

GLF 1 E 11 ASSISTÊNCIA MÉDICA E IMUNIZAÇÃO(P. FÍSICA E JURÍDICA)

REQUISITO	RESPOSTA
4.1 DOCUMENTAÇÃO GERAL:	
4.1.1 Licença Sanitária de Funcionamento exposta de forma visível ao público e disponível para consulta das autoridades sanitárias;	O Sim O Não O Não se Aplica
4.1.2. Responsabilidade Técnica: documento emitido pelo conselho de classe;	O Sim O Não O Não se Aplica
4.1.3 Outorga de sublocação ou cessão de uso do espaço/equipamento em atividade similar ;	O Sim O Não O Não se Aplica
4.1.4. Comprovante de limpeza dos reservatórios de água por firma cadastrada junto ao Instituto Estadual do Ambiente (INEA)	O Sim O Não O Não se Aplica
4.1.5. Laudo de potabilidade da água emitido por firma cadastrada junto ao Instituto Estadual do Ambiente (INEA)	O Sim O Não O Não se Aplica
4.1.6. Comprovante de desinsetização e desratização, com respectiva Ordem de Serviço.	O Sim O Não O Não se Aplica
4.1.7. Contrato com empresa de coleta seletiva para atividades que gerem resíduos pérfurocortantes, resíduos biológicos e/ou químicos	O Sim O Não O Não se Aplica
4.1.8. Contrato com empresa de lavanderia com Licença Sanitária de Funcionamento, quando há opção pelo uso de roupas em tecido reprocessáveis;	O Sim O Não O Não se Aplica
4.1.9. Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde disponível em forma impressa ou digital aprovado pelo responsável técnico do serviço.	O Sim O Não O Não se Aplica
OBSERVAÇÕES:	
4.2 DOCUMENTAÇÃO ESPECÍFICA: ENDOSCOPIAS	
4.2.1. Questionário para coleta de informações pertinentes a cada exame, fornecido ao cliente antes do procedimento;	O Sim O Não O Não se Aplica
4.2.2 Livro de registros diário de procedimentos endoscópicos contendo: data; horário; nome, sexo e data de nascimento do paciente; procedimento realizado; nome do profissional que realizou o exame e identificação do equipamento (tipos II e III)	O Sim O Não O Não se Aplica
4.2.3. Livro de registro diário de intercorrências e eventos adversos, para serviços tipo II e III	O Sim O Não O Não se Aplica
4.2.4. Livro de registro de controle das substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial (entorpecentes e psicotrópicos) utilizados durante o procedimento endoscópico; de acordo com as normas específicas vigentes.	O Sim O Não O Não se Aplica
4.2.5. Procedimento operacional padrão para atendimento imediato à possíveis intercorrências com previsão de remoção para serviços de maior complexidade, disponível em forma impressa ou digital aprovado pelo responsável técnico do serviço	O Sim O Não O Não se Aplica
4.2.6. Contrato de prestação de serviços/convênio com empresa de remoção de pacientes para exames que utilizem sedação ou anestesia (tipos II e III)	O Sim O Não O Não se Aplica
4.2.7. Comprovante de treinamento anual da equipe de acordo com a complexidade das atividades realizadas	O Sim O Não O Não se Aplica
4.2.8. Procedimento operacional padrão com passo a passo dos métodos de limpeza e desinfecção dos ambientes, superfícies e equipamentos, disponível em forma impressa ou digital aprovado pelo responsável técnico do serviço	O Sim O Não O Não se Aplica
4.2.9. Contrato com empresa processadora de artigos, quando houver terceirização do serviço, devidamente licenciada pelo órgão sanitário competente;	O Sim O Não O Não se Aplica

4.2.10. Procedimento operacional padrão com passo a passo dos métodos de desinfecção de alto nível e/ou esterilização de artigos, disponível em forma impressa ou digital aprovado pelo responsável técnico do serviço	O Sim O Não O Não se Aplica
4.2.11. Procedimento operacional padrão com passo a passo dos métodos de limpeza e desinfecção dos ambientes, superfícies e equipamentos, disponível em forma impressa ou digital aprovado pelo responsável técnico do serviço	O Sim O Não O Não se Aplica
4.2.12. Programa de manutenção corretiva e preventiva dos equipamentos com apresentação de contratos e/ou Ordem (ns) de serviço pertinente	O Sim O Não O Não se Aplica
OBSERVAÇÕES:	
4.3 DOCUMENTAÇÃO ESPECÍFICA: TERAPIA ANTI-NEOPLÁSICA (QUIMIOTERAPIA)	
4.3.1. Habilitação em quimioterapia adulta com a titulação reconhecida pelo CFM	O Sim O Não O Não se Aplica
4.3.1. Habilitação em quimioterapia pediátrica com a titulação reconhecida pelo CFM	O Sim O Não O Não se Aplica
4.3.2. Contrato com empresa manipuladora de citostáticos licenciada junto à Vigilância Sanitária, em se tratando de serviço terceirizado.	O Sim O Não O Não se Aplica
4.3.3. Termo de Ciência a ser assinado pelo paciente acerca de reações adversas na administração do quimioterapia;	O Sim O Não O Não se Aplica
4.3.4. Prontuário individualizado com a prescrição médica e registro dos eventos adversos à administração, da ocorrência de extravasamentos e da evolução de enfermagem dos pacientes submetidos à terapia antineoplásica.	O Sim O Não O Não se Aplica
4.3.5. Procedimento operacional padrão para atendimento de acidentes de punção e extravasamento de drogas, disponível em forma impressa ou digital aprovado pelo responsável técnico do serviço;	O Sim O Não O Não se Aplica
4.3.6. Procedimento operacional padrão com passo a passo dos métodos de desinfecção de alto nível e/ou esterilização de artigos, disponível em forma impressa ou digital aprovado pelo responsável técnico do serviço	O Sim O Não O Não se Aplica
4.3.7. Procedimento operacional padrão com passo a passo dos métodos de limpeza e desinfecção dos ambientes, superfícies e equipamentos, disponível em forma impressa ou digital aprovado pelo responsável técnico do serviço;	O Sim O Não O Não se Aplica
4.3.8. Programa de manutenção preventiva e corretiva de equipamentos e instalações com registro;	O Sim O Não O Não se Aplica
4.3.9. Protocolo, plano de contingência ou procedimento operacional padrão caso haja falta de energia;	O Sim O Não O Não se Aplica
4.3.10. Registro de treinamento anual ou capacitação periódica da equipe de acordo com a complexidade das atividade realizada .	O Sim O Não O Não se Aplica
OBSERVAÇÕES:☒	
4.4 DOCUMENTAÇÃO ESPECÍFICA: HOSPITAL -DIA (DAY-CLINIC CIRÚRGICO/CLÍNICO)	
4.4.1. Prontuário individualizado com a prescrição médica e registro da evolução de enfermagem dos pacientes submetidos ao procedimento clínico e/ou cirúrgico;	O Sim O Não O Não se Aplica
4.4.2. Questionário para coleta de informações de saúde pertinente a cada exame/procedimento, fornecido ao cliente antes do procedimento;	O Sim O Não O Não se Aplica
4.4.3. Termo de Consentimento livre e esclarecido a ser assinado pelo paciente acerca de reações adversas na administração da anestesia;	O Sim O Não O Não se Aplica

4.4.4. Mapa de todas as cirurgias ou procedimentos;	O Sim O Não O Não se Aplica
4.4.5. Livro de registro de uso dos medicamentos de controle especial (entorpecentes e psicotrópicos);	O Sim O Não O Não se Aplica
4.4.6.Registro de dados das complicações pós-operatórias, ocorridas até a alta da Unidade;	O Sim O Não O Não se Aplica
4.4.7.Estatística mensal de ocorrência de infecção pós-cirúrgica, com topografia da infecção e o tipo de cirurgia realizada;	O Sim O Não O Não se Aplica
4.4.8. Procedimento operacional padrão para atendimento imediato à possíveis intercorrências com previsão de remoção do paciente para serviços de maior complexidade aprovado pelo responsável técnico do serviço;	O Sim O Não O Não se Aplica
4.4.9. Contrato/ convênio com empresa de ambulância para remoção do paciente em caso de evento adverso para serviço de maior complexidade;	O Sim O Não O Não se Aplica
4.4.10. Protocolo, plano de contingência ou procedimento operacional padrão caso haja falta de energia;	O Sim O Não O Não se Aplica
4.4.11. Programa de manutenção corretiva e preventiva dos equipamentos;	O Sim O Não O Não se Aplica
OBSERVAÇÕES:	
4.5 DOCUMENTAÇÃO ESPECÍFICA: OXIGENOTERAPIA (CÂMARA HIPERBÁRICA)	
4.5.1. Programa de manutenção preventiva e corretiva de equipamentos e instalações, com registro;	O Sim O Não O Não se Aplica
4.5.2. Procedimento operacional padrão com passo a passo dos métodos de limpeza e desinfecção dos ambientes, superfícies e equipamentos, disponível em forma impressa ou digital;	O Sim O Não O Não se Aplica
4.5.3. Procedimento operacional padrão para atendimento imediato à possíveis intercorrências com previsão de remoção para serviços de maior complexidade;	O Sim O Não O Não se Aplica
4.5.4. Sistema de assentamento de dados sobre os procedimentos realizados	O Sim O Não O Não se Aplica
OBSERVAÇÕES:	
4.6 DOCUMENTAÇÃO ESPECÍFICA: LABORATÓRIO DE ERGOMETRIA (TESTE ERGOMÉTRICO)	
4.6.1. Procedimento operacional padrão para atendimento imediato a possíveis intercorrências relacionadas ao procedimento com previsão de remoção para serviços de maior complexidade se necessário;	O Sim O Não O Não se Aplica
4.6.2. Contrato/ convênio com empresa de ambulância para remoção do paciente em caso de evento adverso para serviço de maior complexidade;	O Sim O Não O Não se Aplica
4.6.3. Procedimento operacional padrão com passo a passo dos métodos de limpeza e desinfecção dos ambientes, superfícies e equipamentos, disponível em forma impressa ou digital;	O Sim O Não O Não se Aplica
4.6.4. Contrato de manutenção preventiva do equipamento, com registros.	O Sim O Não O Não se Aplica
OBSERVAÇÕES:	
4.7 DOCUMENTAÇÃO ESPECÍFICA: EXAMES GRÁFICOS (ELETROCARDIOGRAFIA, ELETROENCEFALOGRAFIA, ELETRONEUROMIOGRAFIA, ESPIROMETRIA, AUDIOMETRIA E OUTROS)	
4.7.1. Procedimento operacional padrão com passo a passo dos métodos de limpeza e desinfecção dos ambientes, superfícies e equipamentos, disponível em forma impressa ou digital;	O Sim O Não O Não se Aplica

4.7.2. Sistema de assentamento de dados sobre os procedimentos realizados.	O Sim O Não O Não se Aplica
OBSERVAÇÕES:	
4.8 DOCUMENTAÇÃO ESPECÍFICA: VACINAÇÃO E IMUNIZAÇÃO HUMANA	
4.8.1. Prontuário individual, com registro de todas as vacinas aplicadas, acessível aos usuários e autoridades sanitárias;	O Sim O Não O Não se Aplica
4.8.2. Mapa de apuração de doses aplicadas;	O Sim O Não O Não se Aplica
4.8.3. Mapa de controle de temperaturas dos equipamentos de conservação dos imunobiológicos, com registro de pelo menos duas aferições diárias (entre +2° e +8 ° C)	O Sim O Não O Não se Aplica
4.8.4. Ficha de notificação e investigação de eventos adversos pós-vacinais;	O Sim O Não O Não se Aplica
4.8.5. Procedimentos operacionais padrão para o preparo e administração de imunobiológicos;	O Sim O Não O Não se Aplica
4.8.6. Procedimento operacional padrão para o descarte das vacinas, descrito no PGRSS;	O Sim O Não O Não se Aplica
4.8.7. Procedimento operacional padrão com descrição da conduta à ser adotada frente às possíveis intercorrências relacionadas à vacinação que contemple um serviço de remoção e um serviço de saúde de referência;	O Sim O Não O Não se Aplica
4.8.8. Documentos/Notas de aquisição que comprovem a origem das vacinas utilizadas;	O Sim O Não O Não se Aplica
4.8.9. Prescrição médica para vacinas que não estejam contempladas no Calendário Nacional de Vacinação do SUS (apenas para estabelecimentos privados);	O Sim O Não O Não se Aplica
4.8.10. Plano de contingência para ausência de luz;	O Sim O Não O Não se Aplica
4.8.11. Procedimento operacional padrão com passo a passo dos métodos de limpeza e desinfecção dos ambientes, superfícies e equipamentos, disponível em forma impressa ou digital;	O Sim O Não O Não se Aplica
4.8.12. Registros de capacitação periódica nos diversos temas relacionados à Vacinação, contendo data, horário, carga horária, conteúdo ministrado, nome e a formação ou capacitação profissional do instrutor e dos profissionais envolvidos nos processos de vacinação.	O Sim O Não O Não se Aplica
OBSERVAÇÕES:	
5. REPROCESSAMENTO DE ARTIGOS E SUPERFÍCIES	
5.1. As condições operacionais e estruturais da área de reprocessamento de artigos atendem a todos os requisitos de segurança, conforme normas e regulamentos pertinentes;	O Sim O Não O Não se Aplica
