

**ROTEIRO DE INSPEÇÃO SANITÁRIA
E AUTO-INSPEÇÃO**
**Consultórios odontológicos e estabelecimentos de assistência odontológica
IDENTIFICAÇÃO**

Data da Inspeção:	Horário:		
Processo/Denúncia/Documento	Atividade:		
Razão Social:	1.2 CPF/CNPJ:		
Nome de fantasia:			
Endereço:	1.5 Telefone:		
Equipe técnica:			
1-DOCUMENTAÇÃO			Sim Não
1.1 O serviço odontológico possui Licença Sanitária dentro do período de validade ou protocolo de solicitação pelo Slim ?			
1.2 Em caso de clínica odontológica : Possui Responsável Técnico legalmente habilitado e o termo de responsabilidade assinado perante a autoridade sanitária competente?			
1.3 Em caso de clínica odontológica : Possui vínculo formal (contrato reconhecido em cartório ou contrato de trabalho) com os profissionais e o estabelecimento com comprovação de formação técnica (diploma e CRO)?			
1.4 Em caso de serviços odontológicos com uso de serviços protéticos : Possui vínculo formal (contrato reconhecido em cartório) com os laboratórios de prótese devidamente licenciados e o estabelecimento?			
1.5 Possui Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) ? (não é solicitado na primeira licença)			
1.6 Possui carteira de vacinação dos profissionais atualizada com H1N1, 3 doses de Dupla Adulta e 3 doses de Hepatite B?			
1.7 Possui Certificado de dedetização atualizado com as manutenções em dia?			
1.8 Possui Comprovante de limpeza do ar-condicionado – Nota fiscal?			
1.9 Possui Comprovante de limpeza da caixa d'água – Nota fiscal?			
1.10 Possui Laudo de potabilidade (se possuir poço artesiano)?			
1.11 Realiza Controle biológico da autoclave (mensal) e teste desafio com integrador químico Classe V (a cada ciclo)?			
1.12 Possui Plano de gerenciamento de resíduos de saúde (PGRSS) único atualizado para todo o estabelecimento em nome do RSS, incluindo lixo biológico, químico (revelador/fixador) e das lâminas de chumbo e amálgama quando for o caso?			
1.13 Possui empresa especializada em coleta e destinação final com último recolhimento realizado?			
1.14 Possui controle das manutenções preventivas dos equipamentos?			
1.15 Realiza treinamento dos profissionais implantando as atividades de acordo com os Pop's?			
1.16 Possui os POPs atualizados?			
a-Possui conduta escrita quanto à higienização das mãos?			
b-Possui informações escritas sobre a rotina de limpeza e descontaminação do estabelecimento?			
c-Apresenta normas escritas sobre o fluxo e processamento dos artigos com o monitoramento da esterilização?			
d-Normas específicas para urgências e emergências ?			
e-Normas específicas para caso de acidentes perfuro cortantes?			
2- ESTRUTURA			Sim Não
2.1 As condições gerais dos pisos, paredes e forros estão satisfatórias com material liso, resistente e impermeável? (Verificar infiltrações, pisos e pintura das paredes gastos e sujos).			
2.2 A fiação elétrica está protegida? (não pode estar exposta)			
2.3 Possui ralo com tampas escamoteáveis?			
2.4 Possui iluminação adequada ao serviço?			
2.5 O serviço de saúde mantém as instalações físicas dos ambientes externos e internos em boas condições de conservação, segurança, organização, conforto e limpeza?			
2.6 Possui caixa d'água (reservatório)?			
2.7 Possui dimensionamento adequado para a boa execução do serviço (mínimo de 9m2)?			
2.8 O ambiente interno encontra-se livre de focos de insalubridade (enfeites, bichos de pelúcia) na área de procedimentos?			
2.9 Todas as cadeiras e almofadados são revestidas por material liso, resistente e impermeável que possibilita higienização?			
2.10 Possui número de instrumentais e utensílios condizentes com a quantidade dos procedimentos executados?			
2.11 Possui equipamentos para prestar os primeiros socorros no caso de intercorrências com pacientes? (Ex: ambu)			
2.12 Utiliza a troca de barreiras de proteção física descartáveis em seus equipamentos a cada atendimento? (Ex. filmito)			
2.13 Possui TODAS as torneiras do estabelecimento, inclusive as do banheiro, sem contato manual para fechamento?			
2.14 Os Sanitários estão abastecidos de papel higiênico, papel toalha e sabão líquido?			
2.15 Possui lavatório exclusivo para mãos no consultório abastecidas de papel toalha e sabão líquido?			
2.16 Possui TODAS as lixeiras do estabelecimento são do tipo com tampa e pedal inclusive os banheiros?			
2.17 Faz a segregação dos resíduos em lixeiras identificadas para lixo biológico em sacos próprios branco com simbologia infectante e para lixo comum em sacos preto?			
2.18 Para Raio X Faz a segregação dos resíduos de radiologia (revelador, fixador e película de chumbo) e amálgama?			

