

Roteiro de Inspeção

Identificação de Laboratório de Análise

Razão Social:

Nome fantasia:

Endereço:

Bairro:

Município:

C.G.C.

CEP:

U.F:

Fone Fax ()

E-mail:

Nº de Licença de funcionamento:

Classificação de Estabelecimento Privado() Conveniado () Público () Outros ()

Representante Legal:

Responsável Técnico:

CRF:

Data de Preenchimento

Técnico Responsável pelo preenchimento:

1- CONDIÇÕES GERAIS		SIM	NÃO	NA
1.1	A iluminação é adequada?			
1.2	A ventilação é adequada?			
1.3	As imediações do laboratório estão limpas?			
1.4	Existe fonte de poluição ou contaminação ambiental próximo?			
1.5	Existe programa de desratização e desintetização?			
1.6	Existe infiltração ou mofo?			
1.7	Paredes e Piso de fácil limpeza?			
1.8	Existe equipamento de segurança para combate a incêndio?			
1.9	Existe sanitário individual para funcionários?			
1.10	Existe sanitário para atendimento ao público			
1.11	Os sanitários dispõe de papel higiênico, lixeira com tampa e pedal, toalhas descartáveis, sabão líquido e pia com água?			
1.12	Existem vestiários para funcionários?			
1.13	Instalações elétricas estão em bom estado de conservação?			
1.14	Instalações elétricas são embutidas?			
1.15	Funcionários estão uniformizados?			
1.16	Os uniformes estão limpos e em boas condições?			
1.17	Esgotos e encanamento em bom estado de conservação?			

2- ADMINISTRAÇÃO E RECEPÇÃO		SIM	NÃO	NA
2.1	Quantos funcionários trabalham de cursos superior? Quantos: 2 Carga Horária: 40 HORAS			
2.2	Os funcionários são submetidos a exames admissional ou periódico?			
2.3	Área interna e externa em boas condições físico-estrututais?			
2.4	Acesso ao estabelecimento é independente de forma há permitir comunicação com residência ou qualquer outro local distinto do estabelecimento?			
2.5	Existe sala de espera de acordo a demanda de clientes?			
2.6	Os uniformes estão limpos e em boas condições?			

3- Sala de coleta e Recepção de Material		SIM	NÃO	NA
3.1	Área interna e externa em boas condições físico-estrututais?			
3.2	Existe lavatório com Kit completo descartável?			
3.3	Pessoal que trabalha na coleta está devidamente capacitado?(profissão)			
3.4	Funcionários utilizam EPIs, de acordo atividades desenvolvidas? Guarda pó() Luvas () Máscara facial()			
3.5	Existem normas escritas para coleta?			
3.6	Existem locais apropriados para coleta de material? Cadeira() Maca () Suporte para braço ()			
3.7	Existe bancada, ou mesa auxiliar para acondicionamento do material utilizado na coleta?			
3.8	Utiliza material descartável?(Com registro do MS e prazo de validade)			
3.9	Material perfuro cortante é descartado segundo as norma do MS?			
3.10	Soluções utilizadas estão acefionadas corretamente com data de troca da solução?			
3.11	As amostras dos pacientes são corretamente, e imediatamente, identificadas?			

4- SALA DE EXAMES		SIM	NÃO	NA
4.1	As instalações mantêm boas condições Higiênico-sanitárias? Pisos () Balcões () Paredes de cor clara () Lavável () Fácil Higienização()?			
4.2	Existe lavatório com Kit completo descartável?			
4.3	Funcionários utilizam EPIs, de acordo atividades desenvolvidas? Guarda pó() Luvas () Máscara facial()			
4.4	Reagentes e/ou kits dentro do prazo de validade e com registro no MS?			

5- SETOR DE ESTERILIZAÇÃO E LAVAGEM DE MATERIAL		SIM	NÃO	NA
5.1	As instalações mantêm boas condições higiênico-sanitárias (pisos, balcões e paredes de cor clara, lavável, fácil higienização)?			
5.2	Em boas condições de higiene?			
5.3	Esgotos e encanamentos em bom estado de conservação?			
5.4	A ventilação é suficiente?			
5.5	A iluminação é suficiente e adequada?			
5.6	Os funcionários estão uniformizados?			
5.7	Os uniformes estão limpos e em boas condições?			
5.8	Funcionários utilizam EPIs, adequados à função?			
5.9	Existe local apropriado para descarte de material?			
5.10	Existe local apropriado para lavagem de material			
5.11	Material (sangue) contaminado é tratado antes do descarte?(qual o tratamento?)_____			
5.12	Lixo contaminado acondicionado de acordo normas técnicas do MS.?			
5.13	Tipo de esterilização do material. Descrever rotina de esterilização e desinfecção de bancadas. _____			

SALA DE EXAMES		SIM	NÃO	NA
4.5	Rotinas escritas disponíveis? Conservação de material biológico () Execução de exames() Desinfecção de artigos e superfícies () Procedimento em caso de acidente de trabalho ()			
4.6	Existem treinamentos para os funcionários?			
4.7	Utiliza material descartável e dentro do prazo de validade?			
4.8	Material perfuro-cortante é descartado segundo normas do MS?			
4.9	Lixo contaminado acondicionado de acordo normas técnicas do Ms?			
4.10	Existe programa de manutenção periódica dos aparelhos e equipamentos?			
4.11	São terceirizados exames? Quais? __São realizadoo no próprio laboratório _____ _____			
4.12	Relacionar equipamentos existentes em condições de uso? _____ _____ _____ _____			
4.13	Existe, e está disponível, Manual de Procedimento Operacional Padrão?			
4.14	Existe local apropriado para bacteriologia? (Observar possibilidades de contaminação)			
4.15	Existe geladeira exclusiva para material (bacteriológico) contaminado?			
4.16	Existe estufa para bacteriologia?			
4.17	Qual tipo de água utilizada? Embasa () Poço () Destilada ()			
4.18	É feito controle da água utilizada?Tem registro?			
4.19	É feita revisão dos resultados dos exames, pelo responsável e assinados pelo mesmo?			
4.20	Autoclave é utilizada antes de desprezá-los?			
4.21	Controle de temperatura para refrigerador estufa e banho-maria com registro? (verificar registros e se dispõe de termômetro)			

6- PROVIDÊNCIAS:

7-CONSIDERAÇÕES FINAIS:

8-CONCLUSÃO DA INSPEÇÃO:

Situação:

- satisfatório
- Satisfatório com Restrições
- Insatisfatório

Prazo de adequação _____ dias

Data da Inspeção ____/____/_____

9-EQUIPE:

NOME DO INSPETOR:

_____ Matricula _____

_____ Matricula _____

