nentes~~** | | **~~Valor Máximo Permitido~~** | **~~S~~** | **~~N~~** | **~~X~~** | **~~Freqüência de Análise~~** | **~~S~~** | **~~N~~** | | | **~~X~~** |
| ~~Coliforme total~~ | | ~~ausente em 100ml~~ |  |  |  | ~~Mensal~~ |  |  | | |  |
| ~~Endoto-xinas~~ | | ~~5 EU/ml (1ng/ml)~~ |  |  |  | ~~Mensal~~ |  |  | | |  |
| ~~Bactérias heterotró-ficas~~ | | ~~200 UFC/ml~~ |  |  |  | ~~Mensal~~ |  |  | | |  |
| ~~LEGENDA S = Sim N = Não X = não realizado~~  ~~Obs.: Anotar uma das situações da legenda apresentada, tanto na coluna relativa aos valores máximos permitidos, como na coluna relativa a freqüência das análises.~~ | | | | | | | | | | | |
| ~~I~~ | ~~166 – O serviço executa semestralmente análise química da água tratada para diálise. ........................................................................ ........... ...........~~ | | | | | | | | ~~Sim~~  ~~[ ]~~ | ~~Não~~  ~~[ ]~~ | |
| ~~I~~ | ~~167 - Dispõe de relatórios das duas últimas análises químicas realizadas ...~~  ~~1) Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~  ~~Nome do laboratório: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~  ~~Endereço:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~  ~~2) Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~  ~~Nome do laboratório: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~  ~~Endereço:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~ | | | | | | | | ~~Sim~~  ~~[ ]~~ | ~~Não~~  ~~[ ]~~ | |
| ~~I~~ | ~~168 - Os resultados das análises químicas da água tratada estão compatíveis com o valor máximo permitido conforme tabela anexa:~~ | | | | | | | | ~~Sim~~  ~~[ ]~~ | ~~Não~~  ~~[ ]~~ | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ~~INF PADRÃO DE QUALIDADE DA ÁGUA TRATADA UTILIZADA NA DIÁLISE~~ | | | | | | | | |
| **~~Componentes~~** | **~~Valor Máximo Permitido~~** | **~~S~~** | **~~N~~** | **~~X~~** | **~~Freqüência de Análise~~** | **~~S~~** | **~~N~~** | **~~X~~** |
| ~~Nitrato (N)~~ | ~~2mg/l~~ |  |  |  | ~~Semestral~~ |  |  |  |
| ~~Alumínio~~ | ~~0,01 mg/l~~ |  |  |  | ~~Semestral~~ |  |  |  |
| ~~Cloramina~~ | ~~0,1 mg/l~~ |  |  |  | ~~Semestral~~ |  |  |  |
| ~~Cloro~~ | ~~0,5 mg/l~~ |  |  |  | ~~Semestral~~ |  |  |  |
| ~~Cobre~~ | ~~0,1 mg/l~~ |  |  |  | ~~Semestral~~ |  |  |  |
| ~~Fluoreto~~ | ~~0,2 mg/l~~ |  |  |  | ~~Semestral~~ |  |  |  |
| ~~Sódio~~ | ~~70 mg/l~~ |  |  |  | ~~Semestral~~ |  |  |  |
| ~~Cálcio~~ | ~~2 mg/l~~ |  |  |  | ~~Semestral~~ |  |  |  |
| ~~Magnésio~~ | ~~4 mg/l~~ |  |  |  | ~~Semestral~~ |  |  |  |
| ~~Potássio~~ | ~~8 mg/l~~ |  |  |  | ~~Semestral~~ |  |  |  |
| ~~Bário~~ | ~~0,1 mg/l~~ |  |  |  | ~~Semestral~~ |  |  |  |
| ~~Zinco~~ | ~~0,1 mg/l~~ |  |  |  | ~~semestral~~ |  |  |  |
| ~~Sulfato~~ | ~~100 mg/l~~ |  |  |  | ~~semestral~~ |  |  |  |
| ~~Arsênico~~ | ~~0,005 mg/l~~ |  |  |  | ~~semestral~~ |  |  |  |
| ~~Chumbo~~ | ~~0,005 mg/l~~ |  |  |  | ~~semestral~~ |  |  |  |
| ~~Prata~~ | ~~0,005 mg/l~~ |  |  |  | ~~semestral~~ |  |  |  |
| ~~Cádmio~~ | ~~0,001 mg/l~~ |  |  |  | ~~semestral~~ |  |  |  |
| ~~Cromo~~ | ~~0,014 mg/l~~ |  |  |  | ~~semestral~~ |  |  |  |
| ~~Selênio~~ | ~~0,09 mg/l~~ |  |  |  | ~~semestral~~ |  |  |  |
| ~~Mercúrio~~ | ~~0,0002 mg/l~~ |  |  |  | ~~semestral~~ |  |  |  |
| ~~LEGENDA S = Sim N = Não X = não realizado~~  ~~Obs.: Anotar uma das situações da legenda apresentada, tanto na coluna relativa aos valores máximos permitidos, como na coluna relativa a freqüência das análises.~~ | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| ~~TÉCNICOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA~~  ~~NOME ASSINATURA~~ |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| ~~LOCAL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~ |

~~LEGENDA:~~

~~[I] Imprescindível [N] Necessário [R] Recomendável [INF] Informativo~~

~~\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~

~~(\*) N. da COJOF: Republicada por ter saído com incorreção no D.O. nº 134-E, de 12-7-2001, Seção 1, pág. 55~~