

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 Condutor com relação à habilitação do serviço em questão em Centro Especializado em Reabilitação – CER II/III ou IV.

Data, assinaturas.