5.2. Possui artigos esterilizados em quantidade suficiente ao número de atendimentos oferecidos, mantidos em embalagem apropriada, fechada e datada até o momento da utilização	O Sim O Não O Não se Aplica
5.3. Realiza e registra validação do processo de esterilização, com a devida periodicidade, utilizando integradores químicos e indicadores biológicos, mantendo os registros no estabelecimento;	O Sim O Não O Não se Aplica

5.4. As soluções para desinfecção de alto nível estão em recipientes rígidos adequados, com tampa, identificados com a data da ativação e validade, conforme orientação do fabricante;	O Sim O Não O Não se Aplica
5.5. Realiza testes de monitoramento das soluções químicas para desinfecção de alto nível com a devida periodicidade, utilizando fitas testes específicas, mantendo os registros no estabelecimento;	O Sim O Não O Não se Aplica
OBSERVAÇÕES:☒	
6 - ENDOSCOPIAS (ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA, COLONOSCOPIA, BRONCOSCOPIA)	
6.1. Possui sala com recepção de pacientes e espera para o paciente e acompanhante;	O Sim O Não O Não se Aplica
6.2. Possui sanitários com lavatório equipados com dispensadores de parede para sabonete líquido, papel toalha descartável e lixeiras com tampa acionadas por pedal para pacientes e acompanhante;	O Sim O Não O Não se Aplica
6.3. Possui lavatórios em todos os consultórios e salas de procedimento, equipados com dispensadores de parede para sabonete líquido, papel toalha descartável e lixeiras com tampa acionadas por pedal;	O Sim O Não O Não se Aplica
6.4. Garante privacidade do cliente na realização de exames clínicos e procedimentos;	O Sim O Não O Não se Aplica
6.5. Dispõe de sala de recuperação nos Serviços tipo II e III, com acomodação segura e confortável para o reestabelecimento do paciente com no mínimo os seguintes materiais: termômetro; esfigmomanômetro; estetoscópio; oxímetro de pulso com alarme; oxigênio a 100% ; aspirador; suporte para fluido endovenoso e carro ou maleta para atendimento de emergência cardiorrespiratória contendo: ressuscitador manual tipo balão auto-inflável com reservatório e máscara (ambú), cânulas naso e orofaríngeas, laringoscópio com lâminas, tubos endotraqueais, sondas para aspiração, materiais e medicamentos emergenciais e desfibrilador;	O Sim O Não O Não se Aplica
6.5. Dispõe de sala de recuperação pós anestésica nos serviços de endoscopia tipo III; com materiais e equipamentos à indução e recuperação anestésica;	O Sim O Não O Não se Aplica
6.6. Possui área, nos serviços de endoscopia tipo I, para processamento de equipamentos, acessórios e outros produtos para a saúde com os seguintes itens: cuba para lavagem com profundidade suficiente para evitar respingos em suas laterais, no piso e no profissional; bancada lisa e impermeável com dimensões compatíveis para a acomodação dos equipamentos, acessórios e outros produtos para a saúde a serem processados e ponto de água que atenda os padrões de potabilidade conforme normatização vigente;	O Sim O Não O Não se Aplica
6.7. Nos serviços de endoscopia tipo II e III, a sala de processamento que realiza desinfecção de alto nível possui minimamente: cuba para lavagem com profundidade suficiente para evitar respingos em suas laterais, no piso e no profissional; bancada lisa e impermeável com dimensões compatíveis para a acomodação dos equipamentos, acessórios e outros produtos para a saúde a serem processados; ponto de água que atenda os padrões de potabilidade conforme normatização vigente; e sistema de climatização com exaustão;	O Sim O Não O Não se Aplica
6.8. A limpeza e desinfecção é realizada exclusivamente na sala de processamento, quando utilizado desinfecção de alto nível;	O Sim O Não O Não se Aplica
6.9 Dispõe de EPI completo e adequado para uso de desinfetante químico de alto nível (luvas de borracha, luvas de látex, avental impermeável PVC, avental de manga longa, óculos de proteção e máscara com filtro);	O Sim O Não O Não se Aplica

6.10. O serviço utiliza processo automatizado de limpeza, desinfecção e esterilização, com os requisitos técnicos necessários à instalação do equipamento, quando utiliza canulados de alta complexidade;	O Sim O Não O Não se Aplica
6.11. O serviço utiliza ar comprimido medicinal, gás inerte ou ar filtrado, seco e isento de óleo, para a secagem dos equipamentos com canais;	O Sim O Não O Não se Aplica
6.12. Quando há utilização de Raios X, são atendidos os requisitos estabelecidos no regulamento sanitário vigente para a proteção radiológica em radiodiagnóstico médico (EPI adequado, Laudo de radioproteção, etc)	O Sim O Não O Não se Aplica
6.13. Os equipamentos estão íntegros, limpos e bom estado de conservação e possuem registro na ANVISA;	O Sim O Não O Não se Aplica
6.14. Há no-beak ou gerador caso haja falta de energia.	O Sim O Não O Não se Aplica
7.14. Há um Núcleo de Segurança do Paciente instituído;	O Sim O Não O Não se Aplica
OBSERVAÇÕES:	
7- SERVIÇOS DE TERAPIA ANTI-NEOPLÁSICA (QUIMIOTERAPIA)	
7.1. Possui sala com recepção de pacientes e espera para o paciente e acompanhante;	O Sim O Não O Não se Aplica
7.2. Possui sanitários com lavatório equipados com dispensadores de parede para sabonete líquido, papel toalha descartável e lixeiras com tampa acionadas por pedal para pacientes e acompanhante;	O Sim O Não O Não se Aplica
7.3. Possui lavatórios em todos os consultórios e salas de procedimento, equipados com dispensadores de parede para sabonete líquido, papel toalha descartável e lixeiras com tampa acionadas por pedal;	O Sim O Não O Não se Aplica
7.4. Garante privacidade do cliente na realização de exames clínicos e procedimentos;	O Sim O Não O Não se Aplica
7.1. Há equipe Multiprofissional em Terapia Antineoplásica (EMTA) constituída;	O Sim O Não O Não se Aplica
7.2. Possui Responsável Técnico (RT) habilitado em Cancerologia Clínica, com titulação reconhecida pelo CFM.	O Sim O Não O Não se Aplica
7.3. Possui responsável técnico habilitado em Hematologia, com titulação reconhecida pelo CFM, no caso de atendimento apenas de doenças Hemolinfopoiéticas	O Sim O Não O Não se Aplica
7.4. Possui médicos que prescrevem a TA habilitados em Cancerologia Clínica, Pediátrica ou Hematologia, com titulação reconhecida pelo CFM	O Sim O Não O Não se Aplica
7.5. Possui médico durante o período de funcionamento para atendimento das intercorrências clínicas.	O Sim O Não O Não se Aplica
7.6. Possui enfermeiro responsável técnico pelas atividades de enfermagem.	O Sim O Não O Não se Aplica
7.7. Possui Farmacêutico responsável técnico pelas atividades de farmácia, com registro no CRF, podendo ser este profissional vinculado à Farmácia contratada.	O Sim O Não O Não se Aplica
7.8. Dispõe de profissionais qualificados, capacitados e habilitados de acordo com a complexidade das atividades realizadas	O Sim O Não O Não se Aplica
7.10. Possui consultório indiferenciado e sala de aplicação de quimioterápicos separadas, com dimensionamento mínimo confortável que possibilite atendimento seguro ao cliente;	O Sim O Não O Não se Aplica
7.9. O acesso à sala de preparo da Terapia Antineoplásica é restrito aos profissionais envolvidos.	O Sim O Não O Não se Aplica

7.11. Dispõe para atendimento de emergência médica, no próprio local ou em área contígua e de fácil acesso, e em plenas condições de funcionamento, no mínimo, os seguintes materiais e equipamentos: Eletrocardiógrafo; Carro de emergência com monitor cardíaco e desfibrilador; Ventilador pulmonar manual (AMBU com reservatório); Medicamentos de emergência; Ponto de oxigênio; Aspirador portátil; Material de entubação completo (tubos endotraqueais, cânulas, guias e laringoscópios com jogo completo de lâminas).	O Sim O Não O Não se Aplica
7.12 Há EPI (luvas e avental) e EPC (lava-olhos/ chuveiro) para casos de acidentes;	O Sim O Não O Não se Aplica
7.12 Possui EPI (luvas e avental) em número suficiente para equipe ;	O Sim O Não O Não se Aplica
