



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
CENTRO DE SAÚDE AMBIENTAL
COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Plano de Avaliação Sanitária de Estabelecimentos de Saúde PASES III

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO PARA CONSULTÓRIOS, AMBULATÓRIOS, CLÍNICAS E SERVIÇOS DE APOIO TERAPÊUTICO

ESTABELECIMENTO:

DISTRITO SANITÁRIO: _____

ENDEREÇO: _____

TELEFONE: _____

CÓDIGO	4. ESTRUTURA BÁSICA	SIM	NÃO	ND	OBSERVAÇÕES
	4.1. No geral apresenta as áreas em boas condições de higiene				
	4.2. Vestiário adequado para funcionários				
	4.3. Recepção que comporta a demanda				
	4.4. Sanitários Públicos que atendam a demanda e as especificidades do atendimento				
	4.5. Mobiliários, equipamentos e estrutura física em bom estado de conservação				
	4.6. Lavatório para as mãos				
	4.7. Expurgo / DML em local adequado				
	4.8. Limpeza periódica e desinfecção dos filtros do sistema de ar condicionado, com registro (principalmente Centro Cirúrgico)				
	4.9. Copa em área exclusiva, com pia usada somente para este fim. <i>Obs: (Somente para café, chá, sucos, etc. e alimentos que não necessitem de preparo elaborado manualmente, caso contrário seguir roteiro de SND)</i>				
	4.10. Acesso facilitado para deficientes físicos e remoções de urgência				
	4.11. Manutenção preventiva e periódica dos equipamentos com registro. <i>Obs.: Verificar se dispõe de programação de manutenção preventiva, se foram realizadas e se constam registro das mesmas, dispondo de laudo com a data, nome e assinado técnico que executou, (mantidas disponível no setor de manutenção e/ou na unidade). Verificar registros</i>				

CÓDIGO	5. CONDIÇÕES DE SANEAMENTO	SIM	NÃO	ND	OBSERVAÇÕES
	5.1. Acondicionamento dos resíduos de forma adequada (infectantes em saco branco leitoso identificado e pérfuro – cortante em recipiente rígido adequado) <i>Obs: O recipiente rígido é adequado quando é estanque, vedado, de tamanho mínimo que acondicione o conjunto “seringa e agulha” e/ou outros artigos, sem necessitar desconectá-los e/ou seccioná-los, com abertura mínima que permita a inserção do resíduo de forma segura, identificado como “Material Pérfuro-Cortante – Material Contaminado”, com a simbologia de material infectante, datado (deve ser trocado diariamente ou quando atingir 4/5 do seu volume) e descartado em recipiente provido de saco branco leitoso identificado..</i>				

Estabelecimento: _____ Data: ____/____/____ Técnico Avaliador: _____

CÓDIGO	5. CONDIÇÕES DE SANEAMENTO - Continuação	SIM	NÃO	ND	OBSERVAÇÕES
	<p>5.2 Abrigo de Resíduos adequado.</p> <p><i>Obs: O Abrigo de Resíduos deve estar situado em local adequado e específico para promover o armazenamento externo, conforme estabelece a NBR 12.809 da ABNT. Nos volumes pequenos, pode-se utilizar o mesmo local do comum, porém em recipientes fechados e identificados como infectante.</i></p>				
	<p>5.3. Rotinas escritas disponíveis aos funcionários do serviço para:</p> <p>a) Coleta de resíduos;</p>				
	<p>b) Higienização dos equipamentos e utensílios (carrinhos, containers, etc.) e abrigo de resíduos</p>				
	<p>c) Controle de Vetores</p>				
	<p>5.4. Funcionários responsáveis pela Coleta de Resíduos dispõe dos seguintes EPI's:</p> <p>a) Avental</p>				
	<p>b) Luvas ¾ de borracha ou de PVC</p>				
	<p>c) Calçado fechado</p>				
	<p>5.5. Funcionários responsáveis pela Higienização (limpeza e desinfecção) do Abrigo de Resíduos e de seus Equipamentos e Utensílios (carrinhos e/ou containers) dispõe dos seguintes EPI's :</p> <p>a) Avental frontal impermeável</p>				
	<p>b) Luvas ¾ de borracha ou de PVC</p>				
	<p>c) Botas de borracha ou de PVC</p>				
	<p>5.6. Os EPI's são lavados e/ou descontaminados pelo próprio estabelecimento.</p> <p><i>Obs: Verificar se os EPI's estão em boas condições</i></p>				
	<p>5.7. São estabelecidas inspeções de forma preventiva, de todos os reservatórios de água, com frequência trimestral ou quando hajam intercorrências no sistema de abastecimento e efetuada a limpeza periódica dos mesmos quando evidenciada a necessidade, mas com período não superior à 12 (doze) meses.</p> <p><i>Obs: Verificar os registros das inspeções realizadas em todos os reservatórios quanto as condições de acesso, vedação e presença de macro-sujidades.</i></p>				

Estabelecimento: _____ Data: ____/____/____ Técnico Avaliador: _____

CÓDIGO	5. CONDIÇÕES DE SANEAMENTO - Continuação	SIM	NÃO	ND	OBSERVAÇÕES
	<p>5.8. Dispõe de Controle de Qualidade quando a fonte de suprimento de água é através do Sistema Público.</p> <p><i>Obs: O Controle de Qualidade deve efetuar a leitura e o registro do teor de cloro residual, com frequência mínima mensal, nos seguintes pontos críticos (após passar pelo Reservatório, Central de Material Esterilizado, Lavatório de Centro Cirúrgico, Cozinha).. Recomenda-se leitura de cloro com frequência semanal.</i></p> <p><i>Verificar se foram efetuados os registros de cloro residual bem como a análise bacteriológica quando ocorreu ausência do teor de cloro residual</i></p>				
	<p>5.9. Dispõe de Fonte Própria de suprimento de água com Tratamento Contínuo e Controle de Qualidade.</p> <p><i>Obs: O Controle de Qualidade deve: monitorar o tratamento contínuo que deve ser através da desinfecção por cloração, com medição diária do teor de cloro residual em um ponto imediatamente após o tratamento e nos seguintes pontos críticos (após passar pelo Reservatório, Central de Material Esterilizado, Lavatório do Centro Cirúrgico, Cozinha Lactário); realizar análise bacteriológica semestral da água "in natura" e/ou quando ocorrer ausência do teor de cloro em algum dos pontos críticos; realizar análise físico-químico anual da água "in natura".</i></p> <p><i>Verificar se foram efetuados os registros das medidas do teor de cloro residual e solicitar a apresentação dos laudos das análises bacteriológicas e físico-química.</i></p>				
	<p>5.11. Servido por Rede de Esgoto e devidamente conectado a mesma e/ou mantém em funcionamento um sistema de tratamento interno próprio (fossa séptica e sumidouro ou outro sistema)</p>				

Estabelecimento: _____ Data: ____/____/____ Técnico Avaliador: _____

CÓDIGO	6. ASSISTÊNCIA AO PACIENTE	SIM	NÃO	ND	OBSERVAÇÕES
	6.1. Refrigerador exclusivo para medicamentos, com controle e registro de temperatura.				
	6.2. Armário para guarda de material esterilizado e medicamentos constituído de material liso e lavável.				
	6.3. Colchões, travesseiros, macas ou similares, revestidos de material impermeável.				
	6.4. Artigos médico-hospitalares, medicamentos e soluções, com registro no MS e dentro do prazo de validade.				
	6.5. Invólucros dos materiais estéreis, indicados pelo MS, íntegros, identificado, com data de esterilização, prazo de validade. Indicador químico deverá constar nos pacotes esterilizados pelo estabelecimento ou terceirizado.				
	6.6. Soluções antisépticas trocadas regularmente conforme padronização e dentro do prazo de validade.				
	6.7. EPI's disponíveis aos funcionários, de acordo com risco previamente definido.				
	6.8. Rotinas escritas de:				
	a) Precauções universais				
	b) Lavagem e antisepsia das mãos				
	c) Limpeza e desinfecção de superfícies				
	d) Procedimentos invasivos realizados				
	e) Desinfecção equipamentos de inaloterapia				
	f) Medidas preventivas no controle de infecções, adaptado aos procedimentos realizados pelo estabelecimento.				
	6.9. O ₂ e material de emergência disponíveis (quando executar atividades que envolvam risco, caso alegue o contrário, declarar).				
	a) Ambú com máscara para adulto e infantil (se for o caso)				
	b) Materiais para intubação oro-traqueal: laringoscópio com jogo de lâmina curvas e/ou retas adulto e infantil (se for o caso); cânulas oro-traqueais				
	c) Material para aplicação de medicamentos seringas; agulhas hipodérmicas; algodão hidrófilo; gaze; esparadrapo e dispositivos intravenosos (Scalps e Abocath)				
	d) Aspirador para secreções;				
	e) Sondas para aspiração oro-traqueal estéreis e embaladas adequadamente;				
	f) Os seguintes medicamentos básicos devem estar acondicionados adequadamente e dentro do prazo de validade: água destilada, antiarrítmico, antihipertensivo, antihistamínico, barbitúrico, benzodiazepínico, broncodilatador, corticosteróide, digitálico, diurético, glicose hipertônica, soro fisiológico, soro glicosado, vaso dilatador coronariano, adrenalina, atropina, gluconato de cálcio e ocitocina (p/C.O).				

Estabelecimento: _____ Data: ____/____/____ Técnico Avaliador: _____

CÓDIGO	7. PROCEDIMENTOS INVASIVOS AMBULATORIAIS	SIM	NÃO	ND	OBSERVAÇÕES
--------	--	-----	-----	----	-------------

	7.1. Área restrita, adequada quanto a segurança e privacidade do paciente.				
	7.2. Lavatório para lavagem e antisepsia das mãos.				
	7.3. Sistema estabelecido que facilite o transporte do paciente para unidade hospitalar, quando em situação de emergência.				

CÓDIGO	8. CENTRO CIRÚRGICO	SIM	NÃO	ND	OBSERVAÇÕES
--------	---------------------	-----	-----	----	-------------

	8.1. Vestiário exclusivo, reservado e contíguo ao CC provido de banheiro com vaso sanitário, lavatório e chuveiro. <i>Obs: Verificar se o acesso dos funcionários ao CC é através dos vestiários</i>				
	8.2. Áreas exclusivas para sala cirúrgica, expurgo e guarda de material esterilizado.				
	8.3. Lavatório dotado de torneiras e dispensador com degermante de acionamento sem o uso das mãos provido de escovinhas (secas, esterilizadas e individualizadas para higiene das unhas) para preparação cirúrgica das mãos.				
	8.4. Sistema de ventilação artificial nas salas de cirurgia				
	8.5. Dispõe de lâmpada cialítica, ou similar				
	8.6. Rotinas escritas disponíveis aos funcionários no serviço para: a) Limpeza / desinfecção do carrinho ou material de anestesia b) Limpeza periódica e desinfecção dos filtros do sistema de ventilação artificial (ar condicionado) com registro <i>Obs: Verificar os registros de manutenção. PMOC para sistemas com capacidade maior ou igual a 5 TR = 60.000 BTU</i>				
	8.7 Carrinho ou material mínimo de anestesia submetido à limpeza e desinfecção após cirurgia ou com frequência mínima diária. <i>Obs: Verificar se dispõe de material para intubação, assistência respiratória e medicamentos de emergência (laringoscópio, cânulas de intubação, monitor cardíaco e medicação de emergência)</i>				

