

CHECKLIST DE VISTORIA GRUPO CONDUTOR RCPD PRÉ HABILITAÇÃO (OFICINA ORTOPÉDICA)

Orientações Gerais:

Este checklist é um documento obrigatório a ser preenchido na etapa de vistoria pelo(s) representante(s) locais do Grupo Condutor Estadual da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência ou representante da gestão local de saúde.

A vistoria tem como objetivo observar o funcionamento do serviço de reabilitação, com vistas a subsidiar a tomada de decisão quanto a habilitação e/ou ampliação de porte pelo Ministério da Saúde.

Durante a visita de vistoria espera-se que sejam observados aspectos relativos à organização do cuidado; estrutura física e ambientes; equipamentos obrigatórios; recursos humanos e equipe mínima; e outras informações que julgarem relevantes. Sugere-se que o relatório de vistoria contemple as prerrogativas constantes no Anexo I.

O Grupo Condutor da RCPD deverá orientar sobre a devida atualização e manutenção das informações no módulo de profissionais no CNES para a submissão da proposta no SAIPS.

De acordo com a [Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, Anexo VI](#), compete ao Grupo Condutor acompanhar o processo de implantação e implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência – RCPD e em vista disso, sua participação/atuação torna-se primordial para o desenvolvimento da qualificação e ampliação do acesso em saúde e cuidado às pessoas com deficiência.

Destaca-se que os equipamentos obrigatórios contidos neste documento de vistoria são essenciais para habilitação das Oficinas Ortopédicas Fixas.

Anexo I: Relatório descritivo para solicitação de **habilitação** de Oficina Ortopédica Fixa

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO	
DATA DA VISITA	
TIPO DA SOLICITAÇÃO	() NOVA HABILITAÇÃO
MUNICÍPIO/UF	
ENDEREÇO (CONFORME CNES)	
TELEFONE	
E-MAIL SERVIÇO	
NOME DO ESTABELECIMENTO	
CNES:	
CNES DE REFERÊNCIA MODALIDADE FÍSICA:	
NATUREZA JURÍDICA	() PÚBLICO () FILANTRÓPICO
GESTÃO	() ESTADUAL () MUNICIPAL
COMPONENTE	() OFICINA ORTOPÉDICA
MODALIDADE	() FIXA () ITINERANTE
HORÁRIO DE ATENDIMENTO:	___ horas às ___ horas
RESPONSÁVEL TÉCNICO E CARGA HORÁRIA (CONFORME CNES)	
ABRANGÊNCIA ASSISTENCIAL (CONFORME SAIPS/PLANO DE AÇÃO)	
OBSERVAÇÕES ADICIONAIS	

(DEMAIS INFORMAÇÕES QUE CONSIDERAR IMPORTANTE, DATA DE FUNDAÇÃO DA INSTITUIÇÃO, SE ERA SERVIÇO DE SAÚDE, CNES ATIVO HÁ QUANTO TEMPO)	
--	--

ÁREA COMUM - APOIO, AMBIENTES ADMINISTRATIVO, LOGÍSTICO E TÉCNICO (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)		
SALA DE ESPERA E RECEPÇÃO		
Quantidade	Nº	Observações
O ambiente se encontra em uso para a finalidade apropriada?	S() N()	
EQUIPAMENTOS OBRIGATÓRIOS		
Cadeira de rodas pediátrica	S() N()	
Cadeira de rodas adulto	S() N()	
Cadeira de rodas obeso	S() N()	
Outros Ambientes		
Área Para Guarda de Macas e Cadeira de Rodas	S() N()	Observações
Sala Administrativa	S() N()	Observações
Almoxarifado	S() N()	Observações
Copa Pacientes/Refeitório	S() N()	Observações
Abrigo Externo De Resíduos Sólidos	S() N()	Observações
Equipamento de Geração de Energia Elétrica Alternativa	S() N()	Observações
Área de Embarque de Desembarque Coberta	S() N()	Observações
Estacionamento Para Transporte Sanitário Adaptado (2 Vagas)	S() N()	Observações
	S() N()	Observações