7.13. Possui Kit derramamento (contendo, no mínimo, luvas de procedimento, avental de baixa permeabilidade de manga longa, toucas, máscara de carvão ativado, compressas absorventes, proteção respiratória, proteção ocular, sabão, descrição do procedimento, formulário para registro do acidente e recipiente identificado para recolhimento de resíduos) identificado e disponível nas áreas de manipulação, armazenamento, administração e transporte de produtos neoplásicos (no mínimo 4 no total)	O Sim O Não O Não se Aplica
7.15. Há no-beak ou gerador caso haja falta de energia.	O Sim O Não O Não se Aplica
7.14. Há um Núcleo de Segurança do Paciente instituído;	O Sim O Não O Não se Aplica
OBSERVAÇÕES:	
8- HOSPITAL-DIA CURTA PERMANÊNCIA (DAY CLINIC PARA PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS, DIAGNÓSTICOS, TERAPÊUTICOS)	
8.1. Possui recepção com sala de Espera com Sanitários para pacientes, acompanhantes e funcionários; (tipo I, II e III)	O Sim O Não O Não se Aplica
8.5. É garantida a privacidade, conforto e segurança para o cliente na realização dos procedimentos clínico-cirúrgicos;	O Sim O Não O Não se Aplica
8.3. Realiza procedimentos clínico-cirúrgicos de pequeno e médio porte em consultório/sala de procedimento adequadas a essa finalidade, sob anestesia local, sem sedação (Hospital dia tipo I) ;	O Sim O Não O Não se Aplica
8.4. Encontra-se equipado com os seguintes materiais mínimos: instrumental para exame clínico e procedimentos de diagnóstico; dispositivo para iluminação adequada para a atividade mesa/maca/cadeira adequada para a realização da atividade; equipamentos e materiais específicos da especialidade praticada;tensiómetro ou esfigmomanômetro; equipamento para ausculta cardíaca;material de consumo adequadamente esterilizado, de acordo com as normas em vigor; material para a coleta de resíduos, conforme norma da ABNT (Hospital dia tipo I);	O Sim O Não O Não se Aplica
8.8. Quando há complexo cirúrgico, sua entrada é independente de outros setores da assistência;	O Sim O Não O Não se Aplica
8.9. O complexo cirúrgico possui banheiros masculino e feminino com vestiário para funcionários (barreira);	O Sim O Não O Não se Aplica

<p>8.6. Possui minimamente: instrumental cirúrgico; aspirador de secreções; conjunto de emergência, equipado com medicação de emergência e material de reanimação cardiorespiratória; fonte de oxigênio; dispositivos para iluminação adequada no campo cirúrgico; mesa/maca adequada para a realização da cirurgia; equipamentos específicos da especialidade praticada (como microscópio cirúrgico etc.); autoclave para a esterilização de material se necessário; dispositivo com chave para a guarda de medicamentos sujeitos a controle especial; tensiômetro ou esfigmomanômetro; equipamento para ausculta cardíaca; armário provido de porta, ou outro dispositivo com proteção, para a guarda de material esterilizado e descartável; mobiliário padrão hospitalar – para o uso de pacientes (somente será permitido este tipo de mobiliário); material de consumo adequadamente esterilizado, de acordo com as normas em vigor; material para coleta de resíduos, conforme Norma da ABNT; oxímetro de pulso; outros equipamentos auxiliares para a atividade da especialidade. Hospital dia tipo II e III</p>	<p>O Sim O Não O Não se Aplica</p>
<p>8.11. As salas cirúrgicas estão equipadas minimamente com: mesas/macac cirúrgicas; mesa para instrumental; aparelho de anestesia; conjunto de emergência, com desfibrilador; aspirador cirúrgico elétrico, móvel; dispositivos para iluminação do campo cirúrgico; banqueta ajustável, inox; balde a chute; tensiômetro ou similar; equipamento para ausculta cardíaca; fontes de gases e vácuo; monitor cardíaco; oxímetro de pulso; laringoscópio (adulto e infantil), tubos traqueais, guia e pinça condutora de tubos traqueais, cânulas orofaríngeas, agulhas e material para bloqueios anestésicos; instrumental cirúrgico; material de consumo adequadamente esterilizado, de acordo com as normas em vigor; medicamentos (anestésicos, analgésicos e mediações essenciais para utilização imediata, caso haja necessidade de procedimento de manobras de recuperação cardiorrespiratória); equipamentos e materiais específicos para o procedimento praticado. Hospital dia tipo II e III</p>	<p>O Sim O Não O Não se Aplica</p>
