

FORMULÁRIO PARA VISTORIA DO GESTOR - NORMAS DE CLASSIFICAÇÃO E HABILITAÇÃO DE CENTRO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA TIPO II 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 II 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) disponibiliza protocolos clínicos e assistenciais escritos: Sim Não

d) possui UTI: Sim Não

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

f) 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

g) disponibilidade de trombolítico conforme PCDT específico: Sim Não

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

i) unidade de Cuidado Integral ao AVC: Sim Não

j) garantir que o tratamento de fase aguda seja coordenado por neurologista;

Sim Não

l) oferta os seguintes procedimentos:

I - Eletrocardiograma (ECG): Sim Não

II - Serviço de laboratório clínico em tempo integral: Sim Não

III - Serviço de radiologia: Sim Não

m) garantia do acesso, por intermédio de termo de compromisso, nos termos do anexo IV a esta Portaria, aos seguintes procedimentos:

I - Ultrassonografia doppler colorido de vasos (exame de doppler de artérias cervicais):

Sim Não

II - Ecocardiografia (ecocardiograma) transtorácico e transesofágico: Sim Não

III – Angiografia: Sim Não

IV - Ressonância magnética: Sim Não

V – Angioressonância: Sim Não

VI - Ecodoppler transcraniano: Sim Não

VII - Neuroradiologia intervencionista: Sim Não

3. A Unidade de Cuidado Agudo ao AVC, dos Centros de Atendimento de Urgência Tipo II aos Pacientes com AVC, dispõe dos seguintes critérios:

a) Mínimo de 5 (cinco) leitos: Sim Não

Número de leitos: _____

3.1. Recursos Humanos

a) a unidade conta com um responsável técnico neurologista, com título de especialista em neurologia reconhecido pelo CFM ou CRM ou residência médica em Neurologia reconhecida pelo MEC:

Sim Não

Médico: _____

Especialidade: _____ CFM/CRM: _____

b) a unidade conta com um médico vinte e quatro horas por dia: Sim Não

c) a unidade conta com um enfermeiro vinte e quatro horas por dia: Sim Não

d) a unidade conta com um técnico de enfermagem exclusivo para cada quatro leitos, vinte e quatro horas por dia:

Sim Não

e) a unidade conta com suporte diário de fisioterapeuta: Sim Não

f) a unidade conta com suporte diário de fonoaudiólogo: Sim Não

g) a unidade conta com suporte de neurologista, vinte e quatro horas por dia, sete dias por semana, inclusive feriados:

Sim Não

3.2 Recursos Materiais

a) camas Hospitalares com grades laterais, correspondente ao número de leitos habilitados;

Sim Não

b) 1 estetoscópio/leito: Sim Não

c) pelo menos dois equipamentos para infusão contínua e controlada de fluidos ("bomba de infusão") para cada leito, com reserva operacional de um equipamento para cada três leitos;

Sim Não

d) pontos de oxigênio e ar comprimido medicinal com válvulas reguladoras de pressão e pontos de vácuo para cada leito:

Sim Não

e) materiais para aspiração: Sim Não

f) kit, por unidade, para atendimento às emergências contendo medicamentos e os seguintes materiais: equipamentos para ressuscitação respiratória manual do tipo balão autoinflável, com reservatório e máscara facial (ambu); cabos e lâminas de laringoscópio; tubos/cânulas endotraqueais; tubos/cânulas endotraqueais; fixadores de tubo endotraqueal; cânulas de Guedel e fio guia estéril:

Sim Não

g) um equipamento desfibrilador/cardioversor por unidade: Sim Não

h) um eletrocardiógrafo portátil por unidade: Sim Não

i) um equipamento para aferição de glicemia capilar, específico para uso hospitalar por unidade;

Sim Não

j) uma maca para transporte, com grades laterais, suporte para soluções parenterais e suporte para cilindro de oxigênio para cada 5 (cinco) leitos:

Sim Não

k) cilindro transportável de oxigênio: Sim Não

l) uma máscara facial com diferentes concentrações de oxigênio para cada três leitos:

Sim Não

m) um monitor de beira de leito para monitorização contínua de frequência cardíaca, cardioscopia, oximetria de pulso e pressão não invasiva, frequência respiratória e temperatura, para cada leito:

Sim Não

4. Possui Alvará de Funcionamento: Sim Não

Data de Emissão: ____/____/____

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