



ROTEIRO DE INSPEÇÃO SERVIÇOS DE HEMODINÂMICA

Razão Social: _____

Endereço:(Av, rua, logradouro): _____

Cidade: _____

Bairro: _____

CEP: _____

TEL.: _____

FAX.: _____

CGC: _____

HEMODINÂMICA

1. Nome do Responsável legal:

CRMRS:

2. Nome do Responsável técnico:

CREMRS

3. Nome do Responsável pela Proteção Radiológica:

TITULAÇÃO:

HEMODINÂMICA

| | | |
|----|--|--|
| 4. | O estabelecimento possui alvará sanitário Municipal () Estadual () | |
| 5. | O estabelecimento possui Projeto Arquitetônico aprovado pela VISA estadual ? | |
| 6. | A avaliação visual corresponde ao projeto arquitetônico aprovado ? | |
| 7. | O estabelecimento está cadastrado na VISA estadual ? | |
| 8. | Existem condições adequadas no local como inexistência de mofo, de poeira excessiva, de infiltrações, etc.? | |
| 9. | Existe sanitário com vestiário para funcionários (com barreira) ? | |
| 10 | Existe sanitário com vestiário para paciente ? | |
| 11 | Lavatório dotado de torneiras e dispensador com antisséptico e/ou detergente de acionamento sem o uso das mãos provido de escovinhas (secas, esterilizadas para a higiene das unhas) para a preparação cirúrgica das mãos | |
| 12 | Rotinas escritas disponíveis aos funcionários no serviço para: ▪ Desinfecção dos equipamentos utilizados na assistência ventilatória (Ex.: Traquéias, copo umificador, cânulas traqueias, máscaras e extensores entre outros); <i>Obs.: O processo deve ser validado pela CCIH e realizado na central de materiais esterilizados ou em local sob condições adequadas.</i> ▪ Precauções universais ▪ Procedimentos invasivos (Ex.: Catéter venoso central, sandagem vesical e intubação entre outros); ▪ Lavagem e antisepsia das mãos; ▪ Limpeza e desinfecção de superfícies; | |
| 13 | Os funcionários dispõem da seguinte paramentação e EPI's no vestiário ▪ Aventais esteréis; ▪ Luvas estéreis | |

S (sim)

N (não)

NA (não aplica-se)

| | |
|---|----------|
| ▪ | Máscara; |
| ▪ | Óculos; |

| |
|--|
| |
| |

S (sim)

N (não)

NA (não aplica-se)

| HEMODINÂMICA (CONTINUAÇÃO) | | | |
|----------------------------|---|--|--|
| ▪ | Gorro; | | |
| ▪ | Calça e jaleco. <i>Obs.: Recomenda-se para a maior efetividade do EPI, que a calça e o jaleco sejam de tecido grosso.</i> | | |
| 14 | As soluções antissépticas são identificadas e trocadas periodicamente; <i>Obs.: Admite-se como mínimo a troca semanal.</i> | | |
| 15 | Dispõe de lâmpada cialitica e aparelhos para reanimação (laringoscópio, cânulas endotraqueias, medicação e desfibrilador). | | |
| 16 | Artigos médico-hospitalares, medicamentos e soluções apresentam registro no MS e estão dentro do prazo de validade. | | |
| 17 | Luvas estéreis de uso único (descartáveis) para os procedimentos cirúrgicos. | | |
| 18 | Catéteres de hemodinâmica quando reprocessados estão embalados adequadamente. <i>Obs.: Considerar adequado somente os catéteres que forem reprocessados através do processo de Óxido de Etileno e acondicionados em embalagens conforme estabelece a Portaria n° 4791 ou substitutiva.</i> <i>A embalagem deve conter identificação com a data da esterelização, prazo de validade, número do lote, endereço do local de processamento e nome do responsável técnico.</i> <i>O controle do número de reprocessamentos deve ser estabelecido pela CCIH, que deve considerar a integridade física do artigo. Não é recomendável o reprocessamento.</i> | | |
| 19 | Dispõe dos Seguintes materiais e/ou equipamentos: | | |
| ▪ | Ambú com máscara para adulto e infantil (se for o caso); | | |
| ▪ | Aspirador para secreções; | | |
| ▪ | Materiais para intubação oro-traqueal: laringoscópio com jogo de lâminas curvas e retas (duas unidades cada) adulto e infantil (se for o caso), cânulas oro-faríngea de Guedel (grande, média e pequena) e cânulas oro-traqueiais; | | |
| ▪ | Sondas para aspiração oro-traqueal, estéreis e adequadamente embaladas; | | |
| ▪ | Esfígmomanômetro, estetoscópio adulto e/ou infantil (se for o caso) e desfibrilador; | | |
| ▪ | Material para aplicação de medicamentos: seringas; agulhas hipodérmicas; algodão hidrófilo; gaze; esparadrapo; dispositivos intravenosos (Scalps e Abocath); | | |
| ▪ | Seguintes medicamentos básicos acondicionados adequadamente e dentro do prazo de validade: água destilada, analgésico, antiarrítmico, antihipertensivo, antihistamínico, antagonista do cálcio, barbitúrico, benzodiazepínico, broncodilatador, corticoesteróide, digitalico, diurético, glicose hipertônica, soro fisiológico, soro glicosado, vaso dilatador coronariano, adrenalina, atropina e glutamato de cálcio; | | |
| 20 | Oxigênio e acessórios disponíveis. <i>Obs.: Verificar se o fluxo do local do armazenamento até o paciente oferece condições de transporte e de acesso com facilidade.</i> | | |

| HEMODINÂMICA (CONTINUAÇÃO) | | |
|----------------------------|---|--|
| 21 | Expurgo para lavagem dos catéteres e outros equipamentos. | |
| 22 | Os mobiliários, equipamentos e estrutura física estão em bom estado de conservação e boas condições de higiene. <i>Obs.: Verificar se não apresentam perda de revestimento ou processo de corrosão ou sujidade ou trincas ou infiltrações.</i> | |
| 23 | Ambiente limpo e claro. | |
| 24 | Manutenção preventiva e periódica dos equipamentos com registro. <i>Obs.: Verificar se dispõe de programação de manutenção preventiva, se foram realizadas e se constam registros das mesmas, dispondo de laudo com a data, nome e assinatura do técnico que executou, (mantidas disponível no setor de manutenção e/ou na unidade).</i> Verificar registros. | |
| 25 | Técnicos e/ou auxiliares de enfermagem executando as atividades em todos os turnos operantes. <i>Obs.: Verificar a escala dos funcionários por turno e categoria.</i> | |

RADIODIAGNÓSTICO

| | | | | | |
|----------------------|---|-------------|-------|-------------|-------|
| 30 | O estabelecimento possui treinamento de proteção radiológica para operadores e equipe | | | | |
| Periodicidade: | | Nº horas: | | Há registro | |
| 31 | Controle de Saúde Ocupacional | | | | |
| Tipo de exame | Periodicidade | Admissional | | Demissional | |
| | | S () | N () | S () | N () |
| | | S () | N () | S () | N () |
| | | S () | N () | S () | N () |
| | | S () | N () | S () | N () |
| | | S () | N () | S () | N () |
| ASSENTAMENTOS | | | | | |
| 32 | Existe assentamentos dos Procedimentos Radiológicos ? | | | | |
| 33 | Existe assentamentos dos Procedimentos de Trabalho ? | | | | |
| 34 | Existe assentamentos dos Resultados Dosimétricos ? | | | | |
| 35 | Existe assentamentos do Controle de Saúde ? | | | | |

EQUIPE

| | | | |
|------------------|--------|--------------------------|--------|
| A. Médicos | Nº () | E. Médicos radiologistas | Nº () |
| B. Técnicos | Nº () | F. Aux. radiologia | Nº () |
| C. Câmara escura | Nº () | G. Enfermeiros | Nº () |
| D. Físicos | Nº () | H. Outros | Nº () |

S (sim)

N (não)

NA (não aplica-se)

MONITORAÇÃO INDIVIDUAL

| | | |
|--|---------|------------|
| A instalação fornece monitores pessoais? | S () | N () |
| TIPO DE MONITORES: () FILME | () TLD | () OUTROS |
| Durante a vistoria, todos os profissionais ocupacionalmente expostos estavam utilizando dosímetros pessoais durante a realização de exames ? | S () | N () |
| Os funcionários utilizam, na instalação, somente os dosímetros fornecidos pela instalação ? | S () | N () |
| Os funcionários, durante as exposições que realizam, utilizam o dosímetro pessoal, de corpo inteiro, na região do tronco, potencialmente, na parte mais exposta? | S () | N () |
| O dosímetro pessoal é utilizado de forma a não ter nenhum objeto (caneta, crachá, carteira, avental plumbífero), entre o dosímetro e o corpo do usuário ou na frente dele? | S () | N () |
| Os dosímetros - incluindo o padrão - são guardados em local de baixa umidade, com temperatura amena e longe de radiação ionizante, após o término da jornada de trabalho? | S () | N () |
| Existe registro individual, das doses recebidas, dos profissionais ocupacionalmente expostos? | S () | N () |
| Os usuários de dosímetros são cientificados sistematicamente das doses recebidas? | S () | N () |
| É de conhecimento do responsável legal que algum trabalhador, monitorado, exerce atividade, que envolvam exposição a radiação ionizante, em outro local | S () | N () |
| Que providências são tomadas quanto a monitoração individual, caso a questão anterior obtenha resposta positiva? | | |
| Qual o responsável, no estabelecimento, pela avaliação dos laudos de doses mensais e os níveis de dose anuais dos trabalhadores referentes a monitoração individual? _____ | | |
| 13. Como os profissionais são informados dos resultados das doses recebidas mensalmente? _____ | | |

S (sim)

N (não)

NA (não aplica-se)

SALA N°

| | | |
|---|-------|------------|
| O equipamento é utilizado para o propósito que foi autorizado? | S () | N () |
| Existem sinais de advertência na entrada da sala? | S () | N () |
| Gráficos com o símbolo da radiação e as palavras Raios X Entrada Restrita Luminosos, indicando que o aparelho está sendo utilizado | | [] [] |
| As portas são mantidas fechadas durante a realização dos exames? | S () | N () |
| A sala pode ser utilizada como passagem para outra sala, WC, etc.? | S () | N () |
| Há passador de filmes na sala? | S () | N () |
| O local de guarda dos chassis c/ filme é adequado? | S () | N () |

8. Descreva o local de armazenamento dos filmes virgens? _____

9. O técnico de raios X, quando está pronto para acionar o equipamento

| | | |
|--|-------|-------|
| tem uma visão clara do paciente? | S () | N () |
| tem visão calra do acesso a sala? | S () | N () |
| pode comunicar-se adequadamente com o paciente? | S () | N () |
| Existe mais de um equipamento de raios X na sala ? | S () | N () |
| Podem ser realizados exames simultâneos? | S () | N () |

| Listar os equipamento de proteção individual | N° | Fabricante e Reg. MS | Condições | Testes |
|--|----|----------------------|-----------|--------|
| Aventais plumbíferos | | | | |
| Protetores de gônadas | | | | |
| Protetores de Tireóide plumbíferos | | | | |
| Luvas plumbíferos | | | | |
| Óculos | | | | |

13. Estimativa da carga de trabalho da sala em mAmin/sem: _____

15 Descreva as condições das barreiras (inspeção visual): _____

15 Condições do biombo e visada: _____

EQUIPAMENTOS

1. DADOS DO APARELHO

| | |
|---|-----------------------------------|
| A) Fabricante: | B) Modelo: |
| C) N° de registro MS: | D) Mobilidade: () Fixo () Móvel |
| E) Condições Máximas de Operação: | _____ kVp _____ mAs |
| F) Retificador: () Monofásico () Trifásico () PC | |
| G) Possui grade anti-difusora? | S () N () |

2. DADOS DO CABEÇOTE

| | |
|-------------------------------|------------|
| A) Fabricante: | B) Modelo: |
| C) Tipo: | D) Número: |
| E) Filtração Total _____ mmAl | |

3. DADOS DO SISTEMA DE COLIMAÇÃO

| | |
|---|------------|
| A) Fabricante: | B) Modelo: |
| C) Tipo: () Cilíndrico () Luminoso () Cone quadrado / Circular () Numérico () Ajustável () Outros _____ | |
| D) Filtração Total _____ mmAl | |

4. DADOS DA MESA

| | |
|----------------------|------------------|
| A) Fabricante: _____ | B) Modelo: _____ |
| C) Número: _____ | |

S (sim)

N (não)

NA (não aplica-se)

INSPEÇÃO DOS EQUIPAMENTOS

A) RAIOS X

- | | | |
|--|-------|-------|
| 1. Há indicação (sonora ou luminosa) de que o feixe está sendo gerado? | S () | N () |
| 2. Em equipamentos fixos, existe sistema que permita identificar o alinhamento do raio central do feixe de radiação com o plano do receptor de imagem? | S () | N () |
| 3. Equipamentos com mais de um tubo, existe indicação visual do tubo selecionado? | S () | N () |
| 4. Existem indicadores no painel de comando que não funcionam? | S () | N () |
| 5. Alguma parte elétrica (lâmpadas indicadoras, revestimento dos cabos, plugs, etc.) está danificada? | S () | N () |
| 6. Há a indicação da distância foco mesa? | S () | N () |
| 7. A posição do foco é marcada no cabeçote? | S () | N () |
| 8. O sistema de localização luminosa funciona? | S () | N () |
| 9. A intensidade luminosa do localizador é suficiente? | S () | N () |

B) FLUOROSCOPIA

- | | | |
|--|-------|-------|
| 1. Existe proteção contra a radiação espalhada? | S () | N () |
| 2. Existe sinal sonoro para indicar a duração da fluoroscopia? | S () | N () |
| 3. O equipamento permite procedimentos com corrente acima de 5mA para qualquer kV? | S () | N () |
| 4. A fluoroscopia pode ser acionada por mais de 5 minutos? | S () | N () |
| 5. Existe dispositivo que alerte sobre a eminência da interrupção do feixe? | S () | N () |
| 6. Há indicação da equivalência em chumbo da proteção da tela fluorescente? | S () | N () |
| 7. Os dispositivos de fixação do tubo de raios X, intensificador de imagem, etc., estão funcionando corretamente? | S () | N () |
| 8. O pedal de acionamento está localizado adequadamente de modo a prevenir o disparo acidental do feixe de radiação? | S () | N () |
| 9. A fluoroscopia pode ser realizada sem pressão contínua? | S () | N () |

C) CÂMARA ESCURA

- | | | |
|--|------------|----------------|
| 1. A câmara escura permite a entrada de luminosidade indevida durante sua utilização? | S () | N () |
| 2. Existe sistema de exaustão de ar eficiente para a atividade desenvolvida ? | S () | N () |
| 3. Possui odores dos produtos químicos, que possam ser prejudiciais as pessoas que trabalham na câmara escura? | S () | N () |
| 4. Possui processamento de filmes? | Manual () | Automático () |
| 5. Apresenta controle de temperatura dos líquidos de revelação | S () | N () |
| 5. Possui luz de segurança | S () | N () |
| a - Esta luz possui filtro adequado | S () | N () |
| b - Apresenta potência de 15 W | S () | N () |
| c - Está a uma distância de 1,2 m do local de manuseio dos filmes? | S () | N () |
| e - Descreva a sua localização: _____ | | |
| 6. Existe controle de qualidade da processadora | S () | N () |
| a - Qual a periodicidade? _____ | | |

S (sim)**N (não)****NA (não aplica-se)**

