ANEXO

ANVISA	AGÊNCIA 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 da 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.....	[ ]	[ ]

III – DADOS DO ESTABELECIMENTO			
INF	24 - Tipos de procedimentos oferecidos pelo serviço	Sim	Não
	a) Hemodiálise	[ ]	[ ]
	b) Diálise Peritonial Intermitente (DPI)	[ ]	[ ]
	c) Diálise Peritonial Ambulatorial Contínua (DPAC).....	[ ]	[ ]
	d) Diálise Peritonial Automatizada (APD)	[ ]	[ ]
	e) Programa de diálise pediátrica.....	[ ]	[ ]
	f) Acesso p/ hemodiálise: criação ou intervenção sobre fístula arterio-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 turnos _____		
INF	27 – Pacientes em hemodiálise:		
INF	Total de pacientes: _____		
INF	a) Número de pacientes Hbs-Ag positivo: _____		
INF	b) Número de pacientes HCV positivo: _____		
INF	c) Número de Pacientes HIV positivo: _____		
	28 - Equipamentos Total de máquinas _____		
	Total de máquinas com sistema de proporção_____		
	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 de natureza física/jurídica.....	[ ]	[ ]
INF	30 - CLASSIFICAÇÃO DO SERVIÇO:	Sim	Não
	a) Serviço de Diálise Hospitalar.....	[ ]	[ ]
	b) Serviço de Diálise Autônomo Intrahospitalar.....	[ ]	[ ]
	c) Serviço de Diálise Satélite.....	[ ]	[ ]

LEGENDA:
[I] Imprescindível [N] Necessário [R] Recomendável [INF] Informativo

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..... ..... a) Nome do Hospital _____ N.º da Licença de funcionamento _____Validade_____ Endereço_____ CEP_____ Telefone_____ Nº de leitos _____ Nº de leitos de UTI_____ Diretor Clínico: _____ CRM_____ Contrato _____Validade_____	Sim [ ]	Não [ ]
N	33 – O Serviço Autônomo conta com serviço adequado de remoção de pacientes Próprio..... ..... Terceirizado .... Se terceirizado, Contrato/ano _____ Empresa_____ Licença de funcionamento / ano _____	Sim [ ] [ ] [ ]	Não [ ] [ ] [ ]
N N INF INF INF	34 – Comissões que participam e / ou dispõe: a) O serviço autônomo possui CCIH, constituída e atuante, de acordo com Portaria Nº 2616, de 12 de maio de 1998..... Própria ..... Consorciada/Vinculada com participação de profissional(ais) do Serviço de Diálise b) O Serviço Intrahospitalar é assistida por CCIH do hospital..... c) Comissão Interna de Prevenção de Acidentes..... d) Comissão de Ética Médica..... e) Comissão de Revisão de Prontuários Médicos.....	Sim [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	Não [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

LEGENDA:
[I] Imprescindível [N] Necessário [R] Recomendável [INF] Informativo

	35 - DEMAIS SERVIÇOS OFERECIDOS	Sim	Não

LEGENDA:
[I] Imprescindível [N] Necessário [R] Recomendável [INF] Informativo

IV – CLIENTELA DO SERVIÇO		
INF	36 – DADOS COLETADOS 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 3° 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 tornaram-se HBs-Ag positivo..... ..... - Que tornaram-se HCV positivo..... ..... - Que tornaram-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 (tipados para HLA)..... .... - Em Hemodiálise (HD)..... .... - Em Diálise Peritoneal Intermitente (DPI)..... .... - Em Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (DPAC)..... .... - Em uso de eritropoetina..... .... - Em uso de calcitrol..... .... - Abandono..... .... Número de: - Episódios de peritonite..... .... - Episódios de pirogenia..... .... - 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_____	