<p>8.12. A Sala de Indução/Recuperação Anestésica deverá estar equipada minimamente com: cama/maca de recuperação com grade; tensiômetro ou similar; laringoscópio adulto ou infantil; capnógrafo; ventilador pulmonar adulto e infantil; aspirador contínuo elétrico; estetoscópio; fonte de oxigênio e vácuo; monitor cardíaco; oxímetro de pulso; eletrocardiógrafo; maca hospitalar com grade; material de consumo médico-cirúrgico; medicamentos adequados à atividade;</p>	<p>O Sim O Não O Não se Aplica</p>
<p>8.10. Há presença de médico anestesiológista nas sedações endovenosas, bloqueios peridurais, raquianestésias e anestésias gerais;</p>	<p>O Sim O Não O Não se Aplica</p>
<p>8.13. Existe equipe de plantão com no mínimo 01 (um) médico, 01 (uma) enfermeira e auxiliares de enfermagem em número suficiente e correspondente aos leitos disponíveis, durante todo o período de funcionamento da unidade para prestar assistência aos pacientes</p>	<p>O Sim O Não O Não se Aplica</p>
<p>8.16. Possui enfermarias distintas (masculina, feminina e pediátrica quando for o caso) para Recuperação e Observação Pós Anestésica devidamente equipada com oxigênio, carro de parada e medicamentos necessários em emergências</p>	<p>O Sim O Não O Não se Aplica</p>
<p>8.17. Possui posto de enfermagem, sendo um a cada 12 leitos/poltronas</p>	<p>O Sim O Não O Não se Aplica</p>

8.20. Possui um conjunto de emergência na área de quartos e/ou enfermarias, e provido de equipamentos exclusivos, diversos daqueles utilizados no Complexo Cirúrgico;	O Sim O Não O Não se Aplica
8.21. É garantida área adequada de circulação em torno do leito ou poltrona para atendimento ao cliente pela equipe médica e de enfermagem no caso de intercorrências/ eventos adversos	O Sim O Não O Não se Aplica
8.22. Existe retaguarda hospitalar incluindo serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (laboratório, radiologia, banco de sangue entre outros) que venham a ser necessários para tratamento de complicações que porventura ocorram durante a realização da cirurgia e/ou procedimento;	O Sim O Não O Não se Aplica
8.23. Há no-beak ou gerador caso haja falta de energia;	O Sim O Não O Não se Aplica
8.24. Há um Núcleo de Segurança do Paciente instituído.	O Sim O Não O Não se Aplica
OBSERVAÇÕES: "Definir como Regime de Hospital Dia a assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial, para realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, que requeiram a permanência do paciente na Unidade por um período máximo de 12 horas." Portaria MS nº 44, Art. 2º	
9- LABORATÓRIO DE ERGOMETRIA (TESTE ERGOMÉTRICO, TESTE ERGOESPIROMÉTRICO)	
9.1. Proporciona privacidade e conforto térmico para o paciente na realização do exame;	O Sim O Não O Não se Aplica
9.2. Possui carrinho de parada cardiorrespiratória com materiais para atendimento às intercorrências: termômetro; esfigmomanômetro; estetoscópio; oxímetro de pulso com alarme; oxigênio a 100% (cem por cento); aspirador; suporte para fluido endovenoso e carro ou maleta para atendimento de emergência cardiorrespiratória contendo: ressuscitador manual tipo balão auto-inflável com reservatório e máscara (ambú), cânulas naso e orofaríngeas, laringoscópio com lâminas, tubos endotraqueais, sondas para aspiração, materiais e medicamentos emergenciais e desfibrilador;	O Sim O Não O Não se Aplica
9.3. Os equipamentos estão íntegros, limpos, em bom estado de conservação e possuem registro na ANVISA.	O Sim O Não O Não se Aplica
OBSERVAÇÕES:☒	
10- EXAMES GRÁFICOS (ELETROENCEFALOGRAFIA, MAPEAMENTO CEREBRAL, ELETROCARDIOGRAFIA, ELETRONEUROMIOGRAFIA, CARDIOTOCOGRAFIA)	
10.1. Proporciona privacidade e conforto para o paciente na realização do exame;	O Sim O Não O Não se Aplica
