

  
ANVISAAGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA  
MINISTÉRIO DA SAÚDE  
ROTEIRO DE INSPEÇÃO EM SERVIÇOS DE DIÁLISE

## I - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

DATA DA INSPEÇÃO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

1 - Nome da unidade: \_\_\_\_\_

2 - CNPJ (CGC): \_\_\_\_\_

3 - Razão Social: \_\_\_\_\_

4 - Número da Licença de Funcionamento/Ano \_\_\_\_\_

5 - Número do SUS \_\_\_\_\_ 6 - Número da DRS \_\_\_\_\_

7 - Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ 8 - E-mail: \_\_\_\_\_

9 - Telefone: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

## II - RESPONSABILIDADE TÉCNICA

		Sim	Não
I	10 - Médico Responsável: _____	[ ]	[ ]
	11 - CRM _____		
I	12 - Especialista em Nefrologia N.º do Certificado no CRM _____	[ ]	[ ]
INF	13 - Órgão emissor _____		
I	14 - Enfermeiro Responsável: _____	[ ]	[ ]
	15 - COREN _____		
I	16 - Treinamento em diálise _____	[ ]	[ ]
N	17 - Treinamento em Nefrologia reconhecido pela SOBEN _____	[ ]	[ ]
INF	18 - Farmacêutico Responsável _____	[ ]	[ ]
	19 - CRF _____		
I	20 - Responsável pelo sistema de tratamento de água para diálise _____	Sim	Não
INF	21 - Formação _____		
INF	22 - Registro no Conselho de Exercício Profissional _____		
INF	23 - Recebeu Treinamento específico sobre sistema de tratamento de água para diálise _____	[ ]	[ ]

INF	24 - Tipos de procedimentos oferecidos pelo serviço	Sim	Não
	a) Hemodiálise .....	[ ]	[ ]
	b) Diálise Peritoneal Intermitente (DPI) .....	[ ]	[ ]
	c) Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (DPAC) .....	[ ]	[ ]
	d) Diálise Peritoneal Automatizada (APD) .....	[ ]	[ ]
	e) Programa de diálise padronizada .....	[ ]	[ ]
	f) Acesso p/ hemodiálise: criação ou intervenção sobre fistula artério-venosa .....	[ ]	[ ]
	g) Acesso p/ hemodiálise: instalação de cateter .....	[ ]	[ ]
	h) Instalação de cateter p/ DPAC .....	[ ]	[ ]
INF	25 - Horário de funcionamento do serviço .....		
INF	26 - Número de leitos .....		
INF	27 - Pacientes em hemodiálise: Total de pacientes: .....		
	a) Número de pacientes Hbs-Ag positivo: .....		
	b) Número de pacientes HCV positivo: .....		
	c) Número de Pacientes HIV positivo: .....		
INF	28 - Equipamentos Total de máquinas .....		
	Total de máquinas com sistema de proporcção .....		
	Total de máquinas providas de tanque .....		
	Central de Banhos / número de módulos: .....		
	Total de máquinas de reserva: .....		
	Total de pontos .....		
INF	29 - NATUREZA DO SERVIÇO:	Sim	Não
	a) Vinculado ao Ministério da Saúde .....	[ ]	[ ]
	b) De outros Órgãos Federais .....	[ ]	[ ]
	c) Vinculado a órgãos universitário .....	[ ]	[ ]
	d) Pública Estadual .....	[ ]	[ ]
	e) Pública Municipal .....	[ ]	[ ]
	f) Filantrópica .....	[ ]	[ ]
	g) De entidade sindical .....	[ ]	[ ]
	h) Privado da natureza filioantidota .....	[ ]	[ ]
INF	30 - CLASSIFICAÇÃO DO SERVIÇO:	Sim	Não
	a) Serviço de Diálise Hospitalar .....	[ ]	[ ]
	b) Serviço de Diálise Autônomo Intrahospitalar .....	[ ]	[ ]
	c) Serviço de Diálise Satélite .....	[ ]	[ ]

INF	31 - SERVIÇO INTRAHOSPITALAR: Nome do Hospital .....		
	Endereço .....		
	Bairro / Distrito .....		
	Número do Alvará .....		
	Data de Validade .....		
	Responsável Técnico .....		
	N.º do Certificado do CRM (Hospital) .....		
	Data de Validade .....		
N	32 - RETAGUARDA HOSPITALAR DO SERVIÇO .....	Sim	Não
	a) Nome do Hospital .....	[ ]	[ ]
	N.º da Licença de funcionamento Validade .....		
	Endereço .....		
	CEP .....		
	Teléfono .....		
	N.º de leitos .....		
	N.º de leitos de UTI .....		
	Diretor Clínico: .....		
	CRM .....		
	Contrato .....		
	Validade .....		
N	33 - O Serviço Autônomo conta com serviço adequado de remoção de pacientes	Sim	Não
	Próprio: .....	[ ]	[ ]
	Terceirizado .....	[ ]	[ ]
	Se terceirizado, Contrato/ano .....	[ ]	[ ]
	Empresa .....		
	Licença de funcionamento / ano .....		
N	34 - Comissões que participam e / ou dispõem	Sim	Não
	a) O serviço autônomo possui CCIH, constituída e alivada, de acordo com Portaria Nº 2616, de 12 de maio de 1998 .....	[ ]	[ ]
	Própria .....	[ ]	[ ]
	Censurada/Vinculada com participação de profissional(is) do Serviço de Diálise .....	[ ]	[ ]
N	b) O Serviço Intra-hospitalar é assistida por CCIH no hospital .....	[ ]	[ ]
INF	c) Comissão Interna de Prevenção de Acidentes .....	[ ]	[ ]
INF	d) Comissão de Ética Médica .....	[ ]	[ ]
INF	e) Comissão de Revisão de Prontuários Médicos .....	[ ]	[ ]

		Sim	Não
R	35 - DEMAIS SERVIÇOS OFERECIDOS		
	a) Serviço de Nutrição e Dietética	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Próprio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Terceirizado      Contratado ano _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Empresa _____		
	Licença de funcionamento/ano _____		
R	b) Serviço de Assistência Social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Próprio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Terceirizado      Contratado ano _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Empresa _____		
	Licença de funcionamento/ano _____		
R	c) Serviço de Psicologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Próprio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Terceirizado      Contratado ano _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Empresa _____		
	Licença de funcionamento/ano _____		
R	d) Serviços de Hemoterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Próprio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Terceirizado      Contratado ano _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Empresa _____		
	Licença de funcionamento/ano _____		
N	e) Lavanderia tipo hospitalar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Própria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Serviço terceirizado      Contratado ano _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Empresa _____		
	Licença de funcionamento/ano _____		
	Obs. Caso utilizem roupas descartáveis, dispensa-se este tipo de serviço		
I	f) Controle do Material Esterilizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Própria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Serviço terceirizado      Contratado ano _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Empresa _____		
	Licença de funcionamento/ano _____		
	Obs. Caso utilizem somente materiais descartáveis, dispensa-se este tipo de serviço		
N	g) Laboratório de Histocompatibilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nome _____		
N	h) Laboratório de Análises Clínicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nome _____		
N	i) Laboratório de Microbiologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nome _____		
N	j) Outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### IV - CLIENTELA DO SERVIÇO

IV - CLIENTELA DO SERVIÇO																																																															
ENT	<p>36 - DADOS COLETADOS REFERENTE AO ANO ANTERIOR</p> <p>Obs. 1. Nas inspeções sanitárias, os dados desta tabela deverão ser coletados de Janeiro a Dezembro do ano anterior.</p> <p>2. Nas auto inspeções, estabelecidas no Artigo 3º desta Resolução, os dados desta tabela deverão ser fornecidos para os anos subsequentes anteriores.</p> <p>Número de Pacientes Admitidos _____</p>																																																														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Nº de pacientes</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>- Primeira vez em programa</td><td>_____</td></tr> <tr><td>- Portadores de Diabetes Mellitus</td><td>_____</td></tr> <tr><td>- Portadores de hipertensão arterial controlada ou não</td><td>_____</td></tr> <tr><td>- Transferidos para outros serviços</td><td>_____</td></tr> <tr><td>- Transferidos de outros serviços</td><td>_____</td></tr> <tr><td>- HBS-Ag positivo</td><td>_____</td></tr> <tr><td>- HCV positivo</td><td>_____</td></tr> <tr><td>- HIV positivo</td><td>_____</td></tr> <tr><td>- Que tomaram-se HBS-Ag positivo</td><td>_____</td></tr> <tr><td>- Que tomaram-se HCV positivo</td><td>_____</td></tr> <tr><td>- Que tomaram-se HIV positivo</td><td>_____</td></tr> <tr><td>- Óbitos do serviço</td><td>_____</td></tr> <tr><td>- Óbitos por causa cardiovascular</td><td>_____</td></tr> <tr><td>- Óbitos por causa infecciosa</td><td>_____</td></tr> <tr><td>- Óbitos por outras causas</td><td>_____</td></tr> <tr><td>- Transplantados - Rins</td><td>_____</td></tr> <tr><td>- Que receberam transplante de rins e pâncreas</td><td>_____</td></tr> <tr><td>- Que reiniciaram a diálise após perda do rim transplantado</td><td>_____</td></tr> <tr><td>- Com possibilidade de transplante (spados para HLA)</td><td>_____</td></tr> <tr><td>- Em Hemodiálise (HD)</td><td>_____</td></tr> <tr><td>- Em Diálise Peritoneal Intermitente (DPI)</td><td>_____</td></tr> <tr><td>- Em Diálise Peritoneal Amulocelular Contínua (DPAC)</td><td>_____</td></tr> <tr><td>- Em uso de entropoetina</td><td>_____</td></tr> <tr><td>- Em uso de calcitrol</td><td>_____</td></tr> <tr><td>- Abandono</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Número de:</td><td></td></tr> <tr><td>- Episódios de paratire</td><td>_____</td></tr> <tr><td>- Episódios de proclama</td><td>_____</td></tr> <tr><td>- Internações hospitalares</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Número de Pacientes (no dia da Inspeção)</td><td>_____</td></tr> </tbody> </table>		Nº de pacientes	- Primeira vez em programa	_____	- Portadores de Diabetes Mellitus	_____	- Portadores de hipertensão arterial controlada ou não	_____	- Transferidos para outros serviços	_____	- Transferidos de outros serviços	_____	- HBS-Ag positivo	_____	- HCV positivo	_____	- HIV positivo	_____	- Que tomaram-se HBS-Ag positivo	_____	- Que tomaram-se HCV positivo	_____	- Que tomaram-se HIV positivo	_____	- Óbitos do serviço	_____	- Óbitos por causa cardiovascular	_____	- Óbitos por causa infecciosa	_____	- Óbitos por outras causas	_____	- Transplantados - Rins	_____	- Que receberam transplante de rins e pâncreas	_____	- Que reiniciaram a diálise após perda do rim transplantado	_____	- Com possibilidade de transplante (spados para HLA)	_____	- Em Hemodiálise (HD)	_____	- Em Diálise Peritoneal Intermitente (DPI)	_____	- Em Diálise Peritoneal Amulocelular Contínua (DPAC)	_____	- Em uso de entropoetina	_____	- Em uso de calcitrol	_____	- Abandono	_____	Número de:		- Episódios de paratire	_____	- Episódios de proclama	_____	- Internações hospitalares	_____	Número de Pacientes (no dia da Inspeção)	_____
	Nº de pacientes																																																														
- Primeira vez em programa	_____																																																														
- Portadores de Diabetes Mellitus	_____																																																														
- Portadores de hipertensão arterial controlada ou não	_____																																																														
- Transferidos para outros serviços	_____																																																														
- Transferidos de outros serviços	_____																																																														
- HBS-Ag positivo	_____																																																														
- HCV positivo	_____																																																														
- HIV positivo	_____																																																														
- Que tomaram-se HBS-Ag positivo	_____																																																														
- Que tomaram-se HCV positivo	_____																																																														
- Que tomaram-se HIV positivo	_____																																																														
- Óbitos do serviço	_____																																																														
- Óbitos por causa cardiovascular	_____																																																														
- Óbitos por causa infecciosa	_____																																																														
- Óbitos por outras causas	_____																																																														
- Transplantados - Rins	_____																																																														
- Que receberam transplante de rins e pâncreas	_____																																																														
- Que reiniciaram a diálise após perda do rim transplantado	_____																																																														
- Com possibilidade de transplante (spados para HLA)	_____																																																														
- Em Hemodiálise (HD)	_____																																																														
- Em Diálise Peritoneal Intermitente (DPI)	_____																																																														
- Em Diálise Peritoneal Amulocelular Contínua (DPAC)	_____																																																														
- Em uso de entropoetina	_____																																																														
- Em uso de calcitrol	_____																																																														
- Abandono	_____																																																														
Número de:																																																															
- Episódios de paratire	_____																																																														
- Episódios de proclama	_____																																																														
- Internações hospitalares	_____																																																														
Número de Pacientes (no dia da Inspeção)	_____																																																														
INH	<p>37 - Faixa etária dos pacientes em programa:</p> <p>3 - 20 anos _____ 41 - 60 anos _____</p> <p>21 - 40 anos _____ Acima de 60 anos _____</p>																																																														

IV - CATEGORIA DO SERVIÇO

INF	36 - DADOS COLHE DADOS REFERENTE AO ANO ANTERIOR Obs. 1. Nas inspeções sanitárias, os dados desta tabela deverão ser coletados de Janeiro a Dezembro do ano anterior 2. Nas auto inspeções, estabelecidas no Artigo 3º desta Resolução, os dados desta tabela deverão ser fornecidos para os seis (6) meses anteriores Número de Pacientes Admitidos	Nº de pacientes
	- Primeira vez em programa..... - Portadores de Diabetes Mellitus..... - Portadores de hipertensão arterial controlada ou não..... - Transferidos para outros serviços..... - Transferidos de outros serviços..... - HBS-Ag positivo..... - HCV positivo..... - HIV positivo..... - Que tomaram-se HBS-Ag positivo..... - Que tomaram-se HCV positivo..... - Que tomaram-se HIV positivo..... - Óbitos do serviço..... - Óbitos por causa cardiovascular..... - Óbitos por causa infecciosa..... - Óbitos por outras causas..... - Transplantados - Rins..... - Que receberam transplante de rins a pánecreas..... - Que renunciaram a diálise após perda do rim transplantado..... - Com possibilidade de transplante (tipados para HLA)..... - Em Hemodiálise (HD)..... - Em Diálise Peritoneal Intermittente (DPI)..... - Em Diálise Peritoneal Ambulatória Contínua (DPAC)..... - Em uso de eritropoetina..... - Em uso de calcitriol..... - Abandonou..... Número de: - Episódios de peritonite..... - Episódios de piúrgenis..... - Internações hospitalares..... Número de Pacientes (no dia da Inspeção).....	
INF	37 - Faixa etária dos pacientes em programa 0 - 20 anos _____ 41 - 60 anos _____ 21 - 40 anos _____ Acima de 60 anos _____	

INF	42 - Total da Médicos: a) nefrologistas..... b) clínica médica..... c) vascular..... d) urologista..... e) Internista.....		
N	43 - Existem Programas de Treinamento/Atualização para todos os profissionais da unidade.	Sim [ ]	Não [ ]
N	44 - Existem manuais de normas e rotinas escritas, atualizadas, detalhadas e treinadas, disponíveis no local para distribuição de trabalhos e atribuições	Sim [ ]	Não [ ]
N	a) Procedimentos médicos.....	[ ]	[ ]
N	b) Procedimentos de enfermagem.....	[ ]	[ ]
N	c) Processamento de Artigos e Superfícies.....	[ ]	[ ]
N	d) Controle e manutenção do sistema de tratamento de água e equipamentos.....	[ ]	[ ]
N	e) Controle e manutenção do sistema de equipamentos eletrônicos.....	[ ]	[ ]
N	f) Biossegurança.....	[ ]	[ ]
N	g) Outros:.....	[ ]	[ ]
INF	45 - Existem protocolos para: a) Tratamento de peritonite..... b) Indicação para CAPD.....	Sim [ ]	Não [ ]
I	46 - Todo pessoal médico, enfermagem, limpeza e demais profissionais ocupacionalmente expostos recebeu vacinação contra Hepatite B Em caso negativo, Justifique	Sim [ ]	Não [ ]
N	47 - Foi realizado teste de imunidade a fim de verificar a eficácia da vacinação.	Sim [ ]	Não [ ]

**VI – AVALIAÇÃO DE REGISTROS E CONTROLE DA SAÚDE DOS PACIENTES**

Obs. Avaliar em média de 100% nos pontos de

		Sim	Não
N	48 - Os prontuários médicos possuem:		
N	a) Identificação dos pacientes	[ ]	[ ]
N	b) História clínica, exames físicos e resultados do progresso no Programa	[ ]	[ ]
N	c) Resultado de exames complementares ou anotações dos mesmos em impresso próprio	[ ]	[ ]
N	d) Hipóteses diagnósticas	[ ]	[ ]
N	e) Diagnóstico	[ ]	[ ]
N	f) Plano Terapêutico	[ ]	[ ]
N	g) Seleção da admissão ao programa de diálise	[ ]	[ ]
N	h) Os prontuários estão atualizados com anotações do dia da última diálise a que se submeteram os paciente	[ ]	[ ]
N	i) Evolução a cada sessão feita pelo médico e pelo enfermeiro	[ ]	[ ]
N	j) Prontuário com registro rubricado de consultas clínicas mensais	[ ]	[ ]
N	k) Interações durante o tratamento	[ ]	[ ]
N	l) Motivo das Interações	[ ]	[ ]
N	m) Tipo de alta e registro	[ ]	[ ]
N	n) Os prontuários estão redigidos em linguagem clara, sem rasuras	[ ]	[ ]
N	o) Nome e CRM legível do médico	[ ]	[ ]
<b>49 - Dispõe de registro dos exames complementares realizados no primeiro mês de tratamento dialítico em prontuário médico ou outro arquivo:</b>			
N	a) Hemograma	[ ]	[ ]
N	b) Glicose	[ ]	[ ]
N	c) Uréia Pré	[ ]	[ ]
N	d) Uréia Pós	[ ]	[ ]
N	e) Creatinina	[ ]	[ ]
N	f) Potássio	[ ]	[ ]
N	g) Cálcio	[ ]	[ ]
N	h) Fósforo	[ ]	[ ]
N	i) TGP	[ ]	[ ]
N	j) HbsAg	[ ]	[ ]
N	k) Anti-HCV	[ ]	[ ]
N	l) Anti-HIV	[ ]	[ ]
N	m) Um serotipo Adicional com estudo dos Fatores B e G	[ ]	[ ]
N	n) Proteínas totais e frações	[ ]	[ ]
N	o) Fosfatase alcalina	[ ]	[ ]
N	p) Ferro sérico	[ ]	[ ]
N	q) Dosagem de ferritina sérica	[ ]	[ ]
N	r) Medição da saturação da transferrina	[ ]	[ ]
N	s) Parat-hormônio	[ ]	[ ]
N	t) Dosagem de Alumínio Sérico	[ ]	[ ]
<b>50 - RESULTADO POSITIVO NOS TESTES SOROLOGICOS PARA DETECÇÃO DE HIV E HEPATITE EXCLUIA NECESSIDADE DA MANUTENÇÃO DA PERIODICIDADE PARA OS TESTES POSITIVADOS</b>			

<b>50 - Dispõe de registro dos exames periódicos mensais para acompanhamento da evolução clínica dos pacientes em prontuário médico ou outro arquivo</b>			
N	a) Medição da Hemoglobina	[ ]	[ ]
N	b) Dosagem de Hemoglobina	[ ]	[ ]
N	c) Glicemia (para pacientes diabéticos)	[ ]	[ ]
N	d) Uréia pré	[ ]	[ ]
N	e) Uréia pós	[ ]	[ ]
N	f) Creatinina	[ ]	[ ]
N	g) Potássio	[ ]	[ ]
N	h) Cálcio	[ ]	[ ]
N	i) Fósforo	[ ]	[ ]
N	j) TGP - Transaminase Glicâmica Piruvica	[ ]	[ ]
N	k) Anti-HCV - Dosagem de anticorpos de hepatite C	[ ]	[ ]
N	l) HbsAg - Dosagem de antígeno superficial de hepatite B	[ ]	[ ]
<b>51 - Dispõe de registro dos exames periódicos trimestrais para acompanhamento da evolução clínica dos pacientes em prontuário médico ou outro arquivo</b>			
N	a) Anti-HBs - Dosagem de Anticorpo superficial de hepatite B	[ ]	[ ]
N	b) Proteínas totais e frações	[ ]	[ ]
N	c) Fosfatase alcalina	[ ]	[ ]
N	d) Ferro sérico	[ ]	[ ]
N	e) Medição da saturação da transferrina	[ ]	[ ]
N	f) Dosagem de ferritina	[ ]	[ ]
N	g) Hemograma	[ ]	[ ]

<b>52 - Dispõe de registro dos exames periódicos semestrais para acompanhamento da evolução clínica dos pacientes em prontuário médico ou outro arquivo</b>			
N	a) Parat-hormônio	[ ]	[ ]

<b>53 - Dispõe de registro dos exames periódicos anuais para acompanhamento da evolução clínica dos pacientes em prontuário médico ou outro arquivo</b>			
N	a) Dosagem de Alumínio Sérico	[ ]	[ ]
N	b) Anti-HIV, dosagem de anticorpos do HIV	[ ]	[ ]

<b>54 - O serviço de diálise possui:</b>			
N	a) Arquivo organizado e acessível	[ ]	[ ]
N	b) Estatísticas mensais de morbidade e de mortalidade	[ ]	[ ]
N	c) Estatísticas anuais de morbidade e de mortalidade	[ ]	[ ]
N	d) Indicadores para o controle de Infecção Hospitalar	[ ]	[ ]

**VII – CARACTERÍSTICAS GERAIS**

<b>55 - O serviço possui:</b>			
N	a) projeto arquitetônico da área física aprovado junto à Vigilância Sanitária	[ ]	[ ]
N	b) projeto de instalação do sistema de tratamento de água para diálise aprovado junto à Vigilância Sanitária	[ ]	[ ]
N	56 No caso de adaptações e/ou reformas posterior a 11/11/1996, o projeto arquitetônico está atualizado e aprovado junto à Vigilância Sanitária.	[ ]	[ ]

	57 - As instalações elétricas da unidade.	Sim	Não
I	a) Obedecer a legislação vigente.	[ ]	[ ]
I	b) A unidade conta com o sistema emergencial de energia elétrica para todas as máquinas.	[ ]	[ ]
	Qual: .....	[ ]	[ ]
N	58 - O serviço dispõe de planta ou identificação dos equipamentos pinturados com cronograma das manutenções preventivas e indicações referentes as manutenções corretivas.	Sim	Não
		[ ]	[ ]
	59 - O acesso ao serviço.	Sim	Não
N	a) Permite entrada e saída de ambulâncias sem obstáculos e conta com área coberta.	[ ]	[ ]
N	b) É independente para entrada e saída de pacientes.	[ ]	[ ]
N	c) É independente para serviços de apoio e outros.	[ ]	[ ]
N	d) Permite o fluxo do paciente da Unidade Diálise a outras áreas do hospital, quando for o caso.	[ ]	[ ]
N	e) Permite a entrada e saída de maca e cadeira de rodas.	[ ]	[ ]
	60 - O Serviço de Diálise conta com:	Sim	Não
N	a) Área de Recepção/Registro de pacientes.	[ ]	[ ]
R	b) Área de espera de pacientes e acompanhantes.	[ ]	[ ]
N	c) Sala administrativa.	[ ]	[ ]
N	d) Sanitários para pacientes em número suficiente para ambos os sexos com portas que abrem para fora.	[ ]	[ ]
N	e) Pelo menos um sanitário adequado para pessoas portadoras de deficiência física, com portas que abrem para fora.	[ ]	[ ]
N	f) Vestiário, compatível com o número de funcionários, com sanitários para ambos os sexos.	[ ]	[ ]
N	g) Copa.	[ ]	[ ]
N	h) Sala de unidades com tempo de limpeza.	[ ]	[ ]
N	i) Depósito para guarda de medicamentos, concentrados e material médico-hospitalar.	[ ]	[ ]
N	j) Depósito de material de limpeza.	[ ]	[ ]
N	k) Área para guarda de macas e cadeiras de rodas.	[ ]	[ ]
N	l) Abrigo reduzido de resíduos sólidos de serviços de saúde.	[ ]	[ ]
N	m) Área física exclusiva, resista e de fácil acesso para o sistema de tratamento de água e reservatório de água tratada.	[ ]	[ ]
N	n) Área para guarda de pertences de pacientes.	[ ]	[ ]

	61 - O serviço de diálise possui:	Sim	Não
I	a) Área de pesagem dos pacientes com balança antropométrica.	[ ]	[ ]
I	b) Exaltador de luz exclusiva dos pacientes, para lavagem de fistula.	[ ]	[ ]
I	c) Consultório médico exclusivo.	[ ]	[ ]
I	d) Sala para recuperação de pacientes e atendimento de emergência.	[ ]	[ ]
I	e) Sala de hemodiálise para pacientes HbsAg negativo.	[ ]	[ ]
I	f) Sala de reprocessamento de dialisadores de pacientes HbsAg negativo (branca).	[ ]	[ ]
I	g) Sala de reprocessamento para pacientes com Hepatite C.	[ ]	[ ]
I	h) Sala para hemodiálise de pacientes HbsAg+ (amarela).	[ ]	[ ]
I	i) Sala de reprocessamento de dialisadores de pacientes Hbs - Ag positiva (amarela).	[ ]	[ ]
I	j) Sala para diálise peritoneal (inspirtosa) (DPI).	[ ]	[ ]
I	k) Sala de treinamento para D.P.A.C. (C.A. P.D.).	[ ]	[ ]
N	l) Áreas adequadas quanto à dimensão, conforto, iluminação, ventilação, higiene e limpeza.	[ ]	[ ]
	* IMPRESCINDÍVEL QUANDO DA EXISTÊNCIA DE PACIENTES		

	62 - O serviço possui:	Sim	Não
N	a) Consultório médico equipado.	[ ]	[ ]
N	b) Conta com pia, água corrente, sabão anti-séptico e papel toalha.	[ ]	[ ]

VIII - HEMODIÁLISE

	63 - Todos os pacientes realizam três sessões semanais de diálise	Sim	Não
N		[ ]	[ ]
N	a) Ao ser admitido no programa o paciente é orientado a respeito da limitação do uso do dialisador/linha, toma conhecimento que isso pode ser feito no máximo por doze vezes e certifica-se mediante assinatura (cada vez que acontece a troca).	[ ]	[ ]
N	b) O paciente faz a verificação da sua identificação no dialisador/linha, antes do início de cada sessão de hemodiálise.	[ ]	[ ]

SALA DE HEMODIÁLISE DE PACIENTES Hbs - Ag NEGATIVO

	64 - O serviço conta com sala para pacientes HbsAg negativo	Sim	Não
INF	Número de máquinas	[ ]	[ ]

	65 - A sala para hemodiálise de pacientes HbsAg negativo (branca) conta com:	Sim	Não
N	a) Área física adequada para uma boa distribuição de máquina/poltrona ou máquina/leito.	[ ]	[ ]
N	b) As poltronas encontram-se íntegras, funcionantes (traves de encaixe funcionante) em condições de limpeza.	[ ]	[ ]
N	c) Espaço para uma boa circulação de funcionários e pacientes.	[ ]	[ ]
N	d) Boa iluminação, ventilação, conservação, higiene e limpeza.	[ ]	[ ]
N	e) Telas de proteção nas janelas.	[ ]	[ ]
N	f) Raios com fecho hidráulico (sifão) e dispositivo de fechamento (tampa imprescindível).	[ ]	[ ]
N	g) Localização em espaço que não se caracterize como passagem para outro ambiente individualizado.	[ ]	[ ]
N	h) Concentrados/quartros utilizados no procedimento dialítico estão armazenados adequadamente.	[ ]	[ ]
N	i) Mantém de normas e normas assist. em de fácil acesso adequado, datado assinado	[ ]	[ ]
	Cds.	[ ]	[ ]

	64 - A Pessoa de Enfermagem possui:	Sim	Não
N	a) Acesso fácil e livre à sala de trabalho de enfermeiros	[ ]	[ ]
N	b) Bancada com cuba de inox e com água corrente	[ ]	[ ]
N	c) Lavatório para uso exclusivo da equipe de saúde	[ ]	[ ]
N	d) Funções com dispositivo de fechamento sem acionamento manual sobre anti-séptico líquido e toalha de papel	[ ]	[ ]
I	67 - Medidas de biosegurança adotadas:	Sim	Não
I	a) Todo pessoal médico e de enfermagem utiliza Equipamentos de Proteção Individual (EPI) conforme determinado pelas normas vigentes para os diferentes procedimentos	[ ]	[ ]
I	b) Livro de procedimentos	[ ]	[ ]
I	c) Máscara	[ ]	[ ]
I	d) Avental	[ ]	[ ]
I	e) Óculos	[ ]	[ ]
I	f) Todo pessoal de limpeza faz uso adequado de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) conforme determinado pelas normas vigentes	[ ]	[ ]
I	68 - Durante o procedimento dialítico as funções que atendem esta sala são exclusivas dela:	Sim	Não
		[ ]	[ ]
N	69 - Todas as máquinas dispõem das seguintes componentes, minimizadoras de risco, em condições plenas de funcionamento:	Sim	Não
I	a) dispositivo que permita o temporamento por bicarbonato de sódio ou acetato	[ ]	[ ]
I	b) controlador de temperatura	[ ]	[ ]
I	c) monitor de pressão da solução de diálise - com monitor de pressão transmembrana com dispositivo de suspensão automática do funcionamento da bomba de sangue e com alarmes sonoros e visuais	[ ]	[ ]
I	d) monitor contínuo de condutividade com dispositivo de suspensão automática do vazão da solução e com alarmes sonoros e visuais	[ ]	[ ]
I	e) selector de rigura de diálise com dispositivo de suspensão automática do funcionamento da bomba de sangue e com alarmes sonoros e visuais	[ ]	[ ]
I	f) detector de bolhas e proteção contra embolismo gasoso com dispositivo de suspensão automática do funcionamento da bomba de sangue com alarmes sonoros e visuais	[ ]	[ ]
I	g) proteção contra operação em modo de ultra-filtração quando estiver em modo de desmineração	[ ]	[ ]
I	h) monitor da pressão da linha venosa e arterial	[ ]	[ ]
I	i) isolador de pressão metálicos individuais ou descritíveis	[ ]	[ ]
I	70 - Todos os equipamentos em uso estão limpos, em plenas condições de funcionamento e com todos os alarmes operando	Sim	Não
		[ ]	[ ]
I	71 - É realizado ao final de cada sessão de hemodiálise processo de limpeza e desinfecção do equipamento	Sim	Não
		[ ]	[ ]
N	72 - É realizado semanalmente processo de limpeza e desinfecção de unidade	Sim	Não
		[ ]	[ ]
N	73 - O processo de limpeza e desinfecção informado pelo técnico está registrado em documento próprio e devidamente rubricado	Sim	Não
		[ ]	[ ]

SALA DE REPROCESSAMENTO DE DIALISADORES DE PACIENTES HbS Ag NEGATIVO			
I	74 - A sala de reprocessamento de dialisadores de pacientes HbS - Ag negativo (branca) está contígua e de fácil acesso	Sim	Não
		[ ]	[ ]
N	75 - A sala de reprocessamento de dialisadores de pacientes HbS - Ag negativo (branca) possui:	Sim	Não
I	a) bancada com cuba profunda própria (individualizadas) para o reprocessamento de dialisadores tipo capilar, com torneiras em quantidade compatível	[ ]	[ ]
I	b) provimento de água tratada adequado e em quantidade compatível	[ ]	[ ]
N	c) dimensões adequadas, compatíveis com o número de padrões	[ ]	[ ]
N	d) sistema de exaustão de ar	[ ]	[ ]
N	e) reuso automatizado	[ ]	[ ]
N	f) local apropriado (armário ou similar) para guarda dos capilares utilizados pelos pacientes inscritos no programa	[ ]	[ ]
I	76 - Os dialisadores tipo capilar e as linhas arteriais e venosas encontram-se devidamente identificados	Sim	Não
		[ ]	[ ]
I	77 - A guarda dos dialisadores tipo capilar é feita em recipientes rígidos, individualizados, de fácil limpeza e desinfecção	Sim	Não
		[ ]	[ ]
I	78 - Os recipientes estão corretamente identificados com os dados dos pacientes	Sim	Não
		[ ]	[ ]
N	79 - O processo de limpeza e desinfecção encontra-se registrado em documento próprio e devidamente rubricado	Sim	Não
		[ ]	[ ]
N	80 - Existe registro da medida do volume interno das fibras (priming), de todos os dialisadores antes do primeiro uso	Sim	Não
		[ ]	[ ]
I	81 - Existe registro da medida do volume interno das fibras (priming), de todos os dialisadores após cada uso	Sim	Não
		[ ]	[ ]
I	82 - Os dialisadores tipo capilar biocompatível e as linhas arteriais e venosas são descartadas após o máximo de 12 usos. Obs.: Quando a unidade fizer uso de máquina de reprocessamento automático, o capilar poderá ser usado até 20 vezes.	Sim	Não
		[ ]	[ ]
Não é permitido o reprocessamento de dialisadores/linhas para os pacientes HIV POSITIVO			
I	83 - Funções que atuam no reprocessamento de dialisadores de pacientes HbS Ag negativo são exclusivas	Sim	Não
		[ ]	[ ]

## SALA PARA HEMODIÁLISE DE PACIENTES Hbs Ag POSITIVO

INF		Sim	Não
INF	84 - A unidade conta com sala para pacientes HbsAg positivo... Número de máquinas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N	85 - O Posto de Enfermagem possui:	Sim	Não
N	a) Acesso fácil e boa ventilação da(s) sala(s) de tratamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N	b) Espaço com cuba de inox e sem água corrente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N	c) Lavatório para uso exclusivo da equipe de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N	d) Tomadas com dispositivo de fechamento sem acionamento manual, sabão anti-séptico líquido e folha de papel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I	86 - Durante o procedimento dialítico os funcionários que atendem esta sala são exclusivos dela	Sim	Não
I	87 - Medidas de biossegurança adotadas:	Sim	Não
I	a) Todo pessoal técnico e de enfermagem utiliza Equipamentos de Proteção Individual (EPI), conforme determinado pelas normas vigentes para os diferentes procedimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I	b) Luva de procedimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I	c) Máscara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I	d) Avental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I	e) Óculos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I	f) Todo pessoal de limpeza faz uso adequado de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), conforme determinado pelas normas vigentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N	88 - A sala para hemodiálise de pacientes Hbs - Ag positivo (unidade) conta com:	Sim	Não
N	a) Área física adequada para uma boa distribuição de máquina/poltrona ou máquina/sillô	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N	b) As poltronas encontram-se intactas, funcionantes (travas de amortecedor funcionando) em condições de limpeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N	c) Espaço para uma boa circulação de funcionários e pacientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N	d) Boa iluminação, ventilação, conservação, higiene e limpeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N	e) Telas de proteção nas janelas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N	f) Raios com fecho hidráulico (sillô) e dispositivo de fechamento (lampa escamoteável)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N	g) Localização em espaço que não se caracteriza como passagem para qualquer outro ambiente individualizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N	h) Concentrados químicos utilizados no procedimento dialítico estão armazenados adequadamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N	i) Marcação de normas e rotinas assistenciais de fácil acesso elucidada, datada, assinada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ots.			

I	89 - Todas as máquinas dispõem dos seguintes componentes, minimizados de risco, em condições plenas de funcionamento:	Sim	Não
I	a) dispositivo que permite o tamponamento por bicarbonato de sódio ou acetato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I	b) controlador de temperatura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I	c) monitor de pressão da solução de diálise ou monitor de pressão transmembrana com dispositivo de suspensão automática do funcionamento da bomba de sangue e com alarmes sonoros e visuais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I	d) monitor contínuo de condutividade com dispositivo de suspensão automática da vazão da solução e com alarmes sonoros e visuais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I	e) detector de ruptura do diafragma com dispositivo de suspensão automática do funcionamento da bomba de sangue e com alarmes sonoros e visuais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I	f) detector de bolhas e proteção contra embolismo gasoso com dispositivo de suspensão automática do funcionamento da bomba de sangue e com alarmes sonoros e visuais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I	g) proteção contra operação em modo de diálise quando estiver em modo de deslignação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I	h) monitor de pressão de linha venosa e arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I	i) detector de pressão motóricas individuais ou descentrais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I	90 - Todos os equipamentos em uso estão limpos, em plenas condições de funcionamento e com todos os alarmes operando	Sim	Não
I	91 - É realizado ao final de cada sessão de hemodiálise processo de limpeza e desinfecção do equipamento	Sim	Não
N	92 - Realiza semanalmente processo de limpeza e desinfecção da unidade	Sim	Não
N	93 - O processo de limpeza e desinfecção informado pelo técnico, está registrado em documento próprio e devidamente rubricado	Sim	Não

## REPROCESSAMENTO DE DIALISADORES DE PACIENTES Hbs - Ag POSITIVO

I	94 - A sala de reprocessamento de dialisadores de pacientes Hbs - Ag positivo é contígua e de fácil acesso	Sim	Não
N	95 - A Sala de reprocessamento de dialisadores de pacientes Hbs - Ag positivo possui:	Sim	Não
N	a) bancada com cuba profunda própria (individualizada) para o reprocessamento de dialisadores tipo cupilar, com torneiras em quantidade compatível	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I	b) Provedor de água tratada adequado e em quantidade compatível	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N	c) Dimensões adequadas compatíveis com o número de poltronas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N	d) Sistema de exaustão de ar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INF	e) Reuso automatizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I	f) Local apropriado (armário ou similar) para guarda dos capilares utilizados pelos pacientes inscritos no programa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



I	96 - Os dialisadores tipo capilar e as linhas arteriais e venozas encontram-se devidamente identificados.	Sim [ ]	Não [ ]
I	97 - A guarda dos dialisadores tipo capilar é feita em recipientes rígidos, individualizados, de fácil limpeza e desinfecção.	Sim [ ]	Não [ ]
I	98 - Os recipientes estão corretamente identificados com dados dos pacientes.	Sim [ ]	Não [ ]
N	99 - processo de limpeza e desinfecção encontra-se registrado em documento próprio e devidamente rubricado.	Sim [ ]	Não [ ]
N	100 - Existe registro da medida do volume interno das linhas (priming) de todos os dialisadores antes do primeiro uso.	Sim [ ]	Não [ ]
I	101 - Existe registro da medida do volume interno das linhas (priming) de todos os dialisadores após cada uso.	Sim [ ]	Não [ ]
I	102 - Os dialisadores tipo capilar biocompatíveis e as linhas arteriais e venozas são descartadas após o máximo de 12 usos. Obs.: Quando a unidade fizer uso da máquina de reprocessamento automático, o capilar poderá ser usado até 20 vezes.	Sim [ ]	Não [ ]
Não é permitido o reprocessamento de dialisadores para os pacientes HIV POSITIVO			
I	103 - Funcionários que atuam no reprocessamento de dialisadores de pacientes HIV Ag positivo (reuso da sala amarela) são exclusivos.	Sim [ ]	Não [ ]
<b>HEMODIALISE DE PACIENTES HCV POSITIVO SALA PARA HEMODIALISE - NÃO OBRIGATORIA SALA PARA REPROCESSAMENTO - OBRIGATORIO</b>			
INE INF	104 - O serviço conta com sala para pacientes HCV positivo. Número de máquinas:	Sim [ ]	Não [ ]
N	105 - O Posto de Enfermagem possui:	Sim [ ]	Não [ ]
N	a) Acesso fácil e boa visualização (de) sala(s) de tratamento.	[ ]	[ ]
N	b) Bancada com cuba de inox e com água corrente.	[ ]	[ ]
N	c) Lavatório para uso exclusivo da equipe de saúde.	[ ]	[ ]
N	d) Tomadas com dispositivo de fechamento sem acionamento manual sob o ardo-capulo fixado a folha de papel.	[ ]	[ ]

I	106 - Medidas de biosegurança adotadas:	Sim	Não
I	a) Todo pessoal médico e de enfermagem utiliza Equipamentos de Proteção Individual-EPI, conforme determinado pelas normas vigentes para os diferentes procedimentos.	[ ]	[ ]
I	b) Luva de procedimento.	[ ]	[ ]
I	c) Máscara.	[ ]	[ ]
I	d) Avental.	[ ]	[ ]
I	e) Óculos.	[ ]	[ ]
I	f) Todo pessoal de limpeza faz uso adequado de Equipamentos de Proteção Individual-EPI, conforme determinado pelas normas vigentes.	[ ]	[ ]
N	107 - A sala para hemodialise de pacientes com serologia positiva para o vírus da Hepatite C conta com:	Sim	Não
N	a) Área física adequada para uma boa distribuição de máquina /poltrona ou máquina/leito.	[ ]	[ ]
N	b) As poltronas encontram-se íntegras, funcionantes (travas de engasto funcionando) em condições de limpeza.	[ ]	[ ]
N	c) Espaço para uma boa circulação de funcionários e pacientes.	[ ]	[ ]
N	d) Boa iluminação, ventilação, conservação, higiene e limpeza.	[ ]	[ ]
N	e) Telas de proteção nas janelas.	[ ]	[ ]
N	f) Bancos com fecho hidrôico (silão) e dispositivo de fechamento (tampa escamoteável).	[ ]	[ ]
N	g) Localização em espaço que não se caracteriza como passagem para qualquer outro ambiente individualizado.	[ ]	[ ]
N	h) Concentrados químicos utilizados no procedimento dialítico estão armazenados adequadamente.	[ ]	[ ]
N	i) Manual de normas e rotinas assistenciais de fácil acesso/atualizado, datado, assinado.	[ ]	[ ]
	Obs.:	[ ]	[ ]

N	108 - Todos os equipamentos dispõem dos seguintes componentes: humidificadores de água, em condições plenas de funcionamento	Sim [ ]	Não [ ]
I	a) dispositivo que permita o funcionamento por bicarbonato de sódio ou acetato	[ ]	[ ]
I	b) controlador de temperatura	[ ]	[ ]
I	c) monitor de pressão da solução de diálise e monitor de pressão trans-membrana com dispositivo de suspensão automática do funcionamento da bomba de sangue e com alarmes sonoros e visuais	[ ]	[ ]
I	d) monitor contínuo de condutividade com dispositivo de suspensão automática da vazão da solução e com alarmes sonoros e visuais	[ ]	[ ]
I	e) detector de ruptura do dialisador com dispositivo de suspensão automática do funcionamento da bomba de sangue e com alarmes sonoros e visuais	[ ]	[ ]
I	f) detector de bolhas e proteção contra embolismo gasoso com dispositivo de suspensão automática do funcionamento da bomba de sangue com alarmes sonoros e visuais	[ ]	[ ]
I	g) proteção contra operação em modo de diálise quando estiver em modo de desinfecção	[ ]	[ ]
I	h) monitor de pressão de linha venosa e arterial	[ ]	[ ]
I	i) isolador de pressão metálicos individuais ou descartáveis	[ ]	[ ]
I	109 - Todos os equipamentos em uso estão limpos em plenas condições de funcionamento e com todos os alarmes operando	Sim [ ]	Não [ ]
I	110 - É realizado ao final de cada sessão de hemodiálise processo de limpeza e desinfecção do equipamento	Sim [ ]	Não [ ]
N	111 - É realizada semanalmente processo de limpeza e desinfecção do serviço	Sim [ ]	Não [ ]
N	112 - O processo de limpeza e desinfecção informado pelo técnico, encontra-se registrado em documento próprio devidamente rubricado	Sim [ ]	Não [ ]
<b>REPROCESSAMENTO DE DIALISADORES DE PACIENTES COM HEPATITE C</b>			
I	113 - A sala de reprocessamento de dialisadores de pacientes com sorologia positiva para o vírus da Hepatite C está contígua a sala de tratamento e de fácil acesso	Sim [ ]	Não [ ]

N	114 - A Sala de reprocessamento de dialisadores de pacientes com sorologia positiva para o vírus da Hepatite C possui:	Sim [ ]	Não [ ]
I	a) bancada com cuba profunda própria (individualizadas) para o reprocessamento de dialisadores (tipo capilar, com conexões em quantidade compatível)	[ ]	[ ]
I	b) provimento de água tratada adequada e em quantidade compatível	[ ]	[ ]
N	c) dimensões adequadas compatíveis com o número de poltronas	[ ]	[ ]
N	d) sistema de exaustão de ar	[ ]	[ ]
INF	e) ruído extenuado	[ ]	[ ]
I	f) local apropriado (armário ou similar) para guarda dos capilares utilizados pelos pacientes inscritos no programa	[ ]	[ ]
I	115 - Os dialisadores tipo capilar e as linhas arteriais e venosas encontram-se devidamente identificadas	Sim [ ]	Não [ ]
I	116 - A guarda dos dialisadores tipo capilar é feita em recipientes rígidos, individualizados, de fácil limpeza e desinfecção	Sim [ ]	Não [ ]
I	117 - Os recipientes estão corretamente identificados com dados dos pacientes	Sim [ ]	Não [ ]
I	118 - O processo de limpeza e desinfecção encontra-se registrado em documento próprio e devidamente rubricado	Sim [ ]	Não [ ]
N	119 - Existe registro da medida do volume interno das fibras (priming), de todos os dialisadores antes do primeiro uso	Sim [ ]	Não [ ]
I	120 - Existe registro da medida do volume interno das fibras (priming), de todos os dialisadores após cada uso	Sim [ ]	Não [ ]
I	121 - Os dialisadores tipo capilar biocompatível e as linhas arteriais e venosas são descartados após o máximo de 12 usos Obs.: Quando o serviço fizer uso de máquina de reprocessamento automático, o capilar poderá ser usado até 20 vezes.	Sim [ ]	Não [ ]

Não é permitido o reprocessamento do dialisador/linhas para os pacientes HIV POSITIVO

I	122 - Funcionários que atuam no reprocessamento de dialisadores de pacientes com Hepatite C são excluídos desta sala	Sim [ ]	Não [ ]
---	--	------------	------------

**DIÁLISE PERITONEAL INTERMITENTE**

INF	123 - O serviço de diálise possui sala para diálise peritoneal intermitente	Sim	Não
	124 - A sala de EPI possui:	Sim	Não
R	a) Localização contígua ao serviço de hemodiálise.	[ ]	[ ]
I	b) Bancada com pia e água corrente, sabão anti-séptico e papel toalha.	[ ]	[ ]
I	c) Dimensões compatíveis com a quantidade de equipamentos instalados e o número de pacientes.	[ ]	[ ]
I	d) Pila de despejo no próprio local ou anexo a este, para descarte dos resíduos líquidos.	[ ]	[ ]
N	e) Áreas adequadas quanto a dimensão, iluminação, ventilação, higiene e limpeza.	[ ]	[ ]
I	125 - Os medicamentos utilizados no procedimento estão sendo armazenados adequadamente.	Sim	Não
I	126 - Os equipamentos utilizados para aquecer a solução de DPI estão limpos e com termômetro funcionando.	Sim	Não
I	127 - Há equipamento mínimo para atendimento de emergência.	Sim	Não
I	128 - Fonte de energia de fácil acesso.	Sim	Não
I	129 - Funcionários que realizam o procedimento encontram-se capacitados e fazendo uso de Equipamentos de Proteção Individual - EPI, conforme determinado pelas normas vigentes.	Sim	Não
N	130 - Há manual de normas e rotinas de fácil acesso e o manual está atualizado, datado e assinado.	Sim	Não
N	131 - Há registro dos procedimentos realizados no paciente, devidamente identificados e datados.	Sim	Não
INF	132 - Caso não exista sala de diálise peritoneal intermitente no serviço, o procedimento é realizado em:	Sim	Não
INF	a) Unidade de Terapia Intensiva (UTI)	[ ]	[ ]
INF	b) Enfermaria hospitalar exclusiva.	[ ]	[ ]
INF	c) Outro	[ ]	[ ]
INF	133 - Espaço de EPI da unidade para realização de DPI fora do Serviço de Terapia Renal Substitutiva.	Sim	Não
INF	a) Médico nefrologista	[ ]	[ ]
INF	b) Enfermeiro	[ ]	[ ]
INF	c) Técnico / Auxiliar de enfermagem	[ ]	[ ]

**DIÁLISE PERITONEAL AMBULATORIAL CONTÍNUA**

INF	134 - O Serviço de diálise possui sala de treinamento de pacientes em Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (DPAC).	Sim	Não
	135 - A DPAC possui:	Sim	Não
I	a) SINA exclusiva	[ ]	[ ]
I	b) Pila de despejo no próprio local ou anexo a este, para descarte dos resíduos líquidos.	[ ]	[ ]
I	c) Bancada com pia e água corrente, sabão anti-séptico e papel toalha.	[ ]	[ ]
N	d) Área adequada quanto a dimensão, conforto, iluminação, ventilação, higiene e limpeza.	[ ]	[ ]
N	e) Manual de normas e rotinas de fácil acesso atualizado, datado e assinado.	[ ]	[ ]
I	136 - Durante todo o treinamento de DPAC o serviço possui:	Sim	Não
I	a) Médico Nefrologista (podendo ser o mesmo da sala de Hemodiálise) doada que não ultrapasse 35 pacientes.	[ ]	[ ]
I	b) Enfermeiro Responsável Técnico pelo programa (com o máximo de 50 pacientes do DPAC)	[ ]	[ ]
I	137 - Funcionários que realizam o procedimento encontram-se capacitados e fazendo uso de Equipamentos de Proteção Individual - EPI, conforme determinado pelas normas vigentes.	Sim	Não

**IX - SALA DE RECUPERAÇÃO DE PACIENTES**

INF	138 - A sala de recuperação de pacientes:	Sim	Não
INF	a) Está localizada dentro do Serviço de Diálise.	[ ]	[ ]
INF	b) Está localizada fora do Serviço de Diálise mas de fácil acesso.	[ ]	[ ]
N	139 - A Sala de pacientes possui:	Sim	Não
I	a) Instalações elétricas de acordo com a legislação vigente.	[ ]	[ ]
I	b) Cama para repouso e atendimento do paciente.	[ ]	[ ]
I	c) Pia, com água corrente, sabão anti-séptico e papel toalha.	[ ]	[ ]
N	d) Área adequada quanto a dimensão, conforto, iluminação, ventilação, higiene e limpeza.	[ ]	[ ]
I	140 - Para atendimento de emergência o serviço de diálise dispõe de:	Sim	Não
I	a) Material completo de intubação (câmbios, guias e faringoscópios com lâmpadas e pilhas)	[ ]	[ ]
I	b) Eletrocardiógrafo	[ ]	[ ]
I	c) Monitor cardíaco	[ ]	[ ]
I	d) Desfibrilador / cardioversor	[ ]	[ ]
I	e) Ambu	[ ]	[ ]
I	f) Aspirador portátil	[ ]	[ ]
I	g) Fonte de oxigênio	[ ]	[ ]
I	h) Vácuo / ar comprimido	[ ]	[ ]
I	i) Medicamentos, os quais encontram-se dentro do prazo de validade	[ ]	[ ]
I	j) Correlatos como por exemplo: calças, calças e outros utilizados e estes encontram-se dentro do prazo de validade de esterilização	[ ]	[ ]
I	k) Protocolo de atendimento e orientações são adaptados ao paciente pediátrico, caso exista atendimento pediátrico.	[ ]	[ ]

**X - CONTROLE GERAL**

1	141 - A unidade de diálise possui, no mínimo, 01 máquina de hemodiálise de reserva, a ser utilizada em certas condições de funcionamento	Sim [ ]	Não [ ]
1	142 - Antes do próximo uso e após os ensaios, é realizado teste de resíduo da solução antifúngica nos difusores, de acordo com o processo de desinfecção adotado	Sim [ ]	Não [ ]
1	143 - Os resultados do teste são registrados em livro próprio, assinado pelo profissional responsável pelo processo	Sim [ ]	Não [ ]
1	144 - O acondicionamento dos resíduos orgânicos é feito em recipientes providos de tampa adequada a evitar sua franco liberação (ASNT) identificada	Sim [ ]	Não [ ]
1	145 - Existe fluxo, transporte e local adequado para o acondicionamento dos resíduos até a coleta final	Sim [ ]	Não [ ]
1	146 - O material perfuro-cortante é acondicionado em recipiente rígido devidamente identificado e vedado, com padronização de acordo com as normas da CCBH	Sim [ ]	Não [ ]
INF	147 - O concentrado utilizado pelo serviço é a) industrializado b) manipulado	Sim [ ]	Não [ ]
1	148 - Na caso da manipulação do concentrado esta é realizada em farmácia hospitalar e sob orientação do farmacêutico	Sim [ ]	Não [ ]
1	149 - Os medicamentos e outros artigos restritos de suas embalagens originais são convenientemente identificados (data, validade, lote, Registro MS)	Sim [ ]	Não [ ]
1	150 - No armazenamento do concentrado, soluções, medicamentos e artigos médico-hospitalares são observadas as seguintes condições: a) Dispostos em local adequado, ao abrigo da luz e calor, e com boas condições de ventilação e higiene ambiental b) Controla rigoroso da prazo de validade: lote e registro no MS c) Existência de controle de temperatura, com termômetro de máxima e mínima, devidamente registrado	Sim [ ]	Não [ ]
1	151 - A amostra da solução dialítica para exame de determinação do número de unidades formadoras de colônias, é coletada na saída da máquina ao final da sessão	Sim [ ]	Não [ ]
N	152 - O serviço de diálise possui: a) convênio / contrato com serviço hemoterápico para fornecimento de sangue e ou hemocomponentes b) existe local adequado para o armazenamento de sangue e/ou hemocomponentes	Sim [ ]	Não [ ]

**XII - TRATAMENTO E CONTROLE DE QUALIDADE DA ÁGUA**

INF	153 - O abastecimento da água do serviço é feito por a) Sistema de abastecimento público de água b) Poços Artesianos c) Outros mananciais	Sim [ ]	Não [ ]
1	154 - A água de abastecimento é inspecionada diariamente, pelo técnico responsável pela operação do sistema de tratamento de água, em amostras de 500 ml, em suas características físicas e organolépticas, citadas a seguir: a) Cor aparente, sabor, odor, turbidez b) pH (6,5 a 8,5) c) Cloro residual livre (maior que 0,2 mg/l)	Sim [ ]	Não [ ]
1	155 - O reservatório de água potável do serviço de diálise: a) É exclusivo b) Possui controle bacteriológico mensal c) Conta com limpeza semestral, devidamente registrada d) É dividido, no mínimo, em dois compartimentos de modo a permitir as operações de limpeza e manutenção?	Sim [ ]	Não [ ]
1	156 - O serviço possui reservatório de água potável, suficiente para assegurar seu funcionamento por 48 h atendendo a necessidade mínima de 200 litros/paciente/dia	Sim [ ]	Não [ ]
1	157 - O reservatório de água está devidamente protegido	Sim [ ]	Não [ ]
1	158 - O reservatório de água tratada para diálise é constituído ou revestido internamente por material opaco, liso, resistente impermeável, inerte, e isento de amianto	Sim [ ]	Não [ ]
INF	159 - A tubulação da rede de água tratada para diálise é constituída de: a) PVC b) Outros	Sim [ ]	Não [ ]
1	160 - Existe sistema de tratamento de água para diálise? qual? a) osmose reversa b) deionização c) outra	Sim [ ]	Não [ ]
1	161 a) Conta com condutivímetro com flama quente e luminoso	Sim [ ]	Não [ ]
1	162 - O registro contém informações, datas e assinaturas, sobre: a) Regeneração das resinas e troca b) Retrolavagem/troca do filtro de carvão ativado c) Limpeza do filtro de areia d) Descontaminação do sistema e) Desinfecção mensal do reservatório e linha de distribuição de água tratada para Hemodiálise f) Existe registro de ocorrências das atividades de tratamento de água	Sim [ ]	Não [ ]

Nº	163 - A manutenção do sistema de tratamento da água do serviço a realizado por o Funcionário do serviço: _____ Nome do funcionário: _____ Qualificação: _____ foi feita este atizada, com a qual o serviço possui controle de manutenção (registrado)?	Sim	Não
	_____	[ ]	[ ]
1	164 - O serviço realizou e apresentou relatório das análises microbiológicas realizadas nos últimos seis meses	Sim	Não
	_____	[ ]	[ ]

**T05 - PADRÃO DE QUALIDADE MICROBIOLÓGICA DA ÁGUA TRATADA UTILIZADA NA PREPARAÇÃO DE SOLUÇÕES PARA OIML**

Componentes	Valor Máximo Permitido	S	N	X	Frequência de Análise	S	N	X
Coliformes totais	ausente em 100ml				Mensal			
Entococcos	5 U/ml (total)				Mensal			
Bactérias heterótrofas	200 UFC/ml				Mensal			

LEGENDA S = Sim N = Não X = não realizado

Obs.: Anotar uma das situações da legenda apresentada, tanto na coluna relativa aos valores máximos permitidos, como na coluna relativa a frequência das análises.

1	165 - O serviço realizou semestralmente análise química da água tratada para diálise	Sim	Não
	_____	[ ]	[ ]
1	167 - Dupla de relatórios das duas últimas análises químicas realizadas II Data: _____ Nome do laboratório: _____ Endereço: _____ Zi D. X.: _____ Nome do laboratório: _____ Endereço: _____	Sim	Não
		[ ]	[ ]
1	168 - Os resultados das análises químicas da água tratada estão compatíveis com o valor máximo permitido conforme tabela anexa	Sim	Não
		[ ]	[ ]

**PADRÃO DE QUALIDADE DA ÁGUA TRATADA UTILIZADA NA DIÁLISE**

Componentes	Valor Máximo Permitido	S	N	X	Frequência de Análise	S	N	X
Nitrato (N)	2mg/l				Semestral			
Alumínio	0,01 mg/l				Semestral			
Cloraminas	0,1 mg/l				Semestral			
Cloro	0,5 mg/l				Semestral			
Cobre	0,1 mg/l				Semestral			
Fluoreto	0,2 mg/l				Semestral			
Sódio	70 mg/l				Semestral			
Cálcio	2 mg/l				Semestral			
Magnésio	4 mg/l				Semestral			
Potássio	8 mg/l				Semestral			
Bário	0,1 mg/l				Semestral			
Zinco	0,1 mg/l				semestral			
Sulfato	100 mg/l				semestral			
Arsênio	0,005 mg/l				semestral			
Chumbo	0,005 mg/l				semestral			
Prata	0,005 mg/l				semestral			
Cádmio	0,001 mg/l				semestral			
Cromo	0,014 mg/l				semestral			
Selênio	0,00 mg/l				semestral			
Mercúrio	0,0002 mg/l				semestral			

LEGENDA S = Sim N = Não X = não realizado

Obs.: Anotar uma das situações da legenda apresentada, tanto na coluna relativa aos valores máximos permitidos, como na coluna relativa a frequência das análises.

TÉCNICOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

NOME

ASSINATURA

LOCAL ..... DATA .....

LEGENDA:

[I] Imprescindível [N] Necessário [R] Recomendável [I&F] Informativo