LEGENDA:
[I] Imprescindível [N] Necessário [R] Recomendável [INF] Informativo

N	38 – Os pacientes indicados para transplantes estão inscritos na lista da Central de Notificação, Captação e Doação de Orgãos.....	Sim [ ]	Não [ ]
I	39 - Todos pacientes susceptíveis receberam vacinação contra Hepatite B Em caso negativo. Justifique.	Sim [ ]	Não [ ]
N	40 - Foi realizado teste de imunidade a fim de verificar eficácia da Vacinação.	Sim [ ]	Não [ ]
	V – RECURSOS HUMANOS		
	41 - PESSOAL DO SERVIÇO	Sim	Não
N	a) Um médico nefrologista para cada grupo de 35 pacientes (mínimo de dois médicos por unidade), com registro no CRM, presente durante todo o período de funcionamento do serviço.....	[ ]	[ ]
N	b) Um enfermeiro para cada 35 pacientes, com registro no COREN, presente durante todo o período de funcionamento do serviço....	[ ]	[ ]
N	c) Um técnico ou auxiliar de enfermagem para cada 4 pacientes por turno de hemodiálise, com registro no COREN.....	[ ]	[ ]
N	d) Um Técnico ou Auxiliar de Enfermagem para cada 2 (dois) pacientes por turno de DPI, com registro no COREN.....	[ ]	[ ]
R	e) Psicólogo, com registro no CRP.....	[ ]	[ ]
R	f) Assistente Social, com registro no CRAS.....	[ ]	[ ]
R	g) Nutricionista, com registro no CRN.....	[ ]	[ ]
N	h) Um funcionário em todos os turnos, exclusivo para os serviços de limpeza.....	[ ]	[ ]
N	i) Nefrologista pediátrico.....	[ ]	[ ]
	j) Outros_____		
	Obs: 1 - Os serviços de diálise que não possuem todas as máquinas de hemodiálise em conformidade com o disposto no item 7.1 deverão manter Recursos Humanos de acordo com os itens 12.5 e 12.6 das Disposições Transitórias da Portaria 82/00-MS. **2 – Verificar escalas de serviço**		

INF	42 – Total de Médicos: a) nefrologistas _____ b) clínica médica _____ c) vascular_____ d) urologista_____ e) intensivista _____		
N	43 - Existem Programas de Treinamento/Atualização para todos os profissionais da unidade.	Sim [ ]	Não [ ]
	44 - Existem manuais de normas e rotinas escritas, atualizadas, datadas e assinadas, 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 eletromédicos.....	[ ]	[ ]
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 um mínimo de 10% dos prontuários

	48 - Os prontuários médicos possuem:	Sim	Não
N	a) Identificação dos pacientes.....	[ ]	[ ]
N	b) História clínica, exame físico e motivo do ingresso 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) Solicitação de 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) Internações durante o tratamento.....	[ ]	[ ]
N	l) Motivo das Internações.....	[ ]	[ ]
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	[ ]	[ ]

	49 - Dispõe de registro dos exames complementares realizados no primeiro mês de tratamento dialítico em prontuário médico ou outro arquivo:	Sim	Não
N	a) Hemograma.....	[ ]	[ ]
N	b) Glicose.....	[ ]	[ ]
I	c) Uréia Pré.....	[ ]	[ ]
I	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) Ultra-sonografia Abdominal com estudo dos Rins e Bexiga..... ...	[ ]	[ ]
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 de transferrina..... ...	[ ]	[ ]
N	s) Parato-hormônio.....	[ ]	[ ]
N	t) Dosagem de Alumínio Sérico.....	[ ]	[ ]

OBS.: RESULTADO POSITIVO NOS TESTES SOROLÓGICOS PARA DETECÇÃO DE HIV E HEPATITE EXCLUI A NECESSIDADE DA MANUTENÇÃO DA PERIODICIDADE PARA OS TESTES POSITIVADOS.

LEGENDA:
[I] Imprescindível [N] Necessário [R] Recomendável [INF] Informativo

	50 - Dispõe de registro dos exames periódicos mensais para acompanhamento da evolução clínica dos pacientes em prontuário médico ou outro arquivo	Sim	Não
N	a) Medição de Hematócrito.....		
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 Glutâmica Pirúvica	[ ]	[ ]
N	k) Anti HCV – Dosagem de anticorpos de hepatite C	[ ]	[ ]
N	l) HbsAg - Dosagem de antígeno superficial de hepatite B.....	[ ]	[ ]
		[ ]	[ ]
	51 - Dispõe de registro dos exames periódicos trimestrais para acompanhamento da evolução clínica dos pacientes em prontuário médico ou outro arquivo	Sim	Não
	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 de saturação da transferrina.....	[ ]	[ ]
N	f) Dosagem de ferritina.....	[ ]	[ ]
N	g) Hemograma	[ ]	[ ]
N		[ ]	[ ]
	52 - Dispõe de registro dos exames periódicos semestrais para acompanhamento da evolução clínica dos pacientes em prontuário médico ou outro arquivo	Sim	Não
	a) Parato-hormônio.....		
N		[ ]	[ ]
	53 - Dispõe de registro dos exames periódicos anuais para acompanhamento da evolução clínica dos pacientes em prontuário médico ou outro arquivo	Sim	Não
	a) Dosagem de Alumínio Sérico.....		
N	b) Anti-HIV, dosagem de anticorpos de HIV.....	[ ]	[ ]
N		[ ]	[ ]
	54 – O serviço de diálise possui:	Sim	Não
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		
	55 – O serviço possui:	Sim	Não
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.	Sim [ ]	Não [ ]

