



Subsecretaria de Vigilância e Atenção Primária à Saúde
Superintendência de Vigilância Sanitária

**ROTEIRO DE INSPEÇÃO PARA AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE E
MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÕES RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À
SAÚDE E RESISTÊNCIA MICROBIANA EM HOSPITAIS**

Data da inspeção ____/____/____ N° Ordem de Serviço: _____

Motivo da inspeção:

☐ LICENÇA INICIAL ☐ SISTEMÁTICA ☐ REINSPEÇÃO ☐ ESPECIAL

Equipe de inspeção:

Nome	Cargo	Matrícula

DADOS GERAIS

Identificação do estabelecimento

Razão Social: _____

Nome Fantasia: _____

CNPJ: _____ E-mail: _____

Logradouro: _____

n°: _____ Complemento: _____ Bairro: _____

Município: _____ CEP: _____ Telefone: _____

Processo Licença Inicial E 08/_____/_____ N° CNES: _____

Publicação da Revalidação de licença DOE: _____

Nome do Responsável Técnico do Hospital	N° CRM
Nome do Responsável pelo Núcleo de Segurança do Paciente	N° Conselho Profissional
E-mail do Responsável pelo Núcleo de Segurança do Paciente	Telefone de contato



Nome do Responsável pelo Serviço de Controle de IRAS	Nº Conselho Profissional
E-mail do Responsável pelo Serviço de Controle de IRAS	Telefone de contato
Nome do Responsável pelo Serviço de Farmácia	Nº Conselho Profissional
E-mail do Responsável pelo Serviço de Farmácia	Telefone de contato

Representantes da instituição que acompanham a inspeção:

Nome	Cargo/Função	RG ou Registro Profissional

1. Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)

1.1 O hospital possui NSP instituído? I	S ☐	N ☐
1.2 O hospital dispõe de Portaria, Ato ou outro documento formal referente à instituição do NSP do serviço de saúde? I	S ☐	N ☐
1.3 O NSP dispõe de pelo menos 3 (três) comprovantes de atas ou registros de reuniões do NSP do ano anterior e registros de reuniões nesse ano? N	S ☐	N ☐
1.4 O NSP possui Regimento interno contemplando as atribuições, responsabilidades e competências? N	S ☐	N ☐
1.5 O hospital possui um profissional responsável pelo NSP com participação nas instâncias deliberativas do serviço de saúde? N	S ☐	N ☐
1.6 O NSP é composto por quais categorias profissionais? Inf () Enfermeiro () Engenheiro () Farmacêutico () Fisioterapeuta () Médico () Nutricionista () Outros: _____		
1.7 O NSP consta na estrutura organizacional do hospital? N	S ☐	N ☐

1.8 O NSP dispõe de sala própria no hospital? N	S	N
	☐	☐
1.9 O NSP tem linha telefônica disponível? N	S	N
	☐	☐
1.10 O NSP dispõe de computador? N	S	N
	☐	☐
1.11 O NSP possui mobiliários próprios? N	S	N
	☐	☐
1.12 O NSP possui materiais e insumos em quantitativo suficiente? N	S	N
	☐	☐
1.13 O NSP está cadastrado na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA? I	S	N
	☐	☐
1.14 O NSP está cadastrado no CNES do hospital? I	S	N
	☐	☐
1.15 O NSP acompanha os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias? N	S	N
	☐	☐
2 Plano de Segurança do Paciente (PSP)		
2.1 O NSP dispõe de Plano de Segurança do paciente e está atualizado? I	S	N
	☐	☐
2.2 O PSP possui data da elaboração, revisão e aprovação? Consta a assinatura do Diretor do Serviço de Saúde? N	S	N
	☐	☐
2.3 O PSP tem análise de situação, objetivos, metas, ações, indicadores e cronograma de execução? N	S	N
	☐	☐
2.4 A execução do PSP é acompanhada e avaliada pelo NSP? Possui e monitora os indicadores de acompanhamento? N	S	N
	☐	☐
2.5 O NSP elabora relatórios gerenciais sobre a execução do PSP? R	S	N
	☐	☐
2.6 O Plano de Segurança do Paciente (PSP) tem ações e metas voltadas para implantação, revisão ou aperfeiçoamento de práticas de segurança do paciente:	S	N
	☐	☐
2.6.1 Notificação de eventos adversos? N	S	N
	☐	☐
2.6.2 Identificação do paciente? N	S	N
	☐	☐
2.6.3 Higiene das mãos? N	S	N
	☐	☐
2.6.4 Segurança cirúrgica? N	S	N
	☐	☐
2.6.5 Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos? N	S	N
	☐	☐
2.6.6 Segurança na prescrição, uso e administração de sangue e hemocomponentes? N	S	N
	☐	☐
2.6.7 Prevenção de quedas dos pacientes? N	S	N
	☐	☐
2.6.8 Prevenção de lesão por pressão? N	S	N
	☐	☐
2.6.9 Prevenção de Infecção primária de corrente sanguínea (IPCS) associada a cateterismo venoso central implantado? N	S	N
	☐	☐
2.6.10 Prevenção de Infecção do Trato urinário (ITU) associado ao cateter vesical de demora implantado? N	S	N
	☐	☐
2.6.11 Prevenção de Pneumonia associada a ventilação mecânica implantado? N	S	N
	☐	☐

2.6.12 Prevenção de Infecção de sítio cirúrgico (ISC)? N	S	N
	☐	☐
2.6.13 Medidas de Prevenção e Isolamento? N	S	N
	☐	☐
2.6.14 Comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde? N	S	N
	☐	☐
2.6.15 Transição segura do cuidado? N	S	N
	☐	☐
2.6.16. Os protocolos referentes às ações previstas no PSP encontram-se disponíveis aos profissionais para acesso nos postos de trabalho da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e demais unidades de assistência à saúde (Unidades clínico-cirúrgicas, Centro Cirúrgico, emergência, ambulatório, etc.)? N	S	N
	☐	☐
3. Notificação de Incidentes e Gestão de Riscos		
3.1 O NSP notifica ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde? I	S	N
	☐	☐
3.2 O NSP notifica os óbitos e <i>never events</i> em até 72 horas após a ocorrência e os demais eventos adversos até o 15º (décimo quinto) dia útil do mês subsequente ao mês de vigilância, por meio das ferramentas eletrônicas disponibilizadas pela Anvisa? I	S	N
	☐	☐
3.3 O NSP notificou os Eventos Adversos (EA) com regularidade mensal em pelo menos 10 dos últimos 12 meses? I	S	N
	☐	☐
3.4 O NSP possui Procedimento Operacional Padrão (POP) sobre o procedimento de captação, análise, investigação e notificação de eventos adversos? I	S	N
	☐	☐
3.5 O NSP dispõe de uma sistemática para a notificação interna de Eventos Adversos (EA) no hospital:	S	N
☐ Notificação espontânea? N	☐	☐
☐ Busca ativa? Informar qual método. Inf		
3.6 O NSP tem programação de capacitação em notificação de EA para os profissionais de saúde do hospital? A lista de <i>never events</i> foi abordada nas capacitações? N	S	N
	☐	☐
3.7 O NSP registra as capacitações realizadas? N	S	N
	☐	☐
3.8 O NSP analisa e investiga os EA notificados ou identificados na instituição? N	S	N
	☐	☐
3.9. Qual ferramenta de avaliação de riscos é utilizada na análise de óbitos e <i>never events</i> : N	S	N
☐ Análise de causa-raiz?	☐	☐
☐ Protocolo de Londres?		
☐ Diagrama de Ishikawa (espinha-de-peixe) ou causa-efeito?		
☐ Outra: _____		
3.10 O NSP mantém sob sua guarda e disponibiliza à autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações e a documentação referente à análise de eventos adversos? I	S	N
	☐	☐
3.11 O NSP realiza retroalimentação para os profissionais que notificam EA no hospital? R	S	N
	☐	☐
3.12. Esse procedimento está definido em POP? R	S	N
	☐	☐
3.13. Há registro de capacitação dos profissionais do NSP sobre o POP? N	S	N
	☐	☐
3.14 O NSP divulgou a lista de <i>never events</i> nas capacitações para profissionais de saúde? N	S	N
	☐	☐

