



RELATÓRIO DE INSPEÇÃO SANITÁRIA

I. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

Razão social: [Insira aqui Razão Social]

Nome fantasia: [Insira aqui Nome fantasia]

Endereço: [Insira aqui o endereço]

CNPJ: [Insira aqui o n° CNPJ]

CNES (quando couber)

Ramo de atividade: [Insira aqui o Ramo de atividade]

Alvará Sanitário n° : [Insira aqui o n° Alvará]

Data de validade: [Insira aqui data]

Nome Responsável Técnico (RT): [Insira aqui o Nome Responsável Técnico (RT)]

Profissão do RT: [Insira aqui Profissão do RT]

CR: [Insira aqui CR]

Registro n°: [Insira aqui o n° Registro]

Nome Responsável legal: [Insira aqui Nome Responsável legal]

CPF: [Insira aqui o n° CPF]

Período da Inspeção: [Insira aqui o Período da Inspeção]

II. CARACTERIZAÇÃO DA INSPEÇÃO

Inicial ()

Renovação ()

Denúncia ()

Outros (**X**)

III. OBJETIVO

Realizar inspeção sanitária para avaliação da estrutura física, processos de trabalho, procedimentos técnicos, registros e documentos pertinentes, para emissão de parecer, com vistas à habilitação dos pontos de atenção da Rede Alynne pelo Ministério da Saúde.

IV. METODOLOGIA

Inspeção sanitária *in loco*, com aplicação de Instrumento de Inspeção Sanitária, análise documental e orientações pertinentes.

V. PESSOAS CONTATADAS

VI. CARACTERIZAÇÃO GERAL DO ESTABELECIMENTO

VII. ANÁLISE DOCUMENTAL

VIII. TERCEIRIZAÇÃO DE SERVIÇOS

IX. DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO ATUAL DE CADA PONTO DE ATENÇÃO

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL (UTIN) TIPO II

- Estrutura física e ambiência
- Serviços de apoio e diagnóstico
- Equipamentos e materiais assistenciais
- Recursos humanos

- Processos de trabalho
- Outros aspectos relevantes observados durante a inspeção.

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL (UTIN) TIPO III

- Estrutura física e ambiência
- Serviços de apoio e diagnóstico
- Equipamentos e materiais assistenciais
- Recursos humanos
- Processos de trabalho
- Outros aspectos relevantes observados durante a inspeção.

UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS CONVENCIONAL (UCINCO)

- Estrutura física e ambiência
- Serviços de apoio e diagnóstico
- Equipamentos e materiais assistenciais
- Recursos humanos
- Processos de trabalho
- Outros aspectos relevantes observados durante a inspeção.

UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS CANGURU (UCINCA)

- Estrutura física e ambiência dos quartos PPP
- Serviços de apoio e diagnóstico
- Equipamentos e materiais assistenciais
- Recursos humanos
- Processos de trabalho
- Outros aspectos relevantes observados durante a inspeção.

CENTRO DE PARTO NORMAL PERI -HOSPITALAR (CPNp) .

- Estrutura física e ambiência dos quartos PPP
- Serviços de apoio e diagnóstico
- Equipamentos e materiais assistenciais
- Recursos humanos
- Processos de trabalho
- Outros aspectos relevantes observados durante a inspeção.
- Vinculação e referência hospitalar

CENTRO DE PARTO NORMAL INTRA -HOSPITALAR (CPNi) TIPO I

- Estrutura física e ambiência dos quartos PPP
- Serviços de apoio e diagnóstico
- Equipamentos e materiais assistenciais
- Recursos humanos
- Processos de trabalho
- Outros aspectos relevantes observados durante a inspeção.

CENTRO DE PARTO NORMAL INTRA -HOSPITALAR (CPNi) TIPO II

- Estrutura física e ambiência dos quartos PPP
- Serviços de apoio e diagnóstico
- Equipamentos e materiais assistenciais
- Recursos humanos
- Processos de trabalho
- Outros aspectos relevantes observados durante a inspeção.

AMBULATÓRIO DE GESTAÇÃO E PUERPÉRIO DE ALTO RISCO – (AGPAR) .

- Estrutura física e acessibilidade
- Equipamentos e materiais assistenciais
- Recursos humanos
- Processos de trabalho
- Outros aspectos relevantes observados durante a inspeção.

AMBULATÓRIO DE SEGMENTO - (A-SEG) .

- Estrutura física e acessibilidade
- Equipamentos e materiais assistenciais
- Recursos humanos
- Processos de trabalho
- Outros aspectos relevantes observados durante a inspeção.

CASA DA GESTANTE, BEBÊ E PUÉRPERA (CGBP) .

- Estrutura física e acessibilidade
- Equipamentos e materiais assistenciais
- Recursos humanos
- Processos de trabalho
- Vinculação e referência hospitalar
- Outros aspectos relevantes observados durante a inspeção.

SERVIÇOS HOSPITALARES DE REFERÊNCIA À GESTAÇÃO E AO PUERPÉRIO DE ALTO RISCO (HGPAR) .

- Descrever todas as unidades presentes no serviço hospitalar.

X. INCONFORMIDADES CONSTATADAS

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL (UTIN) TIPO II

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL (UTIN) TIPO III

UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS CONVENCIONAL (UCINCO) .

UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS CANGURU (UCINCA) .

CENTRO DE PARTO NORMAL PERI -HOSPITALAR (CPN_p) .

CENTRO DE PARTO NORMAL INTRA -HOSPITALAR (CPN_i) TIPO I

CENTRO DE PARTO NORMAL INTRA -HOSPITALAR (CPN_i)TIPO II

AMBULATÓRIO DE GESTAÇÃO E PUERPÉRIO DE ALTO RISCO – (AGPAR) .

AMBULATÓRIO DE SEGMENTO - (A-SEG) .

CASA DA GESTANTE, BEBÊ E PUÉRPERA (CGBP) .

SERVIÇOS HOSPITALARES DE REFERÊNCIA À GESTAÇÃO E AO PUERPÉRIO DE ALTO RISCO (HGPARG)

XI. MEDIDAS ADOTADAS

XII. BASE LEGAL

XIII. PARECER TÉCNICO POR PONTO DE ATENÇÃO

AMBULATÓRIO DE GESTAÇÃO E PUERPÉRIO DE ALTO RISCO – (AGPAR)

A equipe técnica deverá descrever se é **favorável ou não favorável** a habilitação deste componente.

AMBULATÓRIO DE SEGMENTO - (A-SEG)

A equipe técnica deverá descrever se é **favorável ou não favorável** a habilitação deste componente.

UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS CONVENCIONAL (UCINCO)

A equipe técnica deverá descrever se é **favorável ou não favorável** a habilitação deste componente.

UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS CANGURU (UCINCA)

A equipe técnica deverá descrever se é **favorável ou não favorável** a habilitação deste componente.

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL (UTIN) TIPO II

A equipe técnica deverá descrever se é **favorável ou não favorável** a habilitação deste componente.

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL (UTIN) TIPO III

A equipe técnica deverá descrever se é **favorável ou não favorável** a habilitação deste componente.

CENTRO DE PARTO NORMAL PERI -HOSPITALAR (CPNp)

A equipe técnica deverá descrever se é **favorável ou não favorável** a habilitação deste componente.

CENTRO DE PARTO NORMAL INTRA -HOSPITALAR (CPNi) TIPO I

A equipe técnica deverá descrever se é **favorável ou não favorável** a habilitação deste componente.

CENTRO DE PARTO NORMAL INTRA -HOSPITALAR (CPNi)TIPO II

A equipe técnica deverá descrever se é **favorável ou não favorável** a habilitação deste componente.

CASA DA GESTANTE, BEBÊ E PUÉRPERA (CGBP)

A equipe técnica deverá descrever se é **favorável ou não favorável** a habilitação deste componente.

SERVIÇOS HOSPITALARES DE REFERÊNCIA À GESTAÇÃO E AO PUERPÉRIO DE ALTO RISCO (HGPARG)

A equipe técnica deverá descrever se é **favorável ou não favorável** a habilitação deste componente.

XIV. EQUIPE TÉCNICA RESPONSÁVEL PELA INSPEÇÃO

XV. REGISTRO DE ENTRADA DO RELATÓRIO

Declaro ter recebido copai deste Relatório, quando aplicável de seus anexos, com igual teor e conteúdo.

Nome: _____ Documentação de Identificação _____

Local e Data: _____ Assinatura

LOCAL E DATA DE ELABORAÇÃO DO RELATÓRIO

[Insira aqui local e data]
