**ROTEIRO DE INSPEÇÃO PARA SERVIÇO DE ACUPUNTURA**

|  |
| --- |
| **Módulo I - Informações Gerais** |
| **Dados Cadastrais** |
| **Razão social:** |
| **CNPJ:** |
| **Nome Fantasia:** |
| **Endereço:** |
| **CEP:** | **Bairro:** |
| **Telefone:** | **E-mail:** |
| **Nome do responsável legal pelo estabelecimento:** |
| Data da auto inspeção: |
| Alvará de Saúde: | Sim: | Não: | Nº: |
| Data do último Alvará de Saúde: |
| **1 - RESPONSABILIDADES** | **S** | **N** | **NA** |
| 1.1 | Possui cadastro de clientes contendo as seguintes informações: |
| 1.1.1 | Nome completo do cliente |  |  |  |
| 1.1.2 | Idade: |  |  |  |
| 1.1.3 | Sexo: |  |  |  |
| 1.1.4 | Endereço: |  |  |  |
| 1.1.5 | Telefone: |  |  |  |
| 1.1.6 | Data do atendimento |  |  |  |
| 1.1.7 | Autorização por escrito do pai ou responsável legal no caso de menores de 18 anos de idade, para a execução do procedimento |  |  |  |
| 1.1.8 | Descrição do procedimento realizado |  |  |  |
| 1.1.9 | Identificação do executor do procedimento |  |  |  |
| 1.1.10 | "Termo de consentimento informado" assinado pelo cliente, conforme legislação |  |  |  |
| 1.1.11 | Informação e ciência ao usuário sobre riscos e complicações de acidentes  |  |  |  |
| 1.2 | Possui registro de acidentes ou intercorrências |  |  |  |
| 1.2.1 | Data da ocorrência do acidente |  |  |  |
| 1.2.2 | Nome do cliente ou executor do procedimento |  |  |  |
| 1.2.4 | Ocorrência de infecções localizadas ou outras complicações  |  |  |  |
| 1.2.5 | Protocolo escrito para atendimento e encaminhamento de acidentes de reações alérgicas ou infecções |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Atividades desenvolvidas** | **S** | **N** | **NA** |
| ( A ) Acupuntura |  |  |  |
| ( B ) Outros :  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **2 – Recursos Humanos** | **S** | **N** | **NA** |
| 2.1 | Número total de funcionários: |
| 2.2 | Registro de Capacitações |  |  |  |
| 2.3 | Programa de controle médico e saúde ocupacional |  |  |  |
| 2.3.1 | Registro de exames periódicos |  |  |  |
| 2.4 | Possui registro de vacinas |  |  |  |
| 2.4.1 | Quais: Gripe Hepatite B Antitetânica Outros |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **3 – Estrutura Física** | **S** | **N** | **NA** |
| 3.1 | Área física total: | M²: |
| 3.2 | Recepção |  |  |  |
| 3.3 | Depósito de material de limpeza |  |  |  |
| 3.4 | Sala de espera e registro de clientes com sanitário em anexo |  |  |  |
| 3.4.1 | Possui exaustão no sanitário ou janela |  |  |  |
| 3.4.2 | Possui ralo com tampa escamoteável |  |  |  |
| 3.4.3 | Boas condições de higiene nos sanitários |  |  |  |
| 3.4.4 | Possui lavatório |  |  |  |
| 3.4.5 | Possui sabão liquido e papel toalha |  |  |  |
| 3.4.6 | Recipiente de lixo com saco plástico |  |  |  |
| 3.4.7 | Lixeira com tampa acionada por pedal |  |  |  |
| 3.5 | Possui área para limpeza e esterilização de materiais |  |  |  |
| 3.5.1 | Esta área possui pia com bancada e água corrente |  |  |  |
| 3.5.2 | Possui sabão liquido e papel toalha |  |  |  |
| 3.5.3 | Recipiente de lixo com saco plástico |  |  |  |
| 3.5.4 | Lixeira com tampa acionada por pedal |  |  |  |
| 3.5.5 | Lixeira com tampa acionada por pedalSala e banheiro deverão apresentar condições de habitabilidade |  |  |  |
| 3.6 | Acesso ao estabelecimento é pela entrada principal do prédio |  |  |  |
| 3.7 | Possui sala específica para acupuntura |  |  |  |
| 3.8 | Possui dimensão mínima de 7,5m², e largura mínima de 2 m lineares para cada compartimento de atendimento |  |  |  |
| 3.9 | Piso, paredes e tetos revestidos de material liso, impermeável e lavável e em bom estado de conservação e higiene |  |  |  |
| 3.10 | Possui lavatório exclusivo para lavagem de mãos na sala de procedimentos ou próximo a ele. |  |  |  |
| 3.11 | Junto ao lavatório deverá ter um suporte com papel toalha |  |  |  |
| 3.12 | O lavatório deverá conter sabonete líquido e lixeira com pedal. |  |  |  |

|  |
| --- |
|  |
| **4 – Informações gerais** | **S** | **N** | **NA** |
| 4.1 | Condições de Saneamento |  |  |  |
| 4.1.1 | Possui água potável direto da rede do DMAE |  |  |  |
| 4.1.2 | Possui registro de limpeza e desinfecção do reservatório |  |  |  |
| 4.1.3 | Realiza análise de controle de qualidade da água potável semestralmente, caso possua reservatório |  |  |  |
| 4.1.4 | Realiza análise físico-química |  |  |  |
| 4.1.5 | Realiza análise microbiológica |  |  |  |
| 4.1.6 | Possui registros |  |  |  |
| 4.2 | Rede elétrica em boas condições de instalação e segurança |  |  |  |
| 4.3 | Rede hidraúlica em boas condições de uso |  |  |  |
| **5 – Biossegurança** | **S** | **N** | **NA** |
| 5.1 | Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde |  |  |  |
| 5.1.1 | Possui recolhimento de resíduos |  |  |  |
| 5.1.2 | Com qual empresa terceiriza o recolhimento de resíduos: |
| 5.1.3 | Possui contrato atualizado |  |  |  |
| 5.1.4 | Possuem recipiente rígido para o descarte de materiais perfurocortantes, que permaneça afastado das áreas úmidas? |  |  |  |
| 5.1.5 | Possui local fechado para armazenamento dos resíduos |  |  |  |
| 5.2 | Possui Programa de Proteção Contra Incêndio: |  |  |  |
| 5.2.1 | Realiza Treinamentos periódicos |  |  |  |
| 5.2.2 | Possui registros |  |  |  |
| 5.2.3 | Extintores de Incêndio dentro do prazo de validade |  |  |  |
| 5.3 | Possui equipamentos de proteção individual |  |  |  |
| 5.3.1 | Avental mangas longas |  |  |  |
| 5.3.2 | Luvas de procedimentos |  |  |  |
| 5.3.3 | Óculos de proteção |  |  |  |
| 5.4 | Utiliza corretamente os EPI’s |  |  |  |
| 5.5 | EPI’s em número adequado para a demanda das atividades |  |  |  |
| 5.6 | Possui Procedimento Operacional Padrão de Limpeza de superfície e de ambientes |  |  |  |
| 5.6.1 | Este POP está atualizado, datado, assinado, acessível às pessoas |  |  |  |
|  |
| **6 - EQUIPAMENTO E MATERIAIS DE ACUPUNTURA** | **S** | **N** | **NA** |
| 6.1 | Autoclave com registro na Anvisa |  |  |  |
| 6.1.1 | Realiza Teste biológico de autoclave, mensalmente |  |  |  |
| 6.1.2 | Terceiriza o teste biológico anualmente |  |  |  |
| 6.1.3 | Com qual empresa: |
| 6.1.4 | Possui contrato atualizado |  |  |  |
| 6.1.5 | A Autoclave possui manutenção preventiva e corretiva |  |  |  |
| 6.1.6 | Possui registro |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 6.2 | São realizados os procedimentos de higienização, desinfecção e/ou esterilização de materiais no estabelecimento? |  |  |  |
| 6.3 | Existem Procedimentos Operacionais escritos para cada processo? |  |  |  |
| 6.4 | Possui pia com bancada e água corrente de uso exclusivo para o processo de esterilização de materiais? |  |  |  |
| 6.5 | Utiliza agulhas para acupuntura descartáveis e realiza o descarte imediatamente após o uso  |   |   |   |
| 6.6 | Os colchonetes, rolos, almofadas, macas e demais mobiliários são revestidos de material lavável , impermeável e íntegros |  |  |  |
| 6.7 | Todos os mobiliários da sala de procedimento e esterilização são, interna e externamente, de material liso, lavável e impermeável? |  |  |  |
| 6.8 | Instrumentos em quantidade compatível com a demanda e os tempos necessários para a esterilização dos mesmos |  |  |  |
| 6.9 | Todos os equipamentos utilizados possuem registro na Anvisa |  |  |  |
| **Módulo II - Procedimentos Técnicos** |
| **1 - PROCEDIMENTOS** | **S** | **N** | **NA** |
| 1.1 | Possui procedimentos descritos para as atividades de acupuntura |  |  |  |
| 1.2 | Adota os procedimentos de lavagem de mãos e punhos, utilizando sabão/detergente, e anti-sepsia com álcool etílico iodado a 2% ou álcool etílico a 70% |  |  |  |
| 1.3 | Realiza a limpeza da pele do cliente com água e sabão líquido antes da aplicação do antisséptico |  |  |  |
| 1.4 | Todos os produtos utilizados possuem informações de rotulagem e registro na ANVISA ? |  |  |  |
| 1.5 | Se utilizadas macas, há lençol de uso individual? |  |  |  |
| 1.6. | Possui equipamento e mobiliários específicos para realização dos procedimentos, além de iluminação tipo foco? |  |  |  |
| 1.7 | Realiza procedimentos de limpeza, descontaminação e/ou esterilização de todo instrumental utilizado |  |  |  |
| 1.7.1 | Os artigos esterilizados estão embalados e acondicionados em caixas fechadas |  |  |  |
| 1.7.2 | As embalagens têm registro na Anvisa |  |  |  |
| 1.7.3 | As embalagens possuem data de esterilização, prazo de validade e nome do responsável pelo processo |  |  |  |
| 1.7.4 | Todas as embalagens possuem marcadores termo-físico (muda cor) |  |  |  |
| 1.7.5 | Registra as falhas a cada esterilização |  |  |  |
| 1.8 | Restringe ao profissional médico as prescrições de anestésicos, pomadas e outros medicamentos |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Módulo III - Áreas de Apoio** |
| **1 - DEPÓSITO DE MATERIAL DE LIMPEZA - ÁREA** | **M²** | **S** | **N** | **NA** |
| 1.1 | Sala para depósito |  |  |  |
| 1.3 | Boas condições de higiene e organização |  |  |  |
| 1.4 | Tanque |  |  |  |
| 1.5 | Material para limpeza |  |  |  |
| 1.5.1 | Possui registro no MS |  |  |  |
| 1.5.2 | Saneantes e domissanitários não são diluídos |  |  |  |
| 1.6 | Iluminação adequada |  |  |  |
| 1.7 | Ventilação adequada |  |  |  |
| 1.8 | O ralo possui tampa escamoteável |  |  |  |

Porto Alegre, de abril de 2023.

Assinatura responsável legal: