

## CHECK LIST OPERACIONAL DA ENFERMARIA

### 1 - Dados

Nome do estabelecimento: \_\_\_\_\_

Razão social: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: Município: CEP: \_\_\_\_\_

Telefone: Fax: \_\_\_\_\_

Endereço Eletrônico: \_\_\_\_\_

Responsável Técnico Médico: Nº Registro: \_\_\_\_\_

Responsável Técnico Enfermeiro/Socorrista APH: Nº Registro: \_\_\_\_\_

Coordenador Responsável Enfermeiro: Nº Registro: \_\_\_\_\_

Nome do responsável pela informação: \_\_\_\_\_

### 2 - INFORMAÇÕES DE SERVIÇOS EMERGÊNCIAIS

( ) Público ( ) Privado ( ) Outros \_\_\_\_\_

### 3 - CARACTERÍSTICAS GERAIS

|  | SIM | NÃO | N/A |
|--|-----|-----|-----|
| 3.1 É vinculado a uma central de regulação |     |     |     |
| 3.2 Qual o nome: _____                     |     |     |     |

### 4 - ORGANIZAÇÃO- CENTRAL DE REGULAÇÃO

|  |                         |
|--|-------------------------|
| 4.1 A central de regulação é pública ou Própria? | ( ) Pública ( ) Própria |
| 4.2 Qual o nome da empresa? _____                |                         |

### 5 - ESTRUTURA FÍSICA-BASE DA EQUIPE DE RESGATE (SME)

|  | SIM | NÃO | N/A |
|--|-----|-----|-----|
| 5.1 Possui dormitórios para os funcionários de plantão       |     |     |     |
| 5.2 Possui sanitário com boas condições de higiene           |     |     |     |
| 5.3 A Base possui uma sala para expurgo (sala de utilidades) |     |     |     |
| 5.4 O serviço de esterilização                               |     |     |     |
| 5.5 Possui depósito de material de limpeza com tanque        |     |     |     |
| 5.7 A copa encontra-se em boas condições de higiene          |     |     |     |

### 6 - RECURSOS HUMANOS

|   | SIM | NÃO | N/A |
|---|-----|-----|-----|
| 6.1 Possui escala completa de profissionais para o tipo de atendimento            |     |     |     |
| 6.2 Possui registro de capacitações (certificados) dos funcionários               |     |     |     |
| 6.3 Possui registro de exames periódicos  |     |     |     |
| 6.4 Possui registro de vacinas  |     |     |     |
| 6.5 Quais: Gripe/Covid-19 ( )    Hepatite B ( )    Antitetânica ( )    Outros ( ) |     |     |     |

### 7- PROFISSIONAIS

|  | SIM | NÃO | N/A |
|--|-----|-----|-----|
| 7.1- Profissional de Enfermagem/Socorrista |     |     |     |
| 7.2- Profissional de Enfermagem/Socorrista |     |     |     |
| 7.3- Profissional de Enfermagem/Socorrista |     |     |     |
| 7.4- Profissional de Enfermagem/Socorrista |     |     |     |
| 7.5- Profissional de Enfermagem/Socorrista |     |     |     |

| <b>8 - AMBULÂNCIA</b>  | <b>SIM</b>   | <b>NÃO</b>   | <b>N/A</b> |
|--|--------------|--------------|------------|
| 8.1 - O TIPO DE AMBULÂNCIA É PARA AÇÕES EMERGENCIAIS BÁSICAS (SME)?  |              |              |            |
| 8.2 - Existe planilha de registro de higienização externa do veículo - Com que frequência é realizada _____  |              |              |            |
| 8.3 - Há normas e rotinas para higienização interna dos veículos? (apresentar POP's)   |              |              |            |
| 8.4 - Utilizam produtos de limpeza com registro na ANVISA?   |              |              |            |
| 8.5 - Possui local adequado para o resíduo biológico e caixa para pérfuro - cortante fixo?   |              |              |            |
| 8.6 - No compartimento do paciente há sistema de ventilação forçada?   |              |              |            |
| 8.6 O veículo possui ar-condicionado funcionando?  |              |              |            |
| 8.7 Possui registros de manutenção do ar-condicionado?   |              |              |            |
| 8.8 As janelas do compartimento do paciente possuem vidros jateados?<br>(para não permitir a visualização de fora para dentro)   |              |              |            |
| 8.9 Como é o serviço de manutenção dos veículos:    ( ) Preventivo            ( ) Corretivo            ( ) Não Possui  |              |              |            |
| <b>9 - CONTRATO OPERACIONAL É TERCEIRIZADO OU PRÓPRIO?</b>   |              |              |            |
| ( ) Terceirizado            ( ) Próprio  |              |              |            |
| <b>10 – EQUIPAMENTOS E SINALIZAÇÃO EXTERNA DA AMBULÂNCIA</b>   | <b>SIM</b>   | <b>NÃO</b>   | <b>N/A</b> |
| 10.1- Sinalizador óptico (luzes) e acústico (sirene) está em bom funcionamento?  |              |              |            |
| 10.2 Possui equipamento de rádio - comunicação ou aparelho celular para contato com a central reguladora?  |              |              |            |
| 10.3 Os tirantes na maca estão em bom estado?  |              |              |            |
| 10.4 O suporte para soro está adequado?  |              |              |            |
| 10.5 O oxigênio medicinal está em bom estado?  |              |              |            |
| 10.6 O torpedo está fixado em suporte seguro com manômetro indicando volume adequado para transporte?  |              |              |            |
| 10.7 Existe comunicação entre a cabine do motorista e o compartimento do paciente?   |              |              |            |
| 10.8- Possui DEA (DEFIBRILADOR EXTERNO AUTOMÁTICO) funcionando adequadamente?  |              |              |            |
| 10.9- Os pneus estão calibrados?   |              |              |            |
| 10.10- A mochila de resgate contém todo material médico hospitalar de pré-emergência como: aparelho de P.A, oxímetro, bolsa-válvula-máscara, luva de procedimento, suporte para curativo compressivo, abrasivo, asséptico? |              |              |            |
| <i>OBS: Verificar datas de validade e o armazenamento correto da maleta de medicações será definida em protocolos, pelos serviços.</i>   |              |              |            |
| <b>Motorista:</b>  | <b>Data:</b> | <b>Hora:</b> |            |