Continuação- ESTRUTURA		Sim	Não
2.19	Possui coletor para perfuro-cortante? Possui suporte exclusivo para o coletor?		
2.20	Utiliza recipiente próprio rígido, estanque e vedável para o transporte dos resíduos até o abrigo temporário?		
2.21	P/ consultórios individuais c/ esterilização de bancada: Possui bancada impermeável, possui pia profunda e torneira sem contato manual exclusiva para a lavagem dos instrumentais, com dimensões que permitam executar todas as fases de processamento? P/ clínicas com esterilização compartilhadas: Além da bancada, possui salas separadas fisicamente em ambiente sujo e ambiente limpo de acordo com a legislação?		
2.22	Possui área específica para a guarda dos materiais de limpeza (DML ou armário)?		
2.23	Possui área específica para os serviços de copa ou refeições?		
2.24	Possui dispenser de álcool gel para as mãos em todas as áreas?		
2.25	Possui local para guardar os prontuários físico dos pacientes pelo tempo determinado por lei (5 anos)?		

3-ESTERILIZAÇÃO		Sim	Não
3.1	Utiliza recipientes plásticos para cada consultório, com tampa e devidamente identificado como “contaminados” e outros identificados como “estéreis” para armazenar e transportar os materiais odontológicos da sala de esterilização aos consultórios e vice-versa? (para clínicas ou consultórios que possuem central de esterilização)		
3.2	Fluxo de lavagem, empacotamento, esterilização e guarda de material é unidirecional? Esta corretamente executado? (coleta dos materiais contaminados, limpeza com detergente enzimático, enxágue, secagem, inspeção com lente de aumento, embalagem, esterilização em autoclave, armazenamento e distribuição)		
3.3	Possui detergente enzimático e escova de cerdas macias para lavagem manual? Possui cuba ultrassônica pra lavagem mecânica de instrumentais com reentrâncias menor 5 cm?		
3.4	Os instrumentais unitariamente ou por kits por paciente? Os materiais esterilizados são embalados datados ?		
3.5	São selados em seladoras ou em envelopes auto selantes e armazenados corretamente?		
3.6	Faz uso único das embalagens? Utiliza outros materiais de uso único realizando o descarte correto após cada uso?		
3.7	Utiliza apenas produtos profissionais aprovados pela ANVISA? Verificar uso de detergente doméstico		
3.8	Disponibiliza equipamentos de proteção individual (EPI), tais como: luvas grossas, óculos de proteção e avental impermeável para a lavagem do material contaminado pela ACD; usa o mesmo como barreira técnica?		

4-PRODUTOS E MATERIAIS DE CONSUMO		Sim	Não
4.1	Os produtos estão dentro do prazo de validade?		
4.2	Faz fracionamento de produtos (álcool a 70%, gesso, alginato, etc) com utilização de etiqueta com a descrição do produto, data de validade, de envase e nome do profissional responsável pelo fracionamento?		
4.3	O estabelecimento possui refrigerador exclusivo para produtos que necessitam ser mantidos sob refrigeração?		
4.4	Perfeito estado de conservação e higiene de seus equipamentos, maquinarias e utensílios (ex: sem ferrugem)		

5- CONSULTÓRIOS COM EQUIPAMENTO DE RAIOS X		Sim	Não
5.1	Levantamento radiométrico da sala		
5.2	Avental plumbífero com protetor de tireóide para paciente e profissional (mínimo dois por equipamento de Raios X)		
5.3	Possui suporte para os aventais plumbíferos de modo a garantir a sua integridade?		
5.4	Possui placas informativas em relação á radiação ionizante e gravidez?		

***A bibliografia contendo Leis, Decretos, Portarias e Manuais encontram-se à disposição no site semsa.manaus.am.gov.br/visa-manaus**

Observações/Conclusão: _____

Presente à inspeção: _____
Função: _____ **Data:** __/__/__

Assinatura: _____

Favor rubricar todas as paginas

Assinatura da equipe de fiscais