10.2. Há uso de lâminas descartáveis, quando realiza preparação da pele por tricotomia para a melhor condução do impulso elétrico, com descarte em recipiente rígido adequado;	O Sim O Não O Não se Aplica
10.3. Os equipamentos estão íntegros, limpos, em bom estado de conservação e possuem registro na ANVISA;	O Sim O Não O Não se Aplica
10.4. Realiza periodicamente testes de repetibilidade para a verificação da concordância, ou não, dos resultados;	O Sim O Não O Não se Aplica
10.5. Possui rotinas de trabalho e controle de qualidade dos diagnósticos por métodos gráficos;	O Sim O Não O Não se Aplica
OBSERVAÇÕES:☒	
11- VACINAÇÃO E IMUNIZAÇÃO HUMANA	
11.1. Possui profissional legalmente habilitado para desenvolver atividades de vacinação durante todo o período de funcionamento;	O Sim O Não O Não se Aplica
11.2. Dispõe de área de recepção dimensionada de acordo com a demanda (separada da sala de vacinação) e com sanitário;	O Sim O Não O Não se Aplica

11.3. Dispõe de sala de vacinação contendo, no mínimo: pia; bancada para apoio de materiais necessários ao preparo dos imunobiológicos; mesa; cadeira; caixa térmica de fácil higienização; local para a guarda dos materiais para administração das vacinas; recipientes para descarte de materiais perfurocortantes e de resíduos biológicos e maca;	O Sim O Não O Não se Aplica
11.4. Dispõe de medicamentos e materiais para atendimento a reações adversas;	O Sim O Não O Não se Aplica
11.5. Há utilização somente de vacinas registradas ou autorizadas pela Anvisa;	O Sim O Não O Não se Aplica
11.6. Dispõe de equipamento de refrigeração exclusivo para a guarda e conservação dos imunobiológicos, devidamente certificado, que atenda às normas técnicas da ABNT e possua registro na ANVISA;	O Sim O Não O Não se Aplica
11.6. Dispõe de equipamento de refrigeração exclusivo para a guarda e conservação dos imunobiológicos, internamente organizado conforme preconizado pelo PNI (permitido até dezembro de 2019);	O Sim O Não O Não se Aplica
11.7. Possui termômetro de momento, regularizado pela ANVISA para o equipamento de refrigeração para guarda dos imunobiológicos; com aferição e registro de temperatura máxima e mínima em pelo menos duas tomadas;	O Sim O Não O Não se Aplica
11.8. Possui caixas rígidas para descarte de pérfuro cortante, identificadas por tipo de resíduo (vacinas vivas atenuadas , vacinas, seringas, etc);	O Sim O Não O Não se Aplica
11.9. Possui caixas rígidas para descarte de pérfuro cortante em número insuficiente, sem segregação por tipo de resíduo;	O Sim O Não O Não se Aplica
11.8. Possui caixas térmicas higienizáveis e identificadas (recomendável caixas de poliuretano);	O Sim O Não O Não se Aplica
11.9. Há termômetro de momento, com máxima e mínima, com cabos extensores para as caixas térmicas;	O Sim O Não O Não se Aplica
11.10. Há no-beak ou gerador caso haja falta de energia (citados inclusive no respectivo plano de contingência);	O Sim O Não O Não se Aplica
11.11. Os equipamentos estão íntegros, limpos e bom estado de conservação.	O Sim O Não O Não se Aplica
11.12. Há Calendário de Vacinação do Programa Nacional de Imunizações do Sistema Único de Saúde (SUS) contendo o calendário fixado de forma visível;	O Sim O Não O Não se Aplica
11.13. Há fornecimento de cartão de vacinação com registro dos seguintes dados: identificação do vacinado (nome completo, documento de identificação, data de nascimento); nome da vacina; dose aplicada; data da vacinação; número do lote da vacina; nome do fabricante; identificação do estabelecimento; identificação do vacinador e data da próxima dose, quando aplicável;	O Sim O Não O Não se Aplica
11.14. Notifica eventos adversos pós-vacinação ou erros de imunização, ocorridos no serviço (credenciado pelo NOTIVISA/ANVISA);	O Sim O Não O Não se Aplica
11.15. Há realização de vacinação extramuros, devidamente autorizada no processo de Credenciamento de Sala de Vacinação	O Sim O Não O Não se Aplica
OBSERVAÇÕES:☒	