



ANEXO IV

ROTEIRO DE AVALIAÇÃO DE CAPACITAÇÃO TÉCNICA

1.0 - IDENTIFICAÇÃO:

1.1- Razão Social:

1.2- Nome fantasia:

1.3- CNPJ:

1.4-Endereço:

1.5- Responsável Técnico:

Profissão:

Nº do Conselho:

1.6-Forneceu Planta Baixa – Sim () Não ()

2.0 – CLASSIFICAÇÃO DE ESTABELICIMENTO:

2.1 – Privado () Filantrópico () Público () Outros ()

3.0 – POSSUI ESTACIONAMENTO? Sim () Não ()

Discriminação	SIM	NÃO	NA
Áreas internas e externas em boas condições físico-estruturais?			
O acesso ao estabelecimento é independente de forma a não permitir comunicação com residência ou qualquer outro local do estabelecimento?			
Existe sala de acordo com a demanda de clientes?			
Existem sanitários para o público, separado por sexo?			
Salas encontraram-se boas condições de limpeza?			
Esgotos e encanamentos em bom estado de conservação?			
A ventilação é suficiente?			
A iluminação é suficiente e adequada?			
Existe equipamentos de segurança para combate a incêndio? Com acesso livre?			
Funcionários com EPI's necessários à tarefa que executam?			
Funcionários estão uniformizados?			
Os uniformes estão limpos e em boas condições?			
Os funcionários são submetidos a exames adicionais periódicos e demissionais?			
OBS:			



2 – SALA DE COLETA E RECEPÇÃO DE MATERIAL

Discriminação	SIM	NÃO	NA
Áreas internas e externas em boas condições físicos-estruturais?			
Salas encontram-se em boas condições de limpeza?			
Existe lavatório com toalha descartável?			
Pessoal que trabalha na coleta está devidamente capacitado?			
Pessoal uniformizado, e em boas condições de higiene?			
Funcionários utilizam EPI's de acordo com atividades desenvolvidas?			
Existe normas padrão escrita para coleta de material em local acessível?			
Existe local apropriado para coleta de material: cadeira? Maca? Suporte para os braços?			
Existe bancada, ou mesa auxiliar para acondicionamento do			
Utiliza material descartável? (observar inscrição no MS e prazo de validade)			
Material perfuro-cortante é descartado segundo as normas do MS?			
Soluções utilizadas estão acondicionadas corretamente e com data de troca da solução?			
As amostras dos pacientes são corretamente e imediatamente identificadas?			

OBS:



3- SALA DE EXAMES

Discriminação	SIM	NÃO	NA
As instalações encontra-se em boas condições higiênico-sanitárias (pisos, balcões e paredes de cor clara, lavável, fácil higienização)?			
A ventilação é suficiente?			
A iluminação é suficiente e adequada?			
Existe lavatório para as mãos com toalha descartável?			
Funcionários estão uniformizados?			
Os uniformes estão limpos e em boas condições?			
Funcionários utilizam EPI's de acordo com as atividades desenvolvidas?			
Utiliza material descartável e dentro do prazo de validade?			
Material perfuro-cortante é descartado segundo normas do MS?			
Lixo contaminado está acondicionado de acordo com normas técnicas do MS?			
Existe programa de manutenção periódica dos aparelhos e equipamentos?			
Relacionar equipamentos existentes e condições de uso			
<ul style="list-style-type: none">Estão relacionados no caderno apresentado.			
Relacionar exames realizados (e terceirizados)			
<ul style="list-style-type: none">Estão relacionados no caderno apresentado.			
Existe, e está disponível, um manual de Procedimento Operacional Padrão?			
Produtos utilizados tem inscrição no MS e estão do prazo de validade?			
Estão acondicionados corretamente?			
Existe local apropriado para bacteriologia (observar possibilidades de contaminação)?			
Existe geladeira exclusiva para material contaminado? (bacteriologia)?			
Existe estufa para bacteriologia?			
É feita revisão dos resultados dos exames, pelo responsável pela assinatura dos mesmos?			
É feito controle da água utilizada?			

Presidente da C. E. L.

Membro da C. E. L.

Membro da C. E. L.