LEGENDA:
[I] Imprescindível [N] Necessário [R] Recomendável [INF] Informativo

	57 – As instalações elétricas da unidade:	Sim	Não
I	a) Obedecem 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 planilha com identificação dos equipamentos patrimoniados com cronograma das manutenções preventivas e anotações 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/ou outros.....	[ ]	[ ]
N	d) Permite o fluxo do paciente da Unidade Dialítica 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 utilidades com tanque de despejo	[ ]	[ ]
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, restrita 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.....	[ ]	[ ]

LEGENDA:
[I] Imprescindível [N] Necessário [R] Recomendável [INF] Informativo

	61 – O serviço de diálise possui:	Sim	Não
I	a) Área de pesagem dos pacientes com balança antropométrica	[ ]	[ ]
I	b) Lavatório de uso exclusivo dos pacientes, para lavagem de fístula.....	[ ]	[ ]
I	c) Consultório médico exclusivo.....	[ ]	[ ]
I	d) Sala para recuperação de pacientes e atendimento de emergência.....	[ ]	[ ]
I	e) Sala de hemodiálise para pacientes HBs Ag 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 peritonial intermitente (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		
		Sim	Não
N	63 – Todos os pacientes realizam três sessões semanais de diálise	[ ]	[ ]
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 toda vez que acontece a troca.....	[ ]	[ ]
N	b) O paciente faz a verificação da sua identificação no dialisador/ linhas, antes do início de cada sessão de hemodiálise.	[ ]	[ ]
	SALA DE HEMODIÁLISE DE PACIENTES Hbs – Ag NEGATIVO		
		Sim	Não
I	64 - O serviço conta com sala para pacientes HbsAg negativo	[ ]	[ ]
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 (travas de encosto funcionando) em condições de limpeza.....	[ ]	[ ]
N	c) Espaço para uma boa circulação de funcionários e pacientes.	[ ]	[ ]
	d) Boa iluminação, ventilação, conservação, higiene e limpeza.....	[ ]	[ ]
N	e) Telas de proteção nas janelas.....	[ ]	[ ]
N	f) Ralos com fecho hídrico (sifão) e dispositivo de fechamento (tampa escamoteável)	[ ]	[ ]
N	g) Localização em espaço que não se caracterize como passagem para 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. _____		

LEGENDA:
[I] Imprescindível [N] Necessário [R] Recomendável [INF] Informativo

	66 - O Posto de Enfermagem possui:	Sim	Não
N	a) Acesso fácil e boa visualização da(s) 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) Torneiras com dispositivo de fechamento sem acionamento manual sabão anti-séptico líquido e toalha de papel.....	[ ]	[ ]
	67 - Medidas de biossegurança 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.....	[ ]	[ ]
I	68 - Durante o procedimento dialítico os funcionários que atendem esta sala são exclusivos dela.....	Sim [ ]	Não [ ]
		Sim	Não
N	69 - Todas as máquinas dispõem dos seguintes componentes, minimizadores de risco, em condições plenas de funcionamento:		
I	a) dispositivo que permita o tamponamento por bicarbonato de sódio ou acetato.	[ ]	[ ]
I	b) controlador de temperatura	[ ]	[ ]
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.....	[ ]	[ ]
I	d) monitor contínuo de condutividade com dispositivo de suspensão automática da vazão da solução e com alarmes sonoros e visuais.	[ ]	[ ]
I	e) detetor de ruptura do dialisador com dispositivo de suspensão automática do funcionamento da bomba de sangue e com alarmes sonoros e visuais.....	[ ]	[ ]
I	f) detetor 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	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 da unidade	Sim [ ]	Não [ ]
N	73 - O processo de limpeza e desinfecção informado pelo técnico, está registrado em documento próprio e devidamente rubricado.	Sim [ ]	Não [ ]