3.15 O NSP utiliza como referência a lista de <i>never events</i> publicada pela Anvisa? N ☐ Óbito ou lesão grave de paciente associados a choque elétrico durante a assistência dentro do serviço de saúde; ☐ Procedimento cirúrgico realizado em local errado; ☐ Procedimento cirúrgico realizado no lado errado do corpo; ☐ Procedimento cirúrgico realizado no paciente errado; ☐ Realização de cirurgia errada em um paciente; ☐ Retenção não intencional de corpo estranho em um paciente após a cirurgia; ☐ Óbito intraoperatório ou imediatamente pós-operatório / pós-procedimento em paciente ASA Classe 1; ☐ Óbito ou lesão grave de paciente resultante de perda irrecuperável de amostra biológica insubstituível; ☐ Gás errado na administração de O2 ou gases medicinais; ☐ Contaminação na administração de O2 ou gases medicinais; ☐ Alta ou liberação de paciente de qualquer idade que seja incapaz de tomar decisões, para outra pessoa não autorizada; ☐ Óbito ou lesão grave de paciente associado à fuga do paciente; ☐ Suicídio de paciente, tentativa de suicídio ou dano auto-infligido que resulte em lesão séria durante a assistência dentro do serviço de saúde; ☐ Óbito ou lesão grave de paciente associados ao uso de contenção física ou grades da cama durante a assistência dentro do serviço de saúde; ☐ Inseminação artificial com o esperma do doador errado ou com o óvulo errado; ☐ Óbito ou lesão grave materna associado ao trabalho de parto ou parto em gestação de baixo risco; ☐ Óbito ou lesão grave de recém-nascido associado ao trabalho de parto, ou ao parto, em gestação de baixo risco ☐ "Óbito ou lesão grave resultante de falha no acompanhamento ou na comunicação dos resultados de exames radiológicos/de radiodiagnóstico; ☐ Óbito ou lesão grave de paciente ou colaborador associado à introdução de objeto metálico em área de Ressonância Magnética; ☐ Óbito ou lesão grave de paciente associados à queimadura decorrente de qualquer fonte durante a assistência dentro do serviço de saúde; ☐ Lesão por pressão estágio III (perda total de espessura tecidual – tecido adiposo subcutâneo pode ser visível, sem exposição dos ossos, tendões ou músculos); ☐ Lesão por pressão estágio IV (perda total de espessura dos tecidos com exposição dos ossos, tendões ou músculos).	S N ☐ ☐
3.16. Existem registros das análises e investigação de eventos adversos? N	S N ☐ ☐
3.17 O NSP elabora e implementa um plano de ações corretivas para os fatores contribuintes identificados nas investigações de EA graves, principalmente óbitos e <i>never events</i>? N	S N ☐ ☐
3.18 O NSP monitora a implementação do plano de ações corretivas? N	S N ☐ ☐
3.19 O NSP comunica a direção da instituição os casos de eventos adversos graves, óbitos e <i>never events</i>? N	S N ☐ ☐
3.20 O NSP elabora relatórios gerenciais sobre eventos adversos? Há divulgação para as equipes assistenciais e direção? N	S N ☐ ☐
4.Práticas de Segurança do Paciente	
4.1 Higiene das Mãos	
4.1.1 O NSP elaborou e mantém atualizado o Protocolo de Higiene das Mãos? I	S N ☐ ☐
4.1.2 O protocolo descreve as técnicas de higiene das mãos (simples, com sabonete líquido, antisséptica, fricção antisséptica e antisepsia cirúrgica das mãos)? I	S N ☐ ☐

4.1.3 O protocolo orienta quanto aos "cinco momentos" para higiene das mãos? I ☐ Antes de tocar o paciente ☐ Antes de realizar procedimento limpo ☐ Após o risco de exposição a fluidos corporais ou excreções ☐ Após tocar o paciente ☐ Após tocar superfícies próximas ao paciente	S N ☐ ☐
4.1.4 O Protocolo possui indicadores para monitoramento da adesão às práticas de higiene das mãos? As fichas dos seguintes indicadores estão descritas? N ☐ Consumo de preparação alcoólica para as mãos; ☐ Consumo de sabonete; ☐ Percentual (%) de adesão.	S N ☐ ☐
4.1.5 . Existe um programa de capacitação regular sobre os momentos e a importância de se realizar a higiene das mãos para os profissionais?? N	S N ☐ ☐
4.1.6 . Há registro de capacitação dos profissionais sobre o protocolo? N	S N ☐ ☐
4.1.7 O NSP ou o SCIRAS monitora os indicadores de higiene das mãos? Elaboram gráficos e relatórios gerenciais? Há divulgação para equipes assistenciais e direção? N	S N ☐ ☐
4.1.8 O SCIRAS enviou os dados dos indicadores de avaliação do consumo de preparação alcoólica para higiene das mãos em serviços de saúde para a ANVISA em pelo menos 10 dos últimos 12 meses?	S N ☐ ☐
4.1.9. Há disponibilidade de preparações alcoólicas nos pontos de assistência e acesso a um abastecimento de água contínuo, sabonete líquido e papel toalha? N	S N ☐ ☐
4.1.10. Existe um procedimento para avaliar percepções e conhecimentos entre os profissionais de saúde sobre o tema, fornecendo feedback de desempenho? N	S N ☐ ☐
4.1.11. Estão disponíveis lembretes no local de trabalho para alertar e lembrar os profissionais sobre os momentos e técnica adequados para realizar a correta higiene das mãos? N	S N ☐ ☐
4.1.12 A unidade de saúde realiza auditoria interna para verificar adesão dos profissionais a higiene das mãos? N	S N ☐ ☐
4.1.13 O NSP ou SCIRAS monitora os indicadores de higiene das mãos? Elabora gráficos e relatórios gerenciais? Há divulgação para equipes assistenciais e direção? N	S N ☐ ☐
4.2 Identificação Correta do Paciente	
4.2.1 O NSP elaborou e mantém o Protocolo de Identificação correta do paciente atualizado? I	S N ☐ ☐
4.2.2 O Protocolo descreve identificação de todos os pacientes (internados, em regime de hospital dia, ou atendidos no serviço de emergência ou no ambulatório) que deve ser realizada em sua admissão no serviço através de uma pulseira? I	S N ☐ ☐
4.2.3 O Protocolo orienta a utilização de no mínimo dois identificadores, como nome completo do paciente/ nome completo da mãe do paciente/data de nascimento do paciente/número de prontuário do paciente? I	S N ☐ ☐
4.2.4 O Protocolo recomenda o procedimento de identificação segura do paciente, antes de: I ☐ Administração de medicamentos, ☐ Administração do sangue, ☐ Administração de hemoderivados, ☐ Coleta de material para exame, ☐ Entrega e administração da dieta e; ☐ Realização de procedimentos invasivos?	S N ☐ ☐

4.2.5 O Protocolo descreve os indicadores para monitoramento da adesão às práticas de identificação correta do paciente? N ☐ Número de eventos adversos devido a falhas na identificação do paciente; ☐ Proporção de pacientes com pulseiras padronizadas entre os pacientes atendidos nas instituições de saúde; ☐ Outros: _____	
4.2.6 O NSP possui programação para capacitação dos profissionais sobre o protocolo? N	S N ☐ ☐
4.2.7. Há registro de capacitação dos profissionais sobre o protocolo? N	S N ☐
4.2.8 O NSP monitora os indicadores de identificação correta do paciente? Elabora gráficos e relatórios gerenciais? Há divulgação para equipes assistenciais e direção? N	S N ☐ ☐
4.3 Cirurgia Segura	
4.3.1 O hospital possui centro cirúrgico? Inf	S N ☐ ☐
4.3.2 O NSP elaborou e mantém atualizado o Protocolo de Cirurgia Segura? I	S N ☐ ☐
4.3.3 O protocolo recomenda a utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica em todas as etapas? I ☐ Antes da indução anestésica; ☐ Antes da incisão cirúrgica; ☐ Antes de sair da sala de operação.	S N ☐ ☐
4.3.4 O NSP possui programação para capacitação dos profissionais sobre o protocolo? N	S N ☐ ☐
4.3.5 Há registro de capacitação dos profissionais sobre o protocolo? N	S N ☐ ☐
4.3.6 O Protocolo descreve os indicadores para monitoramento da adesão às práticas de cirurgia segura? N ☐ Percentual de pacientes que receberam antibioticoprofilaxia no momento adequado; ☐ Número de cirurgias em local errado; ☐ Número de cirurgias em paciente errado; ☐ Número de procedimentos errados; ☐ Taxa de mortalidade cirúrgica intra-hospitalar ajustada ao risco; ☐ Taxa de adesão à Lista de Verificação de Cirurgia Segura.	S N ☐ ☐
4.3.7 O NSP monitora os indicadores de cirurgia segura? Elabora gráficos e relatórios gerenciais? Há divulgação para as equipes assistenciais e direção? N	S N ☐ ☐
4.4 Prevenção de Lesão por Pressão (LPP)	
4.4.1 O NSP elaborou e mantém atualizado o Protocolo para Prevenção de Lesão por Pressão (LPP)? I	S N ☐ ☐
4.4.2 O Protocolo descreve as etapas de LPP? I ☐ Etapa 1 - Avaliação de risco de lesão por pressão na admissão de todos os pacientes; ☐ Etapa 2 - Reavaliação diária de risco de desenvolvimento de LPP em todos os pacientes internados; ☐ Etapa 3 – Inspeção diária da pele de toda a superfície cutânea, da cabeça aos pés em todos os pacientes classificados como de risco nas etapas de avaliação anteriormente descritas (etapas 1 e 2); ☐ Etapa 4 - Manejo da Umidade: manutenção do paciente seco e com a pele hidratada em todos os pacientes classificados como de risco nas etapas de avaliação anteriormente descritas (etapas 1 e 2); ☐ Etapa 5 - Otimização da nutrição e da hidratação em todos os pacientes classificados como de risco nas etapas de avaliação anteriormente descritas (etapas 1 e 2); ☐ Etapa 6 - Minimizar a pressão em todos os pacientes classificados como de risco nas etapas de avaliação anteriormente descritas (etapas 1 e 2).	S N ☐ ☐

4.4.3 O NSP possui programação para capacitação dos profissionais sobre o protocolo? N	S ☐	N ☐
4.4.4. Há registro de capacitação dos profissionais sobre o protocolo? N	S ☐	N ☐
4.4.5 O Protocolo descreve os indicadores para monitoramento da adesão às práticas de prevenção de LPP? N ☐ Percentual (%) de pacientes submetidos à avaliação de risco para LPP na admissão; ☐ Percentual (%) de pacientes de risco recebendo cuidado preventivo apropriado para LPP; ☐ Percentual (%) de pacientes recebendo avaliação diária para risco de LPP; ☐ Indicadores de Incidência de LPP.	S ☐	N ☐
4.4.6 O NSP monitora os indicadores de prevenção de LPP? Elabora gráficos e relatórios gerenciais? Há divulgação para as equipes assistenciais e direção? N	S ☐	N ☐
4.5 Prevenção de Quedas		
4.5.1 O NSP elaborou e mantém atualizado o Protocolo de Prevenção de Quedas? I	S ☐	N ☐
4.5.2 O Protocolo descreve as ações para prevenção de queda? I ☐ Avaliação de risco de queda na admissão de todos os pacientes; ☐ Reavaliação diária de risco de queda em todos os pacientes internados e também sempre que houver transferências de setor, mudança do quadro clínico ou episódio de queda durante a internação; ☐ Orientação de pacientes e familiares sobre as medidas preventivas individuais, e entregar material educativo específico quando disponível; ☐ Implementação de medidas específicas para a prevenção de queda conforme o(s) risco(s) identificado(s); ☐ Instalação de sinalização visual para identificação de risco de queda, a fim de alertar toda equipe de cuidado. ☐ Realização do pronto atendimento ao paciente sempre que este solicitar ou necessitar; ☐ Avaliação e tratamento dos pacientes que sofreram queda, e investigação o evento.	S ☐	N ☐
4.5.3 O Protocolo descreve orientações para registro de quedas nos prontuários dos pacientes? N	S ☐	N ☐
4.5.4 O NSP possui programação para capacitação dos profissionais sobre o protocolo? N	S ☐	N ☐
4.5.5. Há registro de capacitação dos profissionais sobre o protocolo? N	S ☐	N ☐
4.5.6 O Protocolo descreve os indicadores para monitoramento da adesão às práticas de prevenção de quedas? N ☐ Proporção de pacientes com avaliação de risco de queda realizada na admissão; ☐ Número de quedas com dano; ☐ Número de quedas sem dano; ☐ Índice de quedas.	S ☐	N ☐
4.5.7 O NSP monitora os indicadores de prevenção de quedas? Elabora gráficos e relatórios gerenciais? Há divulgação para as equipes assistenciais e direção? N	S ☐	N ☐
4.6 Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos		
4.6.1 O NSP elaborou e mantém atualizado o Protocolo para Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos? I	S ☐	N ☐
4.6.2 O protocolo estabelece medidas para a prescrição segura de medicamentos (por exemplo: prescrição com identificação do paciente, do prescritor, da instituição, da data de prescrição, da legibilidade) I	S ☐	N ☐
4.6.3 As prescrições baseiam-se em lista de medicamentos selecionados / padronizados pela Instituição? N	S ☐	N ☐
4.6.4 Existe listagem de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância, utilizados na Instituição e amplamente divulgada? I	S ☐	N ☐

4.6.5 Existe procedimento operacional padrão (POP) para a prescrição, dispensação e administração de medicamentos não padronizados? N	S ☐	N ☐
4.6.6 Há lista de abreviaturas elaborada, formalizada e divulgada de forma padronizada, de modo a promover a adequada comunicação entre os membros da equipe de saúde? N	S ☐	N ☐
4.6.7 Existe POP para emissão de prescrições de medicamentos contemplando: N ☐ Identificação do paciente (nome completo, leito, prontuário, etc.) ☐ Identificação do prescritor (nome completo, registro no conselho profissional e assinatura) ☐ Identificação da instituição (nome, endereço completo e telefone) ☐ Identificação da data da prescrição ☐ Legibilidade da prescrição (manual ou eletrônica) ☐ Denominação dos medicamentos (uso da Denominação Comum Brasileira ou Internacional) ☐ Doses, duração do tratamento, informações relevantes (alergias) ☐ Posologia, diluição, velocidade, tempo de infusão, via de administração ☐ Orientação para evitar erros de medicação com pronúncia (sons), grafias e embalagens semelhantes ☐ Orientação para a prescrição segura de medicamentos potencialmente perigosos e de alta vigilância ☐ Orientação para modificação da prescrição atual ou vigente ☐ Orientação para validação das prescrições verbais restritas às situações urgência/emergência	S ☐	N ☐
4.6.8 Há programa informatizado para prescrição de medicamentos com suporte clínico, que forneça informações sobre: doses máximas para medicamentos potencialmente perigosos/alta vigilância e/ou com índice terapêutico estreito; interações medicamentosas clinicamente significativas; alergias; apresentações e concentrações padronizadas disponíveis na instituição? N	S ☐	N ☐
4.6.9 O sistema de prescrição informatizada hospitalar contempla as informações imprescindíveis à segurança do paciente? ☐ Identificação do hospital (Nome, endereço completo e telefone) ☐ Nome completo do paciente ☐ Número do prontuário ou registro do atendimento ☐ Leito ☐ Serviço ☐ Enfermaria/Quarto ☐ Andar/ala ☐ Identificação do prescritor ☐ Data da prescrição ☐ Medicamentos prescritos utilizando a Denominação Comum Brasileira, sem uso de abreviaturas, com diferenciação escrita para aqueles com nomes semelhantes e com expressão de doses por meio do sistema métrico brasileiro.	S ☐	N ☐
4.6.10 O sistema informatizado hospitalar permite rastrear informações sobre os medicamentos dispensados para cada paciente? ☐ Descrição do medicamento dispensado ☐ Data da prescrição ☐ Data e horário da dispensação ☐ Quantidade dispensada ☐ Identificação do prescritor ☐ Identificação do Fabricante ☐ Lote ☐ Validade	S ☐	N ☐
4.6.11. Qual o sistema de distribuição de medicamentos empregado na Instituição? Inf ☐ Sistema Coletivo ☐ Sistema Misto (Coletivo e Individual) ☐ Sistema de Dispensação por Dose Individualizada (SDDI) ☐ Sistema de Dispensação por Dose Unitária (SDMDU)		

4.6.12. Existe (m) POP(s) para recebimento, armazenamento, fracionamento, preparo e dispensação segura de medicamentos? I ☐ O POP estabelece medidas específicas para recebimento, armazenamento, fracionamento, preparo e dispensação segura de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância? ☐ O POP estabelece medidas específicas para recebimento, armazenamento, fracionamento, preparo e dispensação segura de medicamentos sujeitos a Regime de Controle Especial?	S N ☐ ☐
4.6.13 Existe POP para administração segura de medicamentos para a verificação dos “nove certos” na administração de medicamentos: paciente certo; medicamento certo; via certa; hora certa; dose certa; registro certo; orientação correta; forma certa; e resposta certa? O POP estabelece orientações para o preparo e administração de medicamentos por via? I	S N ☐ ☐
4.6.14 Existe POP para conciliação medicamentosa nos pontos de transição de cuidado do paciente (admissão, transferência entre leitos, entre duas unidades da mesma instituição hospitalar ou entre instituições distintas e alta)? N	S N ☐ ☐
4.6.15 O Protocolo descreve os indicadores para monitoramento da adesão às práticas de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos? N ☐ Taxa de erros na PRESCRIÇÃO de medicamentos. ☐ Taxa de erros na DISPENSAÇÃO de medicamentos. ☐ Taxa de erros na ADMINISTRAÇÃO de medicamentos.	S N ☐ ☐
4.6.16 Existe POP sobre as medidas a serem tomadas pelo serviço de farmácia no caso de queixa técnica relacionada a medicamentos, prevendo: segregar o medicamento suspeito, investigar possíveis eventos adversos ao medicamento, notificar a queixa técnica no Notivisa 1.0? N	S N ☐ ☐
4.6.17 O NSP monitora os indicadores de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos? Elabora gráficos e relatórios gerenciais? Há divulgação para as equipes assistenciais e direção? N	S N ☐ ☐
4.6.18 O NSP possui programação para capacitação dos profissionais sobre o Protocolo para Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos? N	S N ☐ ☐
4.6.19 Há registro de capacitação dos profissionais sobre o protocolo supracitado e procedimentos vinculados? N	S N ☐ ☐
4.7 Prevenção de Infecção Primária de Corrente Sanguínea Associada ao Uso de Cateter Venoso Central (CVC)	
4.7.1 O NSP elaborou e mantém atualizado o Protocolo de Prevenção de Infecção Primária de Corrente Sanguínea associada ao uso de CVC? I	S N ☐ ☐
4.7.2 O protocolo estabelece cuidados antes da inserção do cateter (precauções de barreira máxima, com uso gorro, máscara, avental e luvas estéreis e campos estéreis grandes que cubram toda área a ser puncionada; preparo da pele com gluconato de clorexidina a 2%; utilização da veia subclávia como sítio preferencial para cateter venoso central não tunelizado; lista de verificação de inserção de cateter central? I	S N ☐ ☐
4.7.3 O protocolo estabelece cuidados na manutenção do cateter (fixação correta do cateter; desinfecção de conectores antes de serem acessados; cuidados com o curativo e inspeção diária do sítio de inserção do cateter venoso central; Lista de verificação de cuidados diários no manuseio do cateter venoso central? I	S N ☐ ☐
4.7.4 O protocolo estabelece cuidados na retirada do cateter (remoção de cateteres desnecessários; orientação para que cateteres inseridos em situação de emergência ou sem a utilização de barreira máxima devam ser trocados para outro sítio assim que possível, não ultrapassando 48 horas; e orientação para não realizar troca pré-programada dos cateteres centrais? I	S N ☐ ☐
4.7.5 O protocolo recomenda a utilização da Lista de Verificação para Inserção de CVC em todas as etapas? N ☐ Antes da inserção; ☐ Durante a inserção; ☐ Após a inserção.	S N ☐ ☐

4.7.6 O NSP possui programação para capacitação dos profissionais sobre o protocolo? N	S ☐	N ☐
4.7.7. Há registro de capacitação dos profissionais sobre o protocolo? N	S ☐	N ☐
4.7.8 O Protocolo descreve indicadores para monitoramento da adesão às práticas de prevenção de Infecção Primária de Corrente Sanguínea associada ao uso de cateter venoso central implantado? N	S ☐	N ☐
4.7.9 O NSP ou SCIRAS monitora os indicadores de prevenção de Infecção Primária de Corrente Sanguínea associada ao uso de cateter venoso central implantado? Elabora gráficos e relatórios gerenciais? Há divulgação para equipes assistenciais e direção? N	S ☐	N ☐
4.7.10 O SCIRAS enviou os dados dos indicadores de Infecção Primária de Corrente Sanguínea associada ao uso de cateter venoso central à ANVISA nos últimos 10 meses? N	S ☐	N ☐
☐ Percentual de adesão à lista de verificação das práticas de inserção segura de CVC ☐ Densidade de incidência de IPCS laboratorial confirmada associada a cateter vascular central ☐ Nº absoluto de cada um dos microrganismos notificados como agente etiológico da IPCSL ☐ Densidade de incidência de IPCS clínica (não associada a utilização de CVC) ☐ Taxa de Utilização de cateter central		
4.8 Prevenção de Infecção do Trato Urinário Relacionada ao Uso de Cateter Vesical de Demora (CVD)		
4.8.1 O NSP elaborou e mantém atualizado o Protocolo para a prevenção de Infecção do Trato Urinário Relacionado ao Uso de CVD? I	S ☐	N ☐
4.8.2 O protocolo estabelece cuidados antes da inserção do cateter urinário (por exemplo: inserção de cateter apenas nas indicações apropriadas; inserção com técnica asséptica e realizada apenas por profissionais capacitados; lista de verificação de inserção de cateter vesical de demora? I	S ☐	N ☐
4.8.3 O protocolo estabelece cuidados na manutenção do cateter urinário (manter o sistema de drenagem fechado e estéril; trocar todo o sistema quando ocorrer desconexão, quebra da técnica asséptica ou vazamento; manter fluxo de urina desobstruído; esvaziar bolsa coletora regularmente; manter bolsa coletora abaixo do nível da bexiga; não realizar irrigação do cateter com antimicrobianos nem usar antissépticos tópicos ou antibióticos aplicados ao cateter, uretra ou meato uretral)? I	S ☐	N ☐
4.8.4 O protocolo estabelece cuidados na retirada do cateter urinário (revisar, diariamente, a necessidade da manutenção do cateter; disponibilizar lembretes-padrão para a remoção do cateter no prontuário escrito ou eletrônico; implantar visita diária com médico e enfermeiro, revisando a necessidade da manutenção do cateter)? I	S ☐	N ☐
4.8.5 O NSP possui programação para capacitação dos profissionais sobre o protocolo? N	S ☐	N ☐
4.8.6. Há registro de capacitação dos profissionais sobre o protocolo? N	S ☐	N ☐
4.8.7 O Protocolo descreve os indicadores para monitoramento da adesão às práticas de prevenção de infecção do Trato Urinário Relacionado ao uso de cateter vesical de demora implantado? N	S ☐	N ☐
☐ Taxa de adesão à lista de verificação de inserção de CVD		
4.8.9 O NSP ou SCIRAS monitora os indicadores de prevenção de infecção do Trato Urinário Relacionado ao Uso de Cateter Vesical de Demora implantado? Elabora gráficos e relatórios gerenciais? Há divulgação para equipes assistenciais e direção? N	S ☐	N ☐
4.8.10 O SCIRAS enviou os dados dos indicadores de infecção do Trato Urinário Relacionado ao Uso de Cateter Vesical de Demora implantado à ANVISA nos últimos 10 meses? N	S ☐	N ☐
☐ Densidade de incidência da ITU associada à Cateter Vesical de Demora (CVD) ☐ Taxa de Utilização de Cateter Vesical de Demora ☐ Nº absoluto de cada um dos microrganismos notificados como agente etiológico da ITU de Cateter Vesical de Demora (ITU-AC)		

4.9 Prevenção de Infecção do Trato Respiratório Relacionada ao Uso de Ventilação Mecânica Implantado		
4.9.1 O NSP elaborou e mantém atualizado o Protocolo de Prevenção de Infecção do Trato Respiratório Relacionadas ao Uso de Ventilação Mecânica implantado? I	S ☐	N ☐
4.9.2 O Protocolo dispõe de orientações para manter paciente em decúbito elevado - 30-45 graus? N	S ☐	N ☐
4.9.3 O Protocolo dispõe de orientações para adequar diariamente o nível de sedação e realizar teste de respiração espontânea? N	S ☐	N ☐
4.9.4 O Protocolo dispõe de orientações para aspirar a secreção subglótica rotineiramente? N	S ☐	N ☐
4.9.5 O Protocolo dispõe de orientações para realizar a higiene oral com antissépticos / escovação diária do paciente? N	S ☐	N ☐
4.9.6 O Protocolo dispõe de orientações para fazer uso criterioso de bloqueadores neuromusculares? N	S ☐	N ☐
4.9.7 O Protocolo dispõe de orientações para dar preferência por utilizar ventilação mecânica não-invasiva; atentar para os períodos de troca do circuito do ventilador; observar a indicação e os cuidados com os umidificadores e sistemas de aspiração? N	S ☐	N ☐
4.9.8 O Protocolo dispõe de orientações para evitar extubação não programada – acidental e reintubação do paciente; monitorizar a pressão do cuff do tubo? N	S ☐	N ☐
4.9.9 O Protocolo dispõe de orientações para dar preferência à intubação orotraqueal? N	S ☐	N ☐
4.9.10 O NSP possui programação para capacitação dos profissionais sobre o protocolo? N	S ☐	N ☐
4.9.11 Há registro de capacitação dos profissionais sobre o protocolo? N	S ☐	N ☐
4.9.12 O Protocolo descreve os indicadores para monitoramento da adesão às práticas de prevenção de infecção do Trato Respiratório relacionado ao uso de ventilação mecânica? N ☐ Taxa de adesão à lista de verificação de prevenção de PAV	S ☐	N ☐
4.9.13 O NSP ou SCIRAS monitora os indicadores de prevenção de infecção do Trato Respiratório relacionado ao uso de ventilação mecânica? Elabora gráficos e relatórios gerenciais? Há divulgação para as equipes assistenciais e direção? N	S ☐	N ☐
4.9.14 O SCIRAS enviou os dados dos indicadores de prevenção de infecção do Trato Respiratório relacionado ao uso de ventilação mecânica à ANVISA nos últimos 10 meses? N ☐ Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica ☐ Taxa de utilização de Ventilação Mecânica	S ☐	N ☐
4.10 Prevenção de Infecção de Sítio Cirúrgico		
4.10.1 O NSP elaborou e mantém atualizado o Protocolo de Prevenção de Infecção de Sítio Cirúrgico? I	S ☐	N ☐
4.10.2 O Protocolo dispõe de orientações no pré-operatório (antibioticoprofilaxia: indicação apropriada; administrar dose efetiva em até 60 minutos antes da incisão cirúrgica; tricotomia: realizar somente quando necessário; não utilizar lâminas; controle de glicemia)? I	S ☐	N ☐
4.10.3 O Protocolo dispõe de orientações no intra-operatório (manutenção da normotermia do paciente e normovolemia)? I	S ☐	N ☐
4.10.4 O protocolo dispõe de orientações no pós-operatório (realização de vigilância de casos de infecção por busca ativa; orientação a pacientes e familiares sobre as principais medidas de prevenção de Infecção de Sítio Cirúrgico, cuidados com curativos e drenos, etc)? I	S ☐	N ☐
4.10.5 O NSP possui programação para capacitação dos profissionais sobre o protocolo? N	S ☐	N ☐

4.10.6 Há registro de capacitação dos profissionais sobre o protocolo? N	S ☐	N ☐
4.10.7 O Protocolo descreve os indicadores para monitoramento da adesão às práticas de prevenção de Infecção de Sítio Cirúrgico? N ☐ Porcentagem de pacientes que receberam antibioticoprofilaxia no tempo correto; ☐ Porcentagem de pacientes com antibioticoprofilaxia adequadamente suspensa; ☐ Porcentagem de pacientes com antibioticoprofilaxia adequada para o procedimento; ☐ Porcentagem de pacientes com tricotomia adequada; ☐ Porcentagem de cirurgias cardíacas de grande porte com controle glicêmico no pós-operatório; ☐ Porcentagem de cirurgias colorretais com normotermia na Recuperação Pós-Anestésica.	S ☐	N ☐
4.10.8 O NSP ou SCIRAS monitora os indicadores de prevenção de Infecção de Sítio Cirúrgico? Elabora gráficos e relatórios gerenciais? Há divulgação para as equipes assistenciais e direção? N	S ☐	N ☐
5. Medidas de Prevenção e Controle de IRAS e Resistência Microbiana		
5.1 Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde		
5.1.1 Existe Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde formalmente constituído no hospital? I	S ☐	N ☐
5.1.2 O Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde possui regimento interno aprovado pela direção do hospital? N	S ☐	N ☐
5.1.3 O SCIRAS é composto por profissionais de saúde, de nível superior, formalmente designados? N Composição: ☐ Membros consultores ☐ Membros executores ☐ Enfermeiro: _____ ☐ Médico: _____ ☐ Farmacêutico: _____ ☐ Outros: _____ (*) Membros executores: Deverão ser, preferencialmente, um médico e um enfermeiro. No mínimo 2 técnicos de nível superior na área de saúde para cada duzentos leitos ou fração deste número com carga horária diária, mínima, de 6 horas para o enfermeiro e 4 horas para os demais profissionais.	S ☐	N ☐
5.1.4. Os profissionais que compõem a equipe do SCIRAS têm formação específica em Prevenção e Controle de IRAS? N Informar formação: ☐ Curso de atualização profissional. Categoria profissional e quantitativo: _____ ☐ Curso de Pós-graduação lato sensu (Especialização, MBA). Categoria profissional e quantitativo: _____ ☐ Curso de Pós-graduação stricto sensu (Mestrado, doutorado). Categoria profissional e quantitativo: _____		
5.1.5. O SCIRAS consta na estrutura organizacional do hospital? Se sim, onde? N	S ☐	N ☐
5.1.6 O SCIRAS dispõe de sala própria no hospital? N	S ☐	N ☐
5.1.7 O SCIRAS tem linha telefônica disponível? N	S ☐	N ☐
5.1.8 O SCIRAS dispõe de computador? N	S ☐	N ☐
5.1.9 O SCIRAS possui mobiliários próprios? N	S ☐	N ☐
5.1.10 O SCIRAS possui materiais e insumos em quantitativo suficiente? N	S ☐	N ☐

5.1.11 O SCIRAS está incluído no CNES do hospital? I	S ☐	N ☐
5.1.12 O SCIRAS acompanha os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias? N	S ☐	N ☐
5.1.13 O SCIRAS da unidade notifica IRAS através da ferramenta disponibilizada pela Anvisa? I Notifica: ☐ Dose Diária Definida (DDD): nº meses notificados no ano/data da inspeção: _____ ☐ Consumo de preparação alcoólica para higienização das mãos: nº meses notificados no ano/data da inspeção: _____ ☐ Incidência de Infecção do Sítio cirúrgico: nº meses notificados no ano/data da inspeção: _____ ☐ Incidência de ISC relacionada à artroplastia primária de quadril ☐ Incidência de ISC relacionada à artroplastia primária de joelho ☐ Incidência de ISC relacionada à cirurgia de implante mamário ☐ Incidência de ISC relacionada à cirurgia de cesariana ☐ Incidência de ISC relacionada à revascularização do miocárdio (RVM) ☐ Incidência de ISC relacionada à implante de derivação neurológica ☐ Incidência de Infecção de IPCSL: nº meses notificados no ano/data da inspeção: _____ ☐ Incidência de Infecção de PAV: nº meses notificados no ano/data da inspeção: _____ ☐ Incidência de Infecção de ITU: nº meses notificados no ano/data da inspeção: _____	S ☐	N ☐
5.2 Programa de Prevenção e Controle de IRAS (PPCIRAS)		
5.2.1 O SCIRAS elaborou Programa de Prevenção e Controle de IRAS e está atualizado? I	S ☐	N ☐
5.2.2 O PPCIRAS possui data da elaboração, revisão e aprovação? Consta a assinatura do Diretor do hospital? N	S ☐	N ☐
5.2.3 O PPCIRAS tem análise de situação, objetivos, metas, ações, indicadores e cronograma de execução? N	S ☐	N ☐
5.2.4 A execução do PPCIRAS é acompanhada e avaliada pelo SCIRAS? Possui e monitora os indicadores de acompanhamento? N	S ☐	N ☐
5.2.5 O SCIRAS elabora relatórios gerenciais sobre a execução do PPCIRAS? R	S ☐	N ☐
5.2.6 O PPCIRAS elaborado e implementado pela CCIRAS está adequado às características e necessidades da instituição e contempla ações relativas a: N ☐ gerenciamento de resíduos ☐ Identificação, investigação, manejo e prevenção de surtos ☐ Precauções baseadas na forma de transmissão (precaução de contato, para gotículas e para aerossol) ☐ Precauções padrão ☐ Precauções baseadas na forma de transmissão (precaução de contato, para gotículas e para aerossol) Reprocessamento de produtos para a saúde ☐ Limpeza e desinfecção de ambientes e superfícies	S ☐	N ☐
5.2.7 O SCIRAS elaborou e mantém atualizado o Protocolo de Medidas de Precaução e Isolamento? I	S ☐	N ☐
5.2.8 O SCIRAS elaborou e implementou procedimento padronizado para aplicação de precauções padrão para TODOS os pacientes internados na instituição? I	S ☐	N ☐
5.2.9 O protocolo dispõe de orientações e cita as medidas de Precaução por Gotículas (higiene das mãos, máscara cirúrgica para o profissional e paciente e quarto privativo)? N	S ☐	N ☐

5.2.10 O protocolo dispõe de orientações e cita as medidas de Prevenção por Contato (higiene das mãos, máscara cirúrgica, luvas e avental e quarto privativo)? N	S ☐	N ☐
5.2.11 O Protocolo cita Prevenções por Aerossóis (higiene das mãos, máscara PFF2 ou N95 para o profissional, máscara cirúrgica para o paciente e quarto privativo)? N	S ☐	N ☐
5.2.12 O protocolo dispõe das orientações para o uso correto de antimicrobianos, vigilância e monitoramento de microrganismos multirresistentes, com pronta identificação de novos mecanismos de resistência microbiana aos antimicrobianos? N	S ☐	N ☐
5.2.13 O SCIRAS possui programação para capacitação dos profissionais sobre os protocolos? Registram as capacitações? N	S ☐	N ☐
5.2.14 O SCIRAS elaborou procedimentos para alocação e isolamento de pacientes infectados/colonizados por microrganismos MDR em quartos individuais ou, se não for possível, uso de sistema de coorte de acordo com o microrganismo? N	S ☐	N ☐
5.2.15. Na impossibilidade de coorte, a unidade possui procedimentos padronizados para alocar esses pacientes em enfermarias nas quais os demais pacientes sejam de baixo risco para MDR, i.e não imunocomprometidos, sem uso de antimicrobianos, sem feridas abertas, sem uso de dispositivos invasivos, ou com previsão de permanência de curta duração? Nesses casos, consta que o paciente deve ser alocado no leito mais distante possível? N	S ☐	N ☐
5.2.16 A unidade disponibiliza equipe profissional dedicada (exclusiva) para atendimento a pacientes infectados/colonizados por microrganismos MDR? N	S ☐	N ☐
5.2.17. Há banheiro de uso exclusivo para paciente infectados/colonizados por microrganismos MDR? N	S ☐	N ☐
5.2.18. Existe uma ferramenta informatizada para identificar na admissão hospitalar pacientes previamente colonizados por microrganismos MDR? N	S ☐	N ☐
5.2.19. Há sinalização em portas de quartos de pacientes em prevenção de contato ou áreas de coorte de pacientes infectados/colonizados por MDR? Além disso essa informação está disponível no prontuário e no leito dos pacientes? N	S ☐	N ☐
5.2.20 A unidade possui procedimento que normatiza as doenças/situações e o tipo de medida de prevenção que deve ser empregado? N	S ☐	N ☐
5.2.21 A unidade possui procedimento padronizado para regulamentação e orientação a acompanhantes e visitantes de pacientes infectados/colonizados por microrganismos MDR? N	S ☐	N ☐
5.3 Limpeza e desinfecção de ambiente		
5.3.1 A unidade de saúde possui POP elaborado e atualizado contemplando como deve ser feita a Limpeza e Desinfecção de superfícies e equipamentos e quais produtos e concentrações devem ser utilizados em cada área/setor? I	S ☐	N ☐
5.3.2. Existe uma ferramenta para verificação periódica das rotinas de limpeza e desinfecção? A ferramenta tem registros e aferições do processo? N	S ☐	N ☐
5.3.3. Existem listas de verificação onde são designadas as responsabilidades pela limpeza de itens específicos? N	S ☐	N ☐
5.3.4 A unidade possui supervisores para a tarefa de Higienização e Limpeza? N	S ☐	N ☐
5.3.5 A instituição dispõe de ferramenta para avaliação de remoção de matéria orgânica (p. ex. uso de marcador fluorescente como ATP bioluminescência, observação visual ou culturas do ambiente)? N	S ☐	N ☐
5.3.6 A unidade possui procedimento operacional com as seguintes medidas: I	S ☐	N ☐
☐ Higiene ambiente durante manejo de surtos		
☐ Limpeza ambiental durante obras e reformas		
☐ Higiene ambiente durante manejo de surtos		
☐ Definição de métodos de limpeza, equipamentos e uso de saneantes		
☐ Técnicas de limpeza e desinfecção de superfícies		

☐ Higiene e limpeza em áreas de assistência especializada (ex.: Centro de hemodiálise; Centro cirúrgico; Unidade de transplante; Unidade de Queimados; etc.) ☐ Técnicas de limpeza e desinfecção de superfícies ☐ Técnicas de limpeza e desinfecção de superfícies em situações de Precauções por microorganismos MDR ☐ Manuseio e aplicação de agentes de limpeza e desinfetantes ☐ Uso seguro de Equipamentos de Proteção Individual incluindo, seleção, colocação, remoção e descarte seguro		
5.3.7 A unidade possui procedimento para a disponibilização, limpeza e desinfecção de equipamentos para pacientes infectados/colonizados por microorganismos MDR? I () Para estes pacientes os equipamentos são de uso exclusivo? () Na impossibilidade de uso exclusivo são submetidos a limpeza, desinfecção ou esterilização, conforme aplicável, entre os usos?	S ☐	N ☐
5.3.8 A capacitação das equipes de limpeza inclui: N () Os diferentes conceitos de limpeza e desinfecção (técnicas de limpeza e desinfecção, uso de saneantes, uso de EPIs, manejo de resíduos etc.)? () Orientação sobre a importância do ambiente na disseminação de MDR? () Utilização adequada dos saneantes (indicação de uso, diluição etc.)?	S ☐	N ☐
5.3.9 Há registro de capacitação dos profissionais sobre os procedimentos? N	S ☐	N ☐
5.4 Equipamentos de Proteção Individual (EPI)		
5.4.1 O hospital fornece aos funcionários gratuitamente EPIs adequados ao risco e em perfeito estado de conservação? I	S ☐	N ☐
5.4.2 São disponibilizados EPIs adequados e em quantidade suficiente aos profissionais para atendimento em todas as medidas de precaução e isolamento? I	S ☐	N ☐
5.4.3 São disponibilizados EPIs adequados para atendimento aos casos com suspeita ou confirmação de infecção pelo COVID- 19 ou demais vírus de transmissão respiratória (luvas, avental impermeável, máscaras cirúrgicas e N95, óculos, gorro, protetor facial? N	S ☐	N ☐
5.4.4 A unidade de saúde possui procedimentos para o descarte correto dos EPI ? N	S ☐	N ☐
5.4.5 O NSP ou o SCIRAS possui programação para capacitação dos profissionais sobre o uso adequado dos EPIs? N	S ☐	N ☐
5.4.6 Há registro de capacitação dos profissionais sobre o uso adequado dos EPIs? N	S ☐	N ☐
5.5 Culturas de Vigilância		
5.5.1 A unidade de saúde realiza culturas de vigilância ativa para microorganismos de interesse (MRSA, VRE, enterobactérias, Acinetobacter e pseudomonas)? I	S ☐	N ☐
5.5.2. Existe POP definindo população alvo, sítio de coleta, momento da coleta, periodicidade e ações desencadeadas em caso de resultado positivo? I	S ☐	N ☐
5.5.3. Existe procedimento para implementação de precauções de contato empírica em casos com fatores de risco até os resultados das culturas estarem disponíveis? N	S ☐	N ☐
5.5.4. Existe procedimento para controle de transporte e transferência de pacientes colonizados ou infectados por microorganismos MDR, que incluam minimamente a redução da circulação do paciente pela unidade, comunicação com a unidade recebedora sobre o status do paciente através de formulários escritos, cuidados de prevenção de transmissão durante o transporte? N	S ☐	N ☐
5.5.5 A unidade possui algum plano de contingência para casos extremos de necessidade de fechamento devido a surto? N	S ☐	N ☐

5.5.6 A CCIRAS possui estratégias definidas para a vigilância e monitoramento de microrganismos MDR ? N Avaliar quais os métodos utilizados: vigilância culturas de rotina, monitoramento das taxas de incidência de MDR, monitoramento das taxas de infecção por microrganismos MDR, realização de tipagem molecular de isolados MDR, realização de culturas de vigilância.	S ☐	N ☐
5.6 Medidas Gerais de Controle Específicas para controle de Surto		
5.6.1 A instituição possui protocolo específico para manejo e controle de surto contemplando ações como: I ☐ higienização das mãos, ☐ medidas de precaução baseadas no mecanismo de transmissão; ☐ vigilância ativa e monitoramento; ☐ limpeza e desinfecção de ambiente; ☐ capacitação e educação de profissionais no manejo de surto; ☐ gerenciamento do uso de antimicrobianos	S ☐	N ☐
5.6.2 A unidade realiza culturas de rotina em pacientes internados com COLONIZAÇÃO/ INFECÇÃO? São monitorados sinais de infecção rotineiramente em todos os pacientes, testagem nas culturas de resistência aos carbapenêmicos com determinação de CIM? I	S ☐	N ☐
5.6.3 A unidade possui POP definindo pacientes de risco para colonização/infecção e realização de cultura de vigilância ativa nos mesmos? I	S ☐	N ☐
5.6.4 A unidade possui orientação descrita sobre a necessidade ou não de precaução de contato preventiva (empírica) na admissão para pacientes nas seguintes situações: Internação recente em outro hospital ou ILPI, proveniente de atenção domiciliar, pacientes procedentes de instituições com taxas elevadas de MDR ou em alto risco para colonização/infecção por MDR (principalmente pelo uso de dispositivos invasivos)? N	S ☐	N ☐
5.6.5. A unidade realiza coorte de pacientes colonizados/infectados por microorganismos MDR (caso não haja quarto privativo)? N	S ☐	N ☐
5.6.6 A unidade possui quartos exclusivos para pacientes colonizados/infectados por microorganismos MDR? N	S ☐	N ☐
5.6.7 Há orientação descrita para desinfecção após cada uso dos equipamentos portáteis ou a utilização de equipamentos descartáveis para pacientes colonizados/infectados por microrganismos MDR? N	S ☐	N ☐
5.6.8 Há sinalização adequada na identificação de pacientes com colonização/infecção por microrganismos MDR no quarto, leito e no prontuário? N		
5.6.9 A unidade disponibiliza equipe exclusiva para atendimento de pacientes colonizados/infectados por microorganismos MDR? N	S ☐	N ☐
5.6.10. Realiza capacitação dos profissionais envolvidos no atendimento a pacientes colonizados/infectados reforçando e intensificando medidas como: higienização das mãos, manuseio de secreções e fluidos corpóreos, cuidados durante a aspiração de vias aéreas, cuidados no manuseio de dispositivos, limpeza e esterilização de dispositivos médico hospitalares? N	S ☐	N ☐
5.6.11. Há medidas estabelecidas para intensificar a limpeza e desinfecção de superfícies de alto contato (ex.: maca, interruptor, maçanetas, mobiliários)? Elas estão descritas em protocolos institucionais? Há garantia de controle através de checklist ou ferramenta similar? N	S ☐	N ☐
5.6.12. Há protocolos de limpeza e desinfecção específicos quando identificado surto, incluindo a indicação de saneantes de acordo com o microrganismo identificado? N	S ☐	N ☐
5.6.13 A unidade monitora o processo de limpeza e desinfecção preferencialmente com testes químicos/biológicos em situações de surto?	S ☐	N ☐
5.6.13 A unidade possui protocolo para instituir culturas ambientais principalmente em casos de surtos? N	S ☐	N ☐
5.6.14. Em caso de colonização/infecção por MRSA: A unidade possui quartos exclusivos para pacientes colonizados/infectados por MRSA com feridas abertas e/ou drenagem ou quadros de diarreia infecciosa? N	S ☐	N ☐
5.6.15. Em caso de colonização/infecção por MRSA: A unidade possui protocolo definido para descolonização de pacientes de risco? N	S ☐	N ☐
5.6.16 A unidade possui política implementada para restringir o uso de carbapenêmicos? N	S ☐	N ☐

5.6.17 Em caso de colonização/infecção por Acinetobacter e Pseudomonas resistentes a carbapenêmicos, a unidade realiza coorte de pacientes colonizados/infectados? (caso não haja quarto privativo) N	S ☐	N ☐
5.7 Programa de Gerenciamento do Uso de Antimicrobianos		
5.7.1 A unidade possui uma política formal e regulamentada para o uso de antimicrobianos? I	S ☐	N ☐
5.7.2 Há um comitê vinculado ao SCIRAS responsável por avaliar e aprovar as práticas relacionadas ao uso de antimicrobianos? N	S ☐	N ☐
5.7.3 Há uma programação de capacitação dos profissionais sobre o uso apropriado de antimicrobianos, incluindo critérios de início e interrupção? N	S ☐	N ☐
5.7.4 Existe POP padronizando os procedimentos para monitorar o uso de antimicrobianos, incluindo o acompanhamento de taxas de resistência aos antimicrobianos? N	S ☐	N ☐
5.7.5 No POP existem critérios claros para iniciar e interromper o uso de antimicrobianos, incluindo a avaliação da suscetibilidade aos antimicrobianos? N	S ☐	N ☐
5.7.6 No POP existe procedimento para revisar o uso de antimicrobianos por pares, a fim de garantir a conformidade com as práticas recomendadas? N	S ☐	N ☐
5.7.7 Existe programa de educação para pacientes, incluindo informações sobre o uso seguro e apropriado de antimicrobianos? R	S ☐	N ☐
5.7.8 Existem relatórios de desempenho para avaliar o progresso do programa e identificar áreas para melhoria? R	S ☐	N ☐
5.8 Plano de Ação para redução das infecções e colonizações por microrganismos multirresistentes		
5.8.1 O grupo gestor do hospital foi constituído e realizou o enquadramento do serviço de saúde no cenário de risco sanitário? I Informar o cenário de risco sanitário: _____	S ☐	N ☐
5.8.2 O grupo gestor do hospital elaborou Plano de Ação para redução das infecções e colonizações por microrganismos multirresistentes considerando as medidas preconizadas de acordo com o cenário de risco sanitário? I	S ☐	N ☐
5.8.3 O grupo gestor do hospital comprova a implementação do Plano de Ação para redução das infecções e colonizações por microrganismos multirresistentes? As ações implementadas estão registradas? N	S ☐	N ☐
5.8.4 Os indicadores adicionais estabelecidos no PLACON-RM/RJ estão sendo calculados, monitorados e notificados mensalmente? N () Incidência de infecção por microrganismo objeto do PLACON-RM/RJ. () Prevalência de infecção por microrganismo com o mecanismo de resistência objeto do PLACON-RM/RJ () Incidência de colonização pelos MDR objeto do PLACON-RM/RJ (cenário de risco sanitário 3). () Adesão à prática de Higienização das Mãos por observação direta () Adesão ao pacote de medidas de inserção e manutenção de acesso vascular (CVC e CVP)	S ☐	N ☐
6 Segurança no Parto e Puerpério		
6.1 Lista de Verificação para o Parto Seguro		
6.1.1 O NSP elaborou e mantém atualizado o Protocolo de implementação da Lista de Verificação para o Parto Seguro (LVPS)? I	S ☐	N ☐
6.1.2 A LVPS aplicada na instituição está organizada em quatro diferentes pontos de pausa: I PONTO DE PAUSA 1: NA ADMISSÃO PONTO DE PAUSA 2: ANTES DA EXPULSÃO (ou antes da cesariana) PONTO DE PAUSA 3: LOGO APÓS O NASCIMENTO (no espaço de uma hora) PONTO DE PAUSA 4: ANTES DA ALTA	S ☐	N ☐

6.1.3 No Ponto de Pausa 1: na admissão estão previstas as seguintes etapas de segurança: N () Verificar se a parturiente necessita ser referenciada para outro hospital () Verificar se o partograma foi iniciado () Verificar se a parturiente necessita utilizar antibióticos () Verificar se a parturiente necessita utilizar anti-hipertensivo ou sulfato de magnésio () Verificar se é necessária a prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais () Verificar se foi estimulada a presença de um acompanhante durante o pré-parto, parto e pós-parto () Verificar se a parturiente e o acompanhante foram orientados quanto aos sinais de alerta	S ☐	N ☐
6.1.4 No Ponto de Pausa 2: Antes da Expulsão (ou Antes da Cesariana) estão previstas as seguintes etapas de segurança: N () Verificar se a parturiente tem indicação de cesariana () Verificar se a parturiente necessita utilizar antibióticos () Verificar se a parturiente necessita utilizar anti-hipertensivo ou sulfato de magnésio () Verificar se o material essencial está disponível no local de realização do parto () Verificar se um segundo profissional para auxiliar o parto, caso necessário, foi identificado e informado () Verificar a presença de profissional com capacitação atualizada em reanimação neonatal (máximo 2 anos)	S ☐	N ☐
6.1.5 No Ponto de Pausa 3: Logo Após o Nascimento (no espaço de uma hora) estão previstas as seguintes etapas de segurança: N Mãe () Verificar se a puérpera está sangrando além do esperado () Verificar se a puérpera necessita receber antibióticos () Verificar se a parturiente necessita utilizar anti-hipertensivo ou sulfato de magnésio Recém-nascido () Verificar se o recém-nascido necessita ser referenciado para outro hospital () Verificar se o recém-nascido necessita de tratamento com antibiótico () Verificar se o recém-nascido necessita de cuidados especiais ou de vigilância () Verificar se é necessária a prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais () Verificar se o cordão foi clampeado em 1 a 3 minutos () Verificar se foi realizado contato pele a pele () Verificar se a amamentação foi iniciada na primeira hora () Verificar se foi administrado Vitamina K () Verificar se o recém-nascido está utilizando pulseira de identificação () Confirmar se a puérpera e o acompanhante foram orientados a solicitar ajuda no caso de sinais de alerta	S ☐	N ☐
6.1.6 No Ponto de Pausa 4: Antes da Alta estão previstas as seguintes etapas de segurança: N Mãe () Verificar se a pressão arterial da puérpera está normal () Verificar se o sangramento da puérpera está controlado () Verificar se a puérpera necessita de antibiótico Recém-nascido () Verificar se o recém-nascido fez uso de antibiótico e se o tratamento foi finalizado () Verificar se o recém-nascido está mamando bem () Verificar se a puérpera e o acompanhante foram orientados a solicitar ajuda no caso de sinais de alerta () Verificar se o recém-nascido apresenta icterícia () Verificar se o recém-nascido realizou os testes de triagem neonatal () Verificar se o recém-nascido recebeu as vacinas obrigatórias ao nascer	S ☐	N ☐
6.1.7 O NSP possui programação para capacitação dos profissionais sobre o protocolo? N	S ☐	N ☐
6.1.8 Há registro de capacitação dos profissionais sobre o protocolo? N	S ☐	N ☐
6.1.9 O NSP monitora a Taxa de adesão à Lista de Verificação para o Parto Seguro? Elabora gráficos e relatórios gerenciais? Há divulgação para as equipes assistenciais e direção? N	S ☐	N ☐

6.2 Protocolos Assistenciais e Procedimentos Operacionais para Segurança do Parto e Puerpério		
6.2.1 O NSP elaborou e mantém atualizado os seguintes Protocolos assistenciais e procedimentos operacionais: N	S ☐	N ☐
6.2.2 Protocolo assistencial ao parto e puerpério? N	S ☐	N ☐
6.2.3 Protocolo de prevenção, diagnóstico precoce e manejo de infecção puerperal? N	S ☐	N ☐
6.2.4 Protocolo assistencial de hipertensão gestacional? N	S ☐	N ☐
6.2.5 Protocolo assistencial para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais? N	S ☐	N ☐
6.2.6 Procedimento operacional sobre as medidas que devem ser adotadas na presença dos sinais de alerta durante o trabalho de parto N	S ☐	N ☐
6.2.7 Protocolo de prevenção, diagnóstico precoce e manejo de hemorragia pós-parto N	S ☐	N ☐
6.2.8 O hospital dispõe de kit de emergência para uso na hemorragia pós-parto? Informar quantitativo e local de armazenamento: _____	S ☐	N ☐
6.2.9 Protocolos de tratamento de infecção perinatal? N	S ☐	N ☐
6.2.10 Protocolos assistenciais de Atenção à saúde do recém-nascido N	S ☐	N ☐
6.2.11 Procedimento operacional sobre as medidas que devem ser adotadas na presença dos sinais de alerta para o recém-nascido no período pós-natal? N	S ☐	N ☐
6.2.12 Protocolos institucionais de testes de triagem neonatal (Sinal de Ortolani, Teste do reflexo vermelho, Triagem auditiva, Exame de oximetria de pulso (Teste do coraçãozinho), Avaliação do Frênulo da Língua (Teste da Linguinha), outros)? N	S ☐	N ☐
6.2.13 O NSP possui programação para capacitação dos profissionais sobre os protocolos e procedimentos operacionais? N	S ☐	N ☐
6.2.14 Há registro de capacitação dos profissionais sobre os protocolos e procedimentos operacionais? N	S ☐	N ☐
6.2.14 O NSP monitora os indicadores dos protocolos e procedimentos operacionais para a segurança no parto e puerpério? Elabora gráficos e relatórios gerenciais? Há divulgação para as equipes assistenciais e direção? N	S ☐	N ☐
7 Segurança Transfusional		
7.1 O hospital possui Serviço de Hemoterapia (As instituições de assistência à saúde que realizem intervenções cirúrgicas de grande porte, atendimentos de urgência, emergência, ou obstétrica ou que efetuem mais de 60 (sessenta) transfusões por mês devem contar com, pelo menos, uma Agência Transfusional)? Inf.	S ☐	N ☐
7.2 No caso de não possuir Serviço de Hemoterapia ou Agência Transfusional, o hospital possui convênio, contrato ou termo de compromisso formalizado com um serviço de hemoterapia de referência para assistência hemoterápica, com a definição das responsabilidades entre as partes, para o fornecimento de unidades de sangue ou componentes sanguíneos? I	S ☐	N ☐
7.3 Comprova participação das atividades do Comitê Transfusional do serviço de hemoterapia que assiste o hospital ou constituiu Comitê Transfusional próprio? N	S ☐	N ☐
7.4 O NSP elaborou, mantém atualizado e implementou os protocolos para controlar as indicações, o uso e o descarte dos componentes sanguíneos com o apoio técnico do serviço de hemoterapia de referência para assistência hemoterápica? N	S ☐	N ☐
7.5 Possui Protocolo de transfusão maciça elaborado com o apoio técnico do serviço de hemoterapia de referência para assistência hemoterápica (obrigatório em hospitais com leitos obstétricos)? I	S ☐	N ☐

7.6 O Protocolo de segurança do ato transfusional adota as seguintes medidas de segurança: N ☐ As transfusões serão realizadas por médico ou profissional de saúde habilitado, qualificado, e serão realizadas apenas sob supervisão médica, isto é, em local em que haja, pelo menos, um médico presente que possa intervir em casos de reações transfusionais? ☐ O paciente deve ter os seus sinais vitais (temperatura, pressão arterial e pulso) verificados e registrados, pelo menos, imediatamente antes do início e após o término da transfusão ☐ Os primeiros 10 (dez) minutos de transfusão serão acompanhados pelo médico ou profissional de saúde qualificado para tal atividade, que permanecerá ao lado do paciente durante este intervalo de tempo. ☐ Durante o transcurso do ato transfusional o paciente será periodicamente monitorado para possibilitar a detecção precoce de eventuais reações adversas ☐ Se houver alguma reação adversa o médico será comunicado imediatamente ☐ O receptor será identificado imediatamente antes da transfusão por meio da informação de seu nome completo, prestada pelo próprio receptor ou por profissional da equipe médica e/ou de enfermagem responsável pela assistência direta ao paciente. ☐ Havendo qualquer discrepância entre a identificação do receptor e a constante da bolsa, a transfusão será suspensa até o esclarecimento do fato. ☐ Haverá mecanismos, tais como pulseiras ou braceletes, que reduzam a possibilidade de erro na identificação do receptor na hipótese de receptores inconscientes ou desorientados	S ☐	N ☐
7.7 O Protocolo de segurança do ato transfusional determina o registro dos seguintes dados no prontuário do paciente: N ☐ Registro do número da bolsa e identificação do Hemocomponente transfundido ☐ Hora do início e término da transfusão ☐ Sinais vitais (pré-transfusão, após 10 minutos e no final da transfusão) ☐ O registro da ocorrência ou não de reação transfusional imediata ☐ A identificação dos profissionais envolvidos em cada uma das etapas do ato transfusional ☐ Determina o registro dos números das unidades transfundidas e as reações imediatas associadas a transfusões no prontuário médico do paciente	S ☐	N ☐
7.8 O protocolo para detecção e avaliação das reações transfusionais adota as seguintes medidas: N ☐ Na suspeita de reação transfusional o paciente receberá atendimento imediato e tanto o médico assistente quanto o serviço de hemoterapia que preparou a transfusão deverão ser comunicados ☐ Manterá os registros no prontuário do paciente referentes à investigação e à conduta adotadas nas reações transfusionais ☐ O comitê transfusional do serviço de hemoterapia será informado e monitorará as reações transfusionais ocorridas zelando pelo atendimento e notificação dessas reações ☐ As reações transfusionais imediatas serão avaliadas e acompanhadas pelo serviço que realizou a transfusão e serão adotadas as medidas previstas nas normas técnicas	S ☐	N ☐
7.9 O NSP comprova capacitação dos profissionais de saúde da instituição: ☐ Protocolo de transfusão maciça ☐ Protocolo de segurança do ato transfusional ☐ Protocolo para detecção e avaliação das reações transfusionais	S ☐	N ☐
7.10 O NSP monitora os indicadores de transfusão de sangue ou componentes sanguíneos e reações adversas transfusionais? Elabora gráficos e relatórios gerenciais? Há divulgação para as equipes assistenciais e direção? N	S ☐	N ☐
8 Gerenciamento de Tecnologias		
8.1 Dispõe de Plano de Gerenciamento de Tecnologias em Saúde (PGT) estabelecendo critérios mínimos a serem seguidos para o gerenciamento de tecnologias no estabelecimento de forma a garantir qualidade, eficácia, efetividade e segurança fundamental na prevenção de eventos graves?	S ☐	N ☐
8.2 O Plano de Gerenciamento de Tecnologias em Saúde (PGT) abrange: produtos para saúde, incluindo equipamentos de saúde; produtos de higiene e cosméticos; medicamentos; e saneantes? .	S ☐	N ☐
8.3 Possui normas e rotinas técnicas de procedimentos padronizadas, atualizadas, registradas e acessíveis aos profissionais envolvidos, para cada etapa do gerenciamento?	S ☐	N ☐

8.4 Está designado profissional com nível de escolaridade superior, com registro ativo junto ao seu conselho de classe, quando couber, para exercer a função de responsável pela elaboração e implantação do Plano de Gerenciamento de cada Tecnologia utilizada na prestação de serviços de saúde?	S ☐	N ☐
8.5 A instituição mantém disponível, a todos os profissionais envolvidos, os resultados da avaliação anual das atividades de gerenciamento dispostas no PGT?	S ☐	N ☐
8.6 A instituição elabora e implementa um programa de educação continuada para os profissionais envolvidos nas atividades de gerenciamento, com registro de sua realização e participação?	S ☐	N ☐
8.7 A instituição dispõe de mecanismos que permitam a rastreabilidade das tecnologias produtos para saúde, incluindo equipamentos de saúde; produtos de higiene e cosméticos; medicamentos; e saneantes?	S ☐	N ☐
8.8 A documentação referente ao gerenciamento de tecnologia mantém-se arquivada por um prazo mínimo de 5 (cinco) anos, para efeitos de ações de vigilância sanitária?	S ☐	N ☐
8.9 Possui uma sistemática de monitorização e gerenciamento de risco das tecnologias em saúde, visando à redução e minimização da ocorrência dos eventos adversos?	S ☐	N ☐
8.10 Realiza notificação ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos e queixas técnicas envolvendo as tecnologias em saúde?	S ☐	N ☐
9 Análise de Prontuários		
9.1 A Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica com registro de preenchimento referente aos procedimentos cirúrgicos realizados encontra-se disponível nos prontuários? N	S ☐	N ☐
9.2 A ferramenta para mensuração do risco para desenvolvimento de LPP com registro de preenchimento diário encontra-se disponível nos prontuários? N	S ☐	N ☐
9.3 Existe registro da elaboração e implementação do plano de cuidados multiprofissional específico para prevenção de LPP, de acordo com o risco mensurado? N	S ☐	N ☐
9.4 A ferramenta para avaliação do risco de queda com registro de preenchimento diário encontra-se disponível nos prontuários? N	S ☐	N ☐
9.5 Existe registro da elaboração e implementação do plano de cuidados multiprofissional específico para prevenção de queda, de acordo com o risco avaliado e os fatores de risco individuais identificados? N	S ☐	N ☐
9.6 A Lista de Verificação para Inserção de CVC com registro de preenchimento referente aos CVCs instalados encontra-se disponível nos prontuários? N	S ☐	N ☐
9.7 A Lista de Verificação de Cuidados Diários no Manuseio de CVC com registro de preenchimento diário encontra-se disponível nos prontuários? N	S ☐	N ☐
9.8 A Lista de Verificação para o Parto Seguro com registro de preenchimento referente aos partos realizados encontra-se disponível nos prontuários? N	S ☐	N ☐
9.9 O número das unidades transfundidas e identificação do Hemocomponente transfundido; Hora do início e término da transfusão; Sinais vitais (pré-transfusão, após 10 minutos e no final da transfusão); identificação dos profissionais envolvidos em cada etapa do ato transfusional, e as reações imediatas associadas a transfusões estão registrados nos prontuários? N	S ☐	N ☐
9.10 O Sumário de alta ou de óbito encontra-se disponível nos prontuários? N	S ☐	N ☐
9.11 A Ficha de Revisão de Óbito preenchida pela Comissão de Revisão de Óbito e pelo NSP encontra-se disponível nos prontuários de pacientes que foram a óbito no hospital? N	S ☐	N ☐

CLASSIFICAÇÃO DOS ITENS DE VERIFICAÇÃO:

I – Imprescindível

N – Necessário

R – Recomendável

Inf. - Informativo

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA:

BRASIL. Ministério da Saúde, ANVISA. Resolução RDC nº.36 de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. DOU, 28 NOV. 2011.



BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). DOU, 2 abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. ANVISA. Resolução RDC nº 509, de 27 de maio de 2021. Dispõe sobre o gerenciamento de tecnologias em saúde em estabelecimentos de saúde. DOU, 31 maio. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.095 de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. DOU, 25 set 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente D.O.U. de 10 jul. 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília. 2014.40p.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017. D.O.U. de 03 de outubro de 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS nº 774, de 13 de abril de 2017. Define normas para o cadastramento dos Núcleos de Segurança do Paciente no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2017; 201p.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução-RDC nº 42, de 25 de outubro de 2010. Dispõe sobre a obrigatoriedade de disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos, pelos serviços de saúde do País, e dá outras providências. Brasília; 2010.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. ANVISA/GVIMS/GGTES. Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Série: Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília, 2016; 68p.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. ANVISA/GVIMS/GGTES. Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Série – segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília. 2013; 168p.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. Brasília, 2021.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. ANVISA/GVIMS/GGTES - Nota Técnica nº04/2020- Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados da COVID-19.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. ANVISA/GVIMS/GTES – Nota Técnica nº 03/2019 – Critérios de diagnósticos das infecções relacionados a assistência a saúde.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Prevenção de infecções por microrganismos multirresistentes em serviços de saúde – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Brasília: Anvisa, 2021

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Resolução CREMERJ nº 336 de 20 de setembro de 2022. Dispõe sobre o funcionamento da Comissão de Revisão de Óbitos e sua interface com o Núcleo de Segurança do Paciente na análise dos óbitos hospitalares visando a promoção da qualidade da assistência prestada nas unidades de saúde do Estado do Rio de Janeiro. DOU de 26.09.2022 .

RIO DE JANEIRO. Secretaria de Saúde do Estado. Protocolo de prevenção de infecção de corrente sanguínea associada a cateteres centrais. Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2016.

RIO DE JANEIRO. Secretaria do Estado de Saúde. Resolução SES nº 1833 de 26 de abril de 2019. Dispõe sobre a obrigatoriedade da vigilância epidemiológica das Infecções relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) e resistência microbiana (RM) em serviços de saúde públicos e privados do Estado do Rio de Janeiro.

RIO DE JANEIRO. Secretaria do Estado de Saúde. Resolução SES nº 2803 de 21 de julho de 2022. Aprova o Plano de Contingência do Estado do Rio de Janeiro para Infecções causadas por Microrganismos Multirresistentes em Serviços de Saúde - PLACON-RM/RJ.

RIO DE JANEIRO. Secretaria do Estado de Saúde. Resolução SES n.º 2851 de 16 de setembro de 2022. Aprova o Protocolo de Implementação da Lista de Verificação para o Parto Seguro.

SIGLAS:

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CVC - Cateter Venoso Central

CVD - Cateter Vesical de Demora

CVP - Cateter Venoso Periférico



CC - Centro Cirúrgico

SCIRAS - Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde

CIM - Concentração Inibitória Mínima

CNES - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde

COREN - Conselho Regional de Enfermagem

CRM - Conselho Regional de Medicina

EA - Eventos Adversos

EAS - Estabelecimento Assistencial de Saúde

EPI - Equipamento de Proteção Individual

IPCS - Infecção Primária de Corrente Sanguínea

ISC - Infecção do Sítio Cirúrgico

ITU - Infecção do Trato Urinário

LPP - Lesão por Pressão

MRSA - *Staphylococcus aureus* resistente à metilina

NSP - Núcleo de Segurança do Paciente

PAV - Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica

PLACON-RM/RJ - Plano de Contingência do Estado do Rio de Janeiro para Infecções causadas por Microrganismos Multirresistentes em Serviços de Saúde

POP - Procedimento Operacional Padrão

PSP - Plano de Segurança do Paciente

RDC - Resolução Diretoria Colegiada

RG - Registro(s)

VRE - *Enterococcus* resistente à vancomicina

UTI - Unidade de Terapia Intensiva