



## 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? (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>	