Estabelecimento: _____ Data: ____/____/____ Técnico Avaliador: _____

CÓDIGO	9. CENTRAL DE MATERIAL ESTERILIZADO – CME	SIM	NÃO	ND	OBSERVAÇÕES
--------	---	-----	-----	----	-------------

	9.1. Portas e guiches mantidos fechadas					
	9.2. Fluxo seqüencial de procedimentos observando-se a Barreira Física e a Barreira Técnica, entre lavagem, preparo, esterilização e guarda do material.					
	9.3. Dispõe de autoclave para processo de esterilização de materiais					
	9.4. Controle de tempo e temperatura para os equipamentos seguindo as normas do MS					
	9.6. Controle biológico do processo de esterilização com freqüência quinzenal ou com validação					
	9.5. Rotinas escritas disponíveis aos funcionários no serviço para:					
	a) Processo de esterilização					
	b) Lavagem e antissepsia das mãos					
	9.6. Tela nas janelas quando comunicam diretamente para a área externa ou sistema de ventilação artificial					
	9.7. Armazenamento em local de uso exclusivo, para a guarda do material esterilizado, provido de prateleiras e/ou armários constituídos de material liso, impermeável e isento de umidade <i>Obs: Verificar se não apresentam trinca ou perda do revestimento ou processo de corrosão ou sujidades ou infiltrações.</i>					
	9.8. Estabelecimentos de pequeno porte e/ou pequena demanda com fluxo adequado e barreira física e/ou técnica adequada, com controle biológico do processo de esterilização com freqüência mínima mensal.					

Estabelecimento: _____ Data: ____/____/____ Técnico Avaliador: _____

CÓDIGO	10. FARMÁCIA / ARMAZENAMENTO	SIM	NÃO	ND	OBSERVAÇÕES
	10.1. Armazenamento adequado, com disposição por categoria de produtos ou outra forma organizada obedecendo separação para medicamentos, germicidas e correlatos (artigos médico-hospitalares). <i>Obs.: Verificar se o piso e paredes são constituídos de material liso e de fácil limpeza; e ausente de umidade e/ou infiltrações; refrigerador para produtos termolábeis.</i>				
	10.2. Controle de estoque				
	10.3. Controle de prazo de validade				
	10.4. Disposição por ordem alfabética ou outra forma organizada				
	10.5. Medicamentos / correlatos / germicidas apresentam registro no MS, especificação do número de lote e dentro do prazo de validade.				
	10.6. Rotinas escritas disponíveis aos funcionários no serviço para:				
	a) Aquisição / Recepção;				
	b) Armazenamento;				
	c) Distribuição				
	10.7. Medicamento controlado (Psicotrópicos) O Sistema de controle para psicotrópicos dispõe de:				
	a) O Armário de acesso restrito e exclusivo;				
	b) Registro atualizado				
	c) Entrega dos balancetes à VISA dentro do prazo estabelecido				

Estabelecimento: _____ Data: ____/____/____ Técnico Avaliador: _____

CÓDIGO	11. FARMÁCIA / DILUIÇÃO DE GERMICIDAS	SIM	NÃO	ND	OBSERVAÇÕES
	<p>11.1 Dispõe de área adequada ou de Barreira Técnica em área limpa adequada para realizar a diluição. <i>Obs.: Verificar se o piso e paredes são constituídas de material liso , lavável e impermeável, ambiente organizado , com janela para a área externa do prédio ou ventilação através de exaustor com ductos encaminhando os gases para a área externa da edificação.</i> <i>Recomenda-se uma Central de Diluição em área exclusiva, nos casos de volume grande de diluições.</i></p>				
	11.2 Rotinas escritas disponíveis aos funcionários no serviço para diluição e fracionamento.				
	11.3 Os funcionários dispõem dos seguintes EPI's:				
	a) Avental impermeável;				
	b) Gorro;				
	c) Luvas de borracha;				
	d) Óculos e botas;				
	e) Máscara com filtro para gases.				
	11.4 Identificação das soluções contendo o nome do produto, número de lote e prazo de validade.				