OFICINAS ORTOPÉDICAS (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)		
SALA DE ATENDIMENTO INDIVIDUALIZADO - SALA DE TOMADA DE MOLDES		
Quantidade	Nº	Observações (Caso necessário, informar a quantidade dos equipamentos)
O ambiente se encontra em uso para a finalidade apropriada?	S() N()	
EQUIPAMENTOS OBRIGATÓRIOS		
Mocho	S() N()	
Pedígrafo	S() N()	
Podoscópio	S() N()	
Escada com 2 Degraus	S() N()	
SALA DE ATENDIMENTO INDIVIDUALIZADO - SALA DE PROVAS		
Quantidade	Nº	Observações (Caso necessário, informar a quantidade dos equipamentos)
O ambiente se encontra em uso para a finalidade apropriada?	S() N()	
EQUIPAMENTOS OBRIGATÓRIOS		
Mocho	S() N()	
Escada com 2 Degraus	S() N()	
Escada em L com Rampa	S() N()	
Barras Paralelas	S() N()	
SALA DE GESSO		
Quantidade	Nº	Observações (Caso necessário, informar a quantidade dos equipamentos)
O ambiente se encontra em uso para a finalidade apropriada?	S() N()	
EQUIPAMENTOS OBRIGATÓRIOS		
Bancada para Oficina Ortopédica	S() N()	
SESSÃO DE ADAPTAÇÕES		
Quantidade	Nº	Observações (Caso necessário, informar a quantidade dos equipamentos)
O ambiente se encontra em uso para a finalidade apropriada?	S() N()	
EQUIPAMENTOS OBRIGATÓRIOS		
Bancada para Oficina Ortopédica	S() N()	
Furadeira Manual Industrial 1/2"	S() N()	

Graminho Traçador	S () N ()	
Morsa de Bancada	S () N ()	
Parafusadeira Pneumática Manual	S () N ()	
Serra Tico-Tico	S () N ()	
SESSÃO DE TERMO MOLDAGEM		
Quantidade	N°	Observações (Caso necessário, informar a quantidade dos equipamentos)
O ambiente se encontra em uso para a finalidade apropriada?	S () N ()	
EQUIPAMENTOS OBRIGATÓRIOS		
Bancada para Oficina Ortopédica	S () N ()	
Forno Ortopédico de Infravermelho	S () N ()	
Máquina de Sucção para Termomoldagem em Ortopedia Técnica	S () N ()	
SESSÃO DE MONTAGEM DE PRÓTESE		
Quantidade	N°	Observações (Caso necessário, informar a quantidade dos equipamentos)
O ambiente se encontra em uso para a finalidade apropriada?	S () N ()	
EQUIPAMENTOS OBRIGATÓRIOS		
Bomba à Vácuo	S () N ()	
Compressor de Ar	S () N ()	
Esmerilhadeira	S () N ()	
Exaustor de Ar Industrial	S () N ()	
Fresadora Ortopédica	S () N ()	
Furadeira Elétrica de Bancada	S () N ()	
Máquina de Sucção para Laminação	S () N ()	
Martelete Pneumático	S () N ()	
Morsa para Furadeira de Bancada	S () N ()	
Panela Elétrica para Confecção de Órteses	S () N ()	
Serra para Gesso	S () N ()	
SESSÃO DE MONTAGEM DE ÓRTESE		
Quantidade	N°	Observações (Caso necessário, informar a quantidade dos equipamentos)
O ambiente se encontra em uso para a finalidade apropriada?	S () N ()	
EQUIPAMENTOS OBRIGATÓRIOS		
Bancada para Oficina Ortopédica	S () N ()	
Exaustor de Ar Industrial	S () N ()	
Torno Universal	S () N ()	
SEÇÃO DE ADAPTAÇÃO E MANUTENÇÃO DE CADEIRA DE RODAS, DE SOLDA E TRABALHO COM METAIS		
Quantidade	N°	Observações (Caso necessário, informar a quantidade dos equipamentos)
O ambiente se encontra em uso para a finalidade apropriada?	S () N ()	
EQUIPAMENTOS OBRIGATÓRIOS		
Bancada para Oficina Ortopédica	S () N ()	
Dobradeira de Tubos	S () N ()	
Máquina de Solda MIG MAG	S () N ()	
Serra de fita	S () N ()	
SEÇÃO DE SELARIA, TAPEÇARIA, COSTURA E ACABAMENTO		
Quantidade	N°	Observações (Caso necessário, informar a quantidade dos equipamentos)
O ambiente se encontra em uso para a finalidade apropriada?	S () N ()	
EQUIPAMENTOS OBRIGATÓRIOS		
Bancada para Oficina Ortopédica	S () N ()	
Compressor de Ar	S () N ()	
Exaustor de Ar Industrial	S () N ()	
Máquina Chanfradeira	S () N ()	
Máquina de Costura de Coluna	S () N ()	
Máquina de Costura Industrial	S () N ()	
Soprador Térmico	S () N ()	
SEÇÃO DE SAPATARIA		
Quantidade	N°	Observações (Caso necessário, informar a quantidade dos equipamentos)
O ambiente se encontra em uso para a finalidade apropriada?	S () N ()	
EQUIPAMENTOS OBRIGATÓRIOS		
Bancada para Oficina Ortopédica	S () N ()	Observações

