ROTEIRO DE AUTO INSPEÇÃO PARA SERVIÇOS VETERINÁRIOS

Data da avaliação: ____/_____/20____

Identificação:

Razão Social:_____

Nome Fantasia: _____

CNPJ: _____

Endereço: _____

Telefones: _____

e-mail: _____

Responsável Legal: _____

CPF do responsável legal: _____

Responsável Técnico (RT): _____

CPF e CRMV do RT: _____

Documentação

1. O estabelecimento possui certificado de assunção do responsável técnico emitido pelo CRMV. **( ) Sim ( ) Não**
2. O estabelecimento possui Alvará de Uso e AVCB (Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros) válidos. **( ) Sim ( ) Não**

3. Há manutenção periódica dos equipamentos (autoclave, equipamento de anestesia inalatória, equipamento odontológico, ar condicionado, etc.) com documento comprobatório. **( ) Sim ( ) Não**
4. Realiza a limpeza e desinfecção dos reservatórios de água potável, a cada seis meses com documento comprobatório. **( ) Sim ( ) Não**

Estrutura

1. O estabelecimento é mantido nas mais perfeitas condições de ordem e higiene, inclusive no que se refere ao pessoal e material. **( ) Sim ( ) Não**