Estabelecimento: _____ Data: ____/____/____ Técnico Avaliador: _____

CÓDIGO	12. PROCESSAMENTO DE ROUPA – LAVANDERIA	SIM	NÃO	ND	OBSERVAÇÕES
	12.1 Transporte adequado da roupa suja e da roupa limpa. <i>Obs: Considerar o transporte adequado quando efetuar em carrinho fechado, identificado e de uso exclusivo</i> <i>Aceita-se o transporte através de hamper porém a roupa deve estar pré-acondicionada em sacos plásticos fechados</i>				
	12.2. Dispõe de barreira física entre área suja e área limpa				
	12.3. Rotinas escritas disponíveis aos funcionários no serviço para:				
	a) higienização das mãos				
	b) coleta de roupa suja				
	c) processo e fluxo para lavagem da roupa				
	d) distribuição da roupa limpa				
	12.4 Desinfecção da roupa <i>Obs: Considera-se processo de desinfecção o processo térmico que atinge temperatura à 70°C (setenta graus celsius) ou o processo que utiliza produtos químicos adequados.</i>				
	12.5. Os funcionários dispõem dos seguintes EPI's para a coleta e área suja:				
	a) avental longo				
	b) luvas ¾ de borracha ou de PVC				
	c) calçado fechado (coleta) e bota de borracha (área suja)				

Estabelecimento: _____ Data: ____/____/____ Técnico Avaliador: _____

CÓDIGO	13. LIMPEZA E ZELADORIA	SIM	NÃO	ND	OBSERVAÇÕES
	13.1. Os funcionários de serviços gerais recebem treinamento <i>Obs: Verificar se existe plano de atividade / registros de treinamento com lista de presença e questionar funcionários.</i>				
	13.2. Rotinas escritas disponíveis aos funcionários para o processo de higienização, limpeza e descontaminação de ambientes. <i>Obs: Questionar os funcionários</i>				
	13.3. Os funcionários dispõem dos seguintes EPI's: a) avental				
	b) luvas de borracha ou de PVC				
	c) calçados fechados com solado antiderrapante ou botas de borracha ou botas de PVC <i>Obs: Verificar se os EPI's são fornecidos pelo estabelecimento</i>				

Estabelecimento: _____ Data: ____/____/____ Técnico Avaliador: _____

CÓDIGO	14. FISIOTERAPIA / TERAPIA OCUPACIONAL	SIM	NÃO	ND	OBSERVAÇÕES
	1.4.1. Piso revestido com material lavável, observando recursos anti-derrapantes nos locais com risco de quedas				
	14.2. Lavatório para mãos em local acessível ao profissional				
	14.3. Áreas de circulação de pacientes com desníveis, rampa e largura suficiente para passagem de cadeira de rodas e macas				
	14.4. Sanitário dotado com sistema que facilite o uso por portadores de deficiências física				
	14.5. Processo de limpeza e desinfecção de superfícies e equipamentos, descritos em rotina				
	14.6. Rotina de troca de água dos equipamentos de hidroterapia (tanques e hubbard e turbilhão) a cada pacote / degermação para pacotes contaminados				
	14.7. Cobertores e toalhas, higienizados após cada uso				
	14.8. Colchonetes, bolas, rolos e outros acessórios de contato direto com o paciente, revestidos de material impermeável				
	14.9. Brinquedos constituídos de material lavável e passível de desinfecção				