LEGENDA:
[I] Imprescindível [N] Necessário [R] Recomendável [INF] Informativo

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 [ ]
	75 - A sala de reprocessamento de dialisadores de pacientes Hbs – Ag negativo (branca) possui:	Sim	Não
N	a) bancada com cuba profunda próprias (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 poltronas.....	[ ]	[ ]
N	d) sistema de exaustão de ar	[ ]	[ ]
INF	e) reuso automatizado.....	[ ]	[ ]
I	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 identificadas.....	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 descartados após o máximo de12 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 do dialisador/linhas para os pacientes HIV POSITIVO			
I	83 - Funcionários que atuam no reprocessamento de dialisadores de pacientes Hbs Ag negativo são exclusivos	Sim [ ]	Não [ ]

SALA PARA HEMODIÁLISE DE PACIENTES HBs Ag POSITIVO			
INF INF	84 – A unidade conta com sala para pacientes HbsAg positivo.... .... Número de máquinas_____	Sim [ ]	Não [ ]
N N N N N	85 – O Posto de Enfermagem possui: a) Acesso fácil e boa visualização da(s) sala(s) de tratamento..... .... b) Bancada com cuba de inox e com água corrente..... .... c) Lavatório para uso exclusivo da equipe de saúde..... .... d) Torneiras com dispositivo de fechamento sem acionamento manual, sabão anti-séptico líquido e toalha de papel.....	Sim [ ] [ ] [ ] [ ]	Não [ ] [ ] [ ] [ ]
I	86 – Durante o procedimento dialítico os funcionários que atendem esta sala são exclusivos dela.....	Sim [ ]	Não [ ]
I I I I I I	87 – Medidas de biossegurança adotadas: a) Todo **pessoal** médico e de enfermagem utiliza Equipamentos de Proteção Individual-EPI, conforme determinado pelas normas vigentes para os diferentes procedimentos..... .... b) Luva de procedimento..... .... c) Máscara .... d) Avental..... .... e) Óculos..... .... f) Todo pessoal de limpeza faz uso adequado de Equipamentos de Proteção Individual-EPI, conforme determinado pelas normas vigentes.	Sim [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	Não [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
N N N N N N N N N	88 – A sala para hemodiálise de pacientes Hbs – Ag positivo (amarela) conta com: a) Área física adequada para uma boa distribuição de máquina /poltrona ou máquina/leito..... .... b) As poltronas encontram-se íntegras, funcionantes (travas de encosto funcionando) em condições de limpeza..... .... c) Espaço para uma boa circulação de funcionários e pacientes.... .... d) Boa iluminação, ventilação, conservação, higiene e limpeza..... .... e) Telas de proteção nas janelas..... ... . f) Ralos com fecho hídrico (sifão) e dispositivo de fechamento (tampa escamoteável) .... g) Localização em espaço que não se caracteriza como passagem para qualquer outro ambiente individualizado..... .... h) Concentrados químicos utilizados no procedimento dialítico estão armazenados adequadamente..... .... i) Manual de normas e rotinas assistenciais de fácil acesso atualizado, datado, assinado..... .... Obs. _____	Sim [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	Não [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

LEGENDA:
[I] Imprescindível [N] Necessário [R] Recomendável [INF] Informativo

N I I I I I I I I	89 – Todas as máquinas dispõem dos seguintes componentes, minimizadores de risco, em condições plenas de funcionamento: a) dispositivo que permita o tamponamento por bicarbonato de sódio ou acetato b) controlador de temperatura .... 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 .... d) monitor contínuo de condutividade com dispositivo de suspensão automática da vazão da solução e com alarmes sonoros e visuais. ..... e) detetor de ruptura do dialisador com dispositivo de suspensão automática do funcionamento da bomba de sangue e com alarmes sonoros e visuais..... f) detetor de bolhas e proteção contra embolismo gasoso com dispositivo de suspensão automática do funcionamento da bomba de sangue com alarmes sonoros e visuais..... .... g) proteção contra operação em modo de diálise quando estiver em modo de desinfecção..... .... h) monitor de pressão de linha venosa e arterial..... .... i) isolador de pressão metálicos individuais ou descartáveis...	Sim [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	Não [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
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 I N N INF I	95 – A Sala de reprocessamento de dialisadores de pacientes Hbs – Ag positivo possui: a) bancada com cuba profunda próprias (individualizadas) para o reprocessamento de dialisadores tipo capilar, com torneiras em quantidade compatível. b) Provimento de água tratada adequado e em quantidade compatível..... c) Dimensões adequadas compatíveis com o número de poltronas..... d) Sistema de exaustão de ar ..... e) Reuso automatizado..... .... f) Local apropriado (armário ou similar) para guarda dos capilares utilizados pelos pacientes inscritos no programa	Sim [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	Não [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

