**-Check *List para Avaliação* do Gerenciamento de Resíduo Ambulatorial**

**Área: Data:**

**Avaliador**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Item*** | ***Questionamento*** | ***Apli?*** | ***OK?*** | ***Comentários*** |
| 01 | Os resíduos ambulatoriais (gases, restos de curativos, restos de tecidos humanos, agulhas, etc) estão sendo depositados nos sacos plásticos adequados? |  |  |  |
| 02 | Os sacos plásticos contendo resíduos ambulatoriais estão lacrados e etiquetados? |  |  |  |
| 03 | Os sacos plásticos, contendo resíduos ambulatoriais são depositados no recipiente apropriado, exclusivo e identificado como local de descarte para estes tipos de resíduos? |  |  |  |
| 04 | Este recipiente possui acesso único e exclusivo dos funcionários do Serviço de Saúde e dos responsáveis pela sua coleta, proibindo-se o contato por parte de pessoas não autorizadas? |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Conclusão:*** | ***Avaliador:*** | ***Data:*** |
|  |