Estabelecimento: _____ Data: ____/____/____ Técnico Avaliador: _____

CÓDIGO	15. SERVIÇOS DE TRANSPORTE DE PACIENTES	SIM	NÃO	ND	OBSERVAÇÕES
	<p>15.1. SEDE</p> <p><i>Obs: Artigos e roupas, farmácia, copa e reprocessamento de itens gerais devem estar adequados conforme roteiro básico ou declarar terceirização, se for o caso.</i></p>				
	a) Área destinada à limpeza e desinfecção dos veículos.				
	15.2. Veículos (materiais e equipamentos ou similares com eficácia equivalente)				
	a) Ambulância de Transporte (Classe A): sinalizador óptico e acústico; equipamentos de rádio-comunicação fixo (obrigatório apenas para ambulâncias que façam parte do sistema de atendimento pré-hospitalar; maca com rodas; suporte para soro e oxigênio medicinal.				
	b) Ambulância de Suporte Básico (Classe B): sinalizador óptico e acústico; equipamento de rádio-comunicação fixo (e móvel opcional); maca com rodas e articulada; suporte para soro; instalação de rede de oxigênio com cilindro, válvula, manômetro em local de fácil visualização e régua com dupla saída; oxigênio com régua tripla (a – alimentação do respirados; b – fluxômetro e umidificador de oxigênio e e – aspirador tipo Venturi); pranchas curtas e longas para mobilização de coluna, maleta de emergência contendo: estetoscópio adulto e infantil; ressuscitador manual adulto/infantil, cânulas orofaríngeas de tamanhos variados; luvas descartáveis; tesoura reta com ponta romba; esparadrapo; esfigmomanômetro adulto/infantil; ataduras de 15 cm; compressas cirúrgicas estéreis; pacotes de gaze estéril; catéteres para oxigenação e aspiração de vários tamanhos; latas para imobilização e conjunto de colares cervicais; maleta de parto contendo: luvas cirúrgicas, clamps umbilicais, estilete estéril para corte do cordão, saco plástico para placenta; absorvente higiênico grande, cobertor ou similar para envolver o recém-nascido, compressas cirúrgicas estéreis, pacotes de gazes estéreis e braceletes de identificação.				

Estabelecimento: _____ Data: ____/____/____ Técnico Avaliador: _____

CÓDIGO	15. SERVIÇOS DE TRANSPORTE DE PACIENTES - Continuação	SIM	NÃO	ND	OBSERVAÇÕES
	<p>c) Ambulância de Resgate (Classe C): sinalizador óptico e acústico; equipamento de rádio-comunicação fixo (e móvel opcional); maca com rodas e articulada; suporte para soro; instalação de rede de oxigênio como descrita no item anterior; prancha longa para imobilização de coluna; prancha curta ou colete imobilizador ; conjunto de colares cervicais; cilindro de oxigênio portátil com válvula; manômetro e fluxômetro com máscara e chicote para oxigenação; maleta de emergência como descrita no item anterior, acrescida de protetores para queimados ou eviscerados; maleta de parto como descrito no item anterior; frascos de soro fisiológico; bandagens triangulares; talas para imobilização de membros; cobertores; coletes refletivos para a tripulação; lanterna de mão; óculos, máscaras e aventais de proteção; material de resgate constando de todo o material necessário para resgate de acordo com as especificações do Corpo de Bombeiros; maleta de ferramentas e extintor de pó químico seco de 0,8 kg; fitas e cones sinalizadores para isolamento de áreas.</p>				

Estabelecimento: _____ Data: ____/____/____ Técnico Avaliador: _____

CÓDIGO	15. SERVIÇOS DE TRANSPORTE DE PACIENTES - Continuação	SIM	NÃO	ND	OBSERVAÇÕES
	<p>d) Ambulância de Suporte (Classe D); sinalizador óptico e acústico; equipamento de rádio-comunicação fixo (e móvel opcional); maca com rodas e articulada; dois suportes de soro; cadeira de rodas dobrável; instalação de rede portátil como descrito no itens anterior (é obrigatório que a quantidade de oxigênio permita ventilação mecânica por no mínimo duas horas); respirador mecânico de transporte; oxímetro não - invasivo portátil; monitor cardioversor com bateria e instalação elétrica disponível (em caso de frota deverá haver disponibilidade de um monitor cardioversor com marca-passo externo não-invasivo); bomba de infusão com bateria e equipo; maleta de vias aéreas contendo: máscaras laringes e cânulas endotraqueais de vários tamanhos; catéteres de aspiração; adaptadores para ânulas; catéteres nasais; seringa de 20 ml para insuflar o “cuf”; ressuscitador manual adulto/infantil; sondas para aspiração traqueal de vários tamanhos; luvas de procedimentos; máscara para ressuscitador adulto/infantil; lidocaína geleia e “spray”; cadaços para fixação de cânula; esfigmomanômetro adulto/infantil; cânulas orofaríngeas adulto/infantil; fios; cânulas oro-faríngeas adulto/infantil; fios-guia para intubação; pinça de Magyl; bisturi descartável; cânulas para traqueostomia; material para cricotiroidostomia; drenos para tórax; maleta de acesso venoso contendo: tala para fixação de braço; luvas estéreis; recipiente de algodão com anti-séptico; pacote de gaze estéril; esparadrapo; material para punção de vários tamanhos incluindo agulhas metálicas, plásticas e agulhas especiais para punção óssea; garrote; equipos de macro e microgotas, catéteres específicos para dissecação de veias, tamanho adulto/infantil; tesoura, pinça de Kocher; cortadores de soro; lâminas de bisturi; seringas de vários tamanhos; torneiras de 3 vias ; equipo de infusão de 4 vias; frascos de solução salina; caixa completa de pequena cirurgia; maleta de parto como descrito nos itens anteriores; frascos de drenagem de tórax; extensões para drenos torácicos; sondas vesicais; coletores de urina; protetores para eviscerados ou queimados; espátulas de madeiras; sondas nasogástricas; eletrodos desertáveis; equipos para drogas fotossensíveis; equipo para bombas de infusão; circuito de respirador estéril de reserva; equipamentos de proteção à equipe de atendimento; óculos, máscaras e aventais; cobertor ou filme metálico para conservação do calor do corpo; campo cirúrgico fenestrado; almotolias com anti-séptico; conjunta de colares cervicais; prancha longa para imobilização da coluna.</p>				

Estabelecimento: _____ Data: ____/____/____ Técnico Avaliador: _____

CÓDIGO	15. SERVIÇOS DE TRANSPORTE DE PACIENTES - Continuação	SIM	NÃO	ND	OBSERVAÇÕES
	e) Aeronave de Transporte Médico (Classe E): deverá conter os mesmos equipamentos descritos para as ambulâncias de suporte avançado, tanto para adulto como infantil, com as adaptações necessárias para o uso em ambientes hipobáricos, homologados pelos órgãos competentes.				
	f) Nave de Transporte (Classe F): poderá ser equipada como descrito nas ambulâncias de Classe A,B ou D, dependendo da finalidade de emprego.				
	g) Transporte neonatal: deverá ser realizado em ambulância do tipo D, aeronave contendo: a – Incubadora de transporte de recém-nascido com batedeira e ligação à tomada do veículo (12 volts), suporte em seu próprio pedestal para cilindro de oxigênio e ar comprimido, controle de temperatura com alarme. A incubadora deve estar apoiada sobre carros com rodas devidamente fixadas quando dentro da ambulância. b – Respirador de transporte neonatal. c – Nos demais itens deve conter a mesma aparelhagem e medicamentos de suporte avançado, com os tamanhos e especificações adequados ao uso neonatal.				
	15.3. Medicamentos Obrigatórios				
	a) Lidocaína sem vaso constritor: adrenalina, atropina; dopamina; aminofilina; dobutamina; hidrocortisona; glicose 50%				
	b) Soros; glicosado 5%; fisiológico 50%				
	c) Psicotrópicos; hidantoína; meperidina; diazepam; midazolan				
	d) Outros, água destilada; metoclopramida; dipirona; hioscina; nifedipina; dinitrato de isossorbital; furosemide; amiodarona; lanatosideo C.				
	15.4. Tripulação				
	a) Ambulância do tipo A: motorista apenas, quando o paciente for estável, sem risco. Se o paciente estiver recebendo soro e/ou oxigênio, deve estar acompanhado de auxiliar de enfermagem.				
	b) Ambulância do tipo B: motorista – socorrista e necessariamente pelo menos um auxiliar de enfermagem com treinamento em emergências médicas				
	c) Ambulância do tipo C: dois socorristas com treinamento em resgate. É aconselhável que o motorista seja também socorrista.				
	d) Ambulância do tipo D: motorista, enfermeira e médico				
	e) Aeronave e naves devem ter tripulação equivalente, conforme a gravidade do paciente a ser resgatado ou transportado.				

Estabelecimento: _____ Data: ____/____/____ Técnico Avaliador: _____

OBSERVAÇÕES ADICIONAIS:

Estabelecimento: _____ Data: ____/____/____ Técnico Avaliador: _____