LEGENDA:
[I] Imprescindível [N] Necessário [R] Recomendável [INF] Informativo

I	96 – Os dialisadores tipo capilar e as linhas arteriais e venosas encontram-se devidamente identificadas.....	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 fibras (priming), de todos os dialisadores **antes do primeiro uso**	Sim [ ]	Não [ ]
I	101 – Existe registro da medida do volume interno das fibras (priming), de todos os dialisadores **após cada uso**.....	Sim [ ]	Não [ ]
I	102 - Os dialisadores tipo capilar biocompatível e as linhas arteriais e venosas são descartados após o máximo de12 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 do dialisador/linhas para os pacientes HIV POSITIVO		
I	103 - Funcionários que atuam no reprocessamento de dialisadores de pacientes Hbs Ag positivo (reuso da sala amarela) são exclusivos	Sim [ ]	Não [ ]
	HEMODIÁLISE DE PACIENTES HCV POSITIVO SALA PARA HEMODIÁLISE – NÃO OBRIGATÓRIA SALA PARA REPROCESSAMENTO – OBRIGATÓRIO		
INF INF	104 – O serviço conta com sala para pacientes HCV positivo..... ..... Número de máquinas _____	Sim [ ]	Não [ ]
	105 – O Posto de Enfermagem possui:	Sim	Não
N	a) Acesso fácil e boa visualização da(s) 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) Torneiras com dispositivo de fechamento sem acionamento manual sabão anti-séptico líquido e toalha de papel.....	[ ]	[ ]

	106 – Medidas de biossegurança 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	[ ]	[ ]
	107 – A sala para hemodiálise de pacientes com sorologia 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 encosto 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) Ralos com fecho hídrico (sifão) 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 acessoatualizado, datado, assinado.....	[ ]	[ ]
	Obs. _____		

N	108 - Todas as máquinas dispõem dos seguintes componentes, minimizadores de risco, em condições plenas de funcionamento:	Sim	Não
I	a) dispositivo que permita o tamponamento por Bicarbonato de sódio ou acetato	[ ]	[ ]
I	b) controlador de temperatura	[ ]	[ ]
I	c) monitor de pressão da solução de diálise ou 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) detetor de ruptura do dialisador com dispositivo de suspensão automática do funcionamento da bomba de sangue e com alarmes sonoros e visuais	[ ]	[ ]
I	f) detetor 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 realizado 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 [ ]
REPROCESSAMENTO DE DIALISADORES DE PACIENTES COM HEPATITE C			
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 [ ]

	114 - A Sala de reprocessamento de dialisadores de pacientes com sorologia positiva para o vírus da Hepatite C possui:	Sim	Não
N	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 poltronas	[ ]	[ ]
N	d) sistema de exaustão de ar	[ ]	[ ]
INF	e) reuso automatizado.....	[ ]	[ ]
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 de12 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 exclusivos desta sala.....	Sim [ ]	Não [ ]

DIÁLISE PERITONIAL INTERMITENTE			
INF	123 – O serviço de diálise possui sala para diálise peritoneal intermitente.....	Sim [ ]	Não [ ]
	124 - A sala de DPI 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/dia	[ ] [ ]	[ ] [ ]
I	d) Pia 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 oxigênio de fácil acesso	Sim [ ]	Não [ ]
I	129 - Funcionários que realizam o procedimento encontram-se paramentados 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 [ ]
	132 - Caso não exista sala de diálise peritonial 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 _____		
	133 - Dispõe de RH 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	[ ]	[ ]

LEGENDA:
[I] Imprescindível [N] Necessário [R] Recomendável [INF] Informativo

DIÁLISE PERITONIAL AMBULATORIAL CONTÍNUA			
INF	134 - O Serviço de diálise possui sala de treinamento de pacientes em Diálise Peritonial Ambulatorial Contínua (DPAC).....	Sim [ ]	Não [ ]
	135 – A DPAC possui:	Sim	Não
I	a) Sala exclusiva	[ ]	[ ]
I	b) Pia 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		
N	limpeza.....	[ ]	[ ]
	e) Manual de normas e rotinas de fácil acesso atualizado, datado e assinado	[ ]	[ ]
	136 - Durante todo o treinamento de DPAC o serviço possui:	Sim	Não
I	a) Médico Nefrologista (podendo ser o mesmo da sala de Hemodiálise) desde que não ultrapasse 35 pacientes.....	[ ]	[ ]
I	b) Enfermeiro Responsável Técnico pelo programa (com o máximo de 50 pacientes de DPAC)	[ ]	[ ]
I	137 - Funcionários que realizam o procedimento encontram-se paramentados e fazendo uso de Equipamentos de Proteção Individual – EPI, conforme determinado pelas normas vigentes.	Sim [ ]	Não [ ]
IX – SALA DE RECUPERAÇÃO DE PACIENTES			
	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	[ ]	[ ]
	139 – A Sala de pacientes possui:	Sim	Não
N	a) Instalações elétricas de acordo com a legislação vigente.....	[ ]	[ ]
N	b) Maca 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	[ ]	[ ]
	140 – Para atendimento de emergência o serviço de diálise dispõe de:	Sim	Não
	a) Material completo de intubação (cânulas, guias e laringoscópios com lâmpadas		
I	e pilhas).....	[ ]	[ ]
I	b) Eletrocardiógrafo.....	[ ]	[ ]
I	c) Monitor cardíaco.....	[ ]	[ ]
I	d) Desfibrilador / cardioversor.....	[ ]	[ ]
I	e) Ambú.....	[ ]	[ ]
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: catéter, cânulas e outros utilizados e estes encontram-se dentro do prazo de validade de esterilização.....	[ ]	[ ]
I	O protocolo de atendimento e materiais são adaptados ao paciente pediátrico, caso exista atendimento pediátrico.....	[ ]	[ ]

X – CONTROLE GERAL			
I	141 - A unidade de diálise possui, no mínimo, 01 máquina de hemodiálise de reserva e em plenas condições de funcionamento.	Sim [ ]	Não [ ]
I	142 - Antes do próximo uso e após os enxágües, é realizado teste de resíduo da solução esterilizante nos dialisadores, de acordo com o processo de desinfecção adotado.	Sim [ ]	Não [ ]
I	143 - Os resultados do teste são registrados em livro próprio, assinado pelo profissional responsável pelo processo.	Sim [ ]	Não [ ]
I	144 - O acondicionamento de resíduos sépticos é feito em recipientes providos de tampa acionada a pedal, saco branco leitoso (ABNT) identificado	Sim [ ]	Não [ ]
I	145 - Existe fluxo, transporte e local adequado para o acondicionamento dos resíduos até a coleta final.....	Sim [ ]	Não [ ]
I	146 - O material pérfuro-cortante é acondicionado em recipiente rígido, devidamente identificado e vedado, com padronização de troca de acordo com as normas da CCIH.....	Sim [ ]	Não [ ]
INF	147 – O concentrado utilizado pelo serviço é: a) industrializado..... .... b) manipulado.....	Sim [ ] [ ]	Não [ ] [ ]
I	148 – No caso de manipulação do concentrado esta é realizada em farmácia hospitalar e sob orientação do farmacêutico.....	Sim [ ]	Não [ ]
I	149 - Os medicamentos e outros artigos retirados de suas embalagens originais são corretamente identificados (data, validade, lote, Registro MS)	Sim [ ]	Não [ ]
I I I	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) Controle rigoroso do prazo de validade; lote e registro no MS..... .... c) Existência de controle de temperatura, com termômetro de máxima e mínima, devidamente registrado.....	Sim [ ] [ ] [ ]	Não [ ] [ ] [ ]
I	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 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			
	153 – O abastecimento de água do serviço é feito por:	Sim	Não
INF	a) Sistema de abastecimento público de água.....	[ ]	[ ]
INF	b) Poços Artesianos.....	[ ]	[ ]
INF	c) Outros mananciais.....	[ ]	[ ]
	154 – A água de abastecimento é inspecionada diariamente, pelo técnico responsável pela operação do sistema de tratamento d'água, em amostras de 500 ml, em suas características físicas e organolépticas, citadas a seguir:	Sim	Não
I	a) Cor aparente, sabor, odor, turvação.....	[ ]	[ ]
I	b) pH (6,5 a 8,5)	[ ]	[ ]
I	c) Cloro residual livre (maior que 0,2 mg/l).....	[ ]	[ ]
	155 – O reservatório de água potável do serviço de diálise:	Sim	Não
I	a) É exclusivo	[ ]	[ ]
I	b) Possui controle bacteriológico mensal	[ ]	[ ]
I	c) Conta com limpeza semestral, devidamente registrado.....	[ ]	[ ]
INF	d) É dividido, no mínimo, em dois compartimentos de modo a permitir as operações de limpeza e manutenção?	[ ]	[ ]
I	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 [ ]
I	157 – O reservatório de água está devidamente protegido.....	Sim [ ]	Não [ ]
I	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:	Sim	Não
	a) PVC.....	[ ]	[ ]
	b) Outros _____	[ ]	[ ]
I	160 – Existe sistema de tratamento de água para diálise? qual?	Sim	Não
INF	a) osmose reversa	[ ]	[ ]
INF	b) deionização.....	[ ]	[ ]
INF	c) outro: _____	[ ]	[ ]
I	161 a) Conta com condutivímetro com alarme sonoro e luminoso	Sim [ ]	Não [ ]
	162 - O registro contém informações, datas e assinaturas, sobre:	Sim	Não
I	a) Regeneração das resinas e troca	[ ]	[ ]
I	b) Retrolavagem/troca do filtro de carvão ativado	[ ]	[ ]
I	c) Limpeza do filtro de areia.....	[ ]	[ ]
I	d) Descontaminação do sistema	[ ]	[ ]
I	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	[ ]	[ ]

INF	163 - A manutenção do sistema de tratamento de água do serviço é realizado por: a) Funcionário do serviço .... Nome do funcionário: _____ Qualificação: _____ b) Firma especializada, com a qual o serviço possui contrato de manutenção (registrado) .... Firma: _____ Endereço: _____	Sim [ ] [ ]	Não [ ] [ ]
I	164 – O serviço realizou e apresentou relatório das análises microbiológicas realizadas nos últimos seis meses	Sim [ ]	Não [ ]

INF

165 – PADRÃO DE QUALIDADE MICROBIOLÓGICA DA ÁGUA TRATADA UTILIZADA NA PREPARAÇÃO DE SOLUÇÃO PARA DIÁLISE

Compo-nentes	**Valor Máximo Permitido**	**S**	**N**	**X**	**Freqüência de Análise**	**S**	**N**	**X**
Coliforme total	ausente em 100ml				Mensal			
Endoto-xinas	5 EU/ml (1ng/ml)				Mensal			
Bactérias heterotró-ficas	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 freqüência das análises.

I	166 – O serviço executa semestralmente análise química da água tratada para diálise.	Sim [ ]	Não [ ]
I	167 - Dispõe de relatórios das duas últimas análises químicas realizadas ... 1) Data_____ Nome do laboratório: _____ Endereço:_____ 2) Data_____ Nome do laboratório: _____ Endereço:_____	Sim [ ]	Não [ ]
I	168 - Os resultados das análises químicas da água tratada estão compatíveis com o valor máximo permitido conforme tabela anexa:	Sim [ ]	Não [ ]

INF	PADRÃO DE QUALIDADE DA ÁGUA TRATADA UTILIZADA NA DIÁLISE							
Componentes	**Valor Máximo Permitido**	**S**	**N**	**X**	**Freqüência de Análise**	**S**	**N**	**X**
Nitrato (N)	2mg/l				Semestral			
Alumínio	0,01 mg/l				Semestral			
Cloramina	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			
Arsênico	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	0,09 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 freqüência das análises.

TÉCNICOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA	
NOME	ASSINATURA
LOCAL _____	DATA _____

LEGENDA:
[I] Imprescindível [N] Necessário [R] Recomendável [INF] Informativo