

# FORMULÁRIO PARA VISTORIA DO GESTOR NORMAS DE CLASSIFICAÇÃO E HABILITAÇÃO DE CENTRO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA TIPO III 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 III 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) ambulatório especializado próprio ou referenciado:  Sim  Não

k) garantir que o tratamento de fase aguda seja coordenado por neurologista:  Sim  Não

l) 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

m) 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

n) 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 Integral ao AVC, dos Centros de Atendimento de Urgência Tipo III aos Pacientes com AVC, dispõe dos seguintes critérios:

a) Mínimo de 10 (dez) leitos:  Sim  Não

Número de leitos: 10 (dez)

3.1 Recursos humanos:

a) 1 (um) responsável técnico neurologista com título de especialista em Neurologia, reconhecido pelo CFM ou CRM, ou residência médica em Neurologia, reconhecida pelo MEC;

Médico(a): \_\_\_\_\_

Especialidade: \_\_\_\_\_ CFM/CRM: \_\_\_\_\_

b) um médico, vinte e quatro horas por dia;

c) suporte de neurologista, vinte e quatro horas por dia, sete dias por semana, inclusive feriados;

d) um enfermeiro exclusivo na unidade;

e) um técnico de enfermagem para cada quatro leitos;

f) um fisioterapeuta para cada dez leitos, seis horas por dia;

g) um fonoaudiólogo para cada dez leitos, seis horas por dia;

h) um terapeuta ocupacional para cada dez leitos, seis horas por dia;

i) um assistente social, seis horas por dia, de segunda a sexta-feira;

j) suporte de psicólogo, nutricionista e farmacêutico na instituição;

3.2 Recursos Materiais:

a) camas hospitalares com grades laterais, correspondente ao número de leitos habilitados:

Sim  Não

b) um estetoscópio por leito:  Sim  Não

c) 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) cinquenta por cento dos leitos com capacidade para monitoração contínua de frequência respiratória, oximetria de pulso, frequência cardíaca, eletrocardiografia, temperatura, pressão arterial não invasiva:

Sim  Não

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

Sim  Não

f) uma máscara facial que permite diferentes concentrações de oxigênio para cada cinco leitos:

Sim  Não

g) materiais para aspiração:  Sim  Não

h) um eletrocardiógrafo portátil por unidade:  Sim  Não

i) kit, por unidade, para atendimento às emergências contendo medicamentos e os seguintes materiais:

i. equipamentos para ressuscitação respiratória manual do tipo balão autoinflável, com reservatório e máscara facial (ambu);

Sim  Não

ii. cabos e lâminas de laringoscópio:  Sim  Não

iii. tubos/cânulas endotraqueais:  Sim  Não

iv. fixadores de tubo endotraqueal:  Sim  Não

v. cânulas de Guedel:  Sim  Não

vi. fio guia estéril:  Sim  Não

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

l) um equipamento para aferição de glicemia capilar, específico por unidade:  Sim  Não

m) uma maca para transporte, com grades laterais, suporte para soluções parenterais e suporte para cilindro de oxigênio para cada dez leitos:

Sim  Não

n) cilindro transportável de oxigênio:  Sim  Não

3.3 A Unidade de Cuidado Integral ao AVC monitora e registra os indicadores de segurança e qualidade (assistenciais e de processo):

a) profilaxia para trombose venosa profunda iniciada até o segundo dia:  Sim  Não

b) alta hospitalar em uso de antiagregante plaquetário em pacientes com AVC não cardioembólico, salvo situações específicas que dependam da análise do quadro clínico do paciente:

Sim  Não

c) alta hospitalar em uso de anticoagulação oral para pacientes com Fibrilação Atrial (FA) ou "Flutter", salvo contraindicações:

Sim  Não

d) uso de antiagregantes plaquetários, quando indicado, iniciado até o segundo dia de internação:

Sim  Não

e) alta hospitalar em uso de estatina para pacientes com AVC aterotrombótico, salvo contraindicações:

Sim  Não

f) alta hospitalar com plano de terapia profilática e de reabilitação:  Sim  Não

g) porcentagem de pacientes com doença cerebrovascular aguda atendidos na Unidade de AVC:

Sim  Não

h) o tempo de permanência hospitalar do paciente acometido por AVC visando redução do mesmo:

Sim  Não

i) as seguintes complicações: trombose venosa profunda, úlcera de pressão, pneumonia, infecção do trato urinário;

Sim  Não

j) CID-10 específico do tipo de AVC à alta hospitalar:  Sim  Não

l) mortalidade hospitalar por AVC, visando redução da mesma:  Sim  Não

m) tempo porta-tomografia < 25 minutos:  Sim  Não

n) tempo porta-agulha < 60 minutos:  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