

FORMULÁRIO PARA VISTORIA DO GESTOR - NORMAS DE CLASSIFICAÇÃO E HABILITAÇÃO DE CENTRO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA TIPO I AOS PACIENTES COM AVC

(deve ser preenchido e assinado pelo Gestor)

(esse formulário não deve ser modificado e/ou substituído)

NOME DA INSTITUIÇÃO: _____

CNES: _____

TIPO DE PRESTADOR (NATUREZA):

Federal Estadual Municipal Filantrópico Privado

ENDEREÇO: _____

MUNICÍPIO: _____ ESTADO: _____ CEP: _____

TELEFONE(S): _____ FAX: _____

E-MAIL(S): _____

DIRETOR(A) TÉCNICO(A): _____

Tipos de Assistência:

Ambulatorial Internação Urgência/Emergência de porta aberta

1. Registro das Informações do Paciente:

a) possui um prontuário único para cada paciente que inclua todos os tipos de atendimento a ele referente (ambulatorial, internação, pronto-atendimento, emergência), contendo as informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas devidamente escritas, de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento.

Sim Não

2. O Centro de Atendimento de Urgência Tipo I aos Pacientes com AVC dispõe dos seguintes critérios:

a) realiza atendimento de urgência vinte e quatro horas por dia, todos os dias da semana, inclusive finais de semana:

Sim Não

b) realiza exame de tomografia computadorizada de crânio nas vinte e quatro horas do dia:

Sim Não

c) dispõe de equipe treinada em urgência para atendimento aos pacientes com AVC, composta por médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem e coordenada por neurologista com título de especialista em neurologia reconhecido pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) ou Conselho Regional de Medicina (CRM) ou residência médica em Neurologia reconhecida pelo Ministério da Educação (MEC):

Sim Não

d) disponibiliza protocolos clínicos e assistenciais escritos: Sim Não

e) fornece cobertura de atendimento neurológico, disponível em até trinta minutos da admissão do paciente (plantão presencial ou sobreaviso à distância ou suporte neurológico especializado por meio da telemedicina/telessaúde);

Sim Não

f) possui leitos monitorados para o atendimento ao AVC agudo, com médico vinte e quatro horas por dia e equipe treinada para o atendimento, podendo ser no serviço de urgência ou Unidade de Terapia Intensiva (UTI):

Sim Não

g) possui UTI: Sim Não

h) realiza serviço de laboratório clínico em tempo integral: Sim Não

i) dispõe de equipe neurocirúrgica própria vinte e quatro horas (presencial ou disponível em até duas horas) ou referenciada (disponível em até duas horas):

Sim Não

j) realiza tratamento hemoterápico para possíveis complicações hemorrágicas: Sim Não

3. Possui Alvará de Funcionamento: Sim Não

Data de Emissão: ____/____/____

4. O Centro de Atendimento de Urgência Tipo I aos Pacientes com AVC participa da Linha de Cuidados em AVC constante do Plano de Ação Regional da RUE, por indicação do grupo condutor da RUE, realizando ações que permitam sua plena integração com os outros pontos de atenção, nos termos do documento base da referida linha de cuidados, de modo a garantir o cuidado integral e de qualidade aos pacientes com acidente vascular cerebral:

Sim Não

5. Adoção de protocolos clínicos, assistenciais e de procedimentos administrativos de acordo com a Linha de Cuidados em AVC:

Sim Não

INTERESSE DO GESTOR ESTADUAL NO CREDENCIAMENTO:

De acordo com vistoria realizada in loco, a Instituição cumpre com os requisitos da Portaria nº 665/GM/MS, de 12 de abril, de 2012, e da Portaria nº 800/GM/MS de 17 de junho de 2015, para o(s) credenciamento(s) solicitado(s).

Sim Não

DATA: _____ / _____ / _____

CARIMBO E ASSINATURA DO GESTOR (OU ASSINATURA DIGITAL):

Gestor Municipal Estadual Distrito Federal

Gestor Municipal Estadual Distrito Federal