Compressor de Ar	S() N()	Observações
Exaustor de Ar Industrial	S() N()	Observações
SALA DE MÁQUINAS		
Quantidade	Nº	Observações (Caso necessário, informar a quantidade dos equipamentos)
O ambiente se encontra em uso para a finalidade apropriada?	S() N()	
EQUIPAMENTOS OBRIGATÓRIOS		
Bancada para Oficina Ortopédica	S() N()	
Compressor de Ar	S() N()	
Exaustor de Ar Industrial	S() N()	

ANEXO I

Papel Timbrado da Secretaria de Saúde responsável pela vistoria do estabelecimento

RELATÓRIO

1. INTRODUÇÃO:

1.1 Dados do serviço de reabilitação e os participantes da reunião: profissionais/representantes da instituição e Grupo Condutor ou Secretaria Municipal/Estadual de Saúde).

2. INFORMAÇÕES SOBRE A ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO:

2.1 Fluxos de regulação e Linhas de cuidados ou programa específicos (se existentes);

2.2 Participação da Atenção Primária à Saúde no processo de referência e contrarreferência dos atendimentos e matriciamento;

2.3 Explicações de como se dá o processo de alta qualificada;

2.4 Dinâmica de atendimentos aos usuários;

2.5 Ações desenvolvidas para Atendimento/acolhimento aos familiares e cuidadores.

2.5 Informações a respeito do uso de prontuários eletrônicos ou físicos;

2.6 Informações sobre a realização do Projeto Terapêutico Singular (descrever se contempla equipe multiprofissional, o usuário e sua família, quando couber);

2.7. Informações acerca da utilização Avaliação Biopsicossocial da funcionalidade durante o processo de triagem e avaliação global do usuário;

2.8. Dados relativos à concessão de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM) e se a unidade é referência para as dispensações. Caso a unidade não seja a referência. Como é realizado o fluxo de encaminhamento para o serviço de referência ao acesso de OPM?

2.9. Dados acerca de ações de articulação intersetoriais;

2.10. Atuação do serviço enquanto polo de formação, qualificação e educação permanente. Sobre parcerias com universidades no sentido de desenvolvimento de programas de estágios profissionais. Categorias profissionais contempladas se existir e outras informações desenvolvidas em parcerias

2.11. Atuação do serviço enquanto rede de pesquisa e desenvolvimento de inovações em tecnologia assistiva e reabilitação;

2.12. Informar se o município ou o serviço pretende fazer um planejamento para a oferta de ações em parceria esporte e educação profissional/trabalho/emprego/renda desenvolvidas no próprio estabelecimento de saúde ou articulação/parceria com as secretarias municipais pertinentes e outros

2.12 Relatos sobre inovações ou experiências exitosas realizadas pelo serviço.

3. CONCLUSÃO

3.1 Ateste do Grupo Conductor com relação à habilitação do serviço em questão em Centro Especializado em Reabilitação – CER II/III ou IV.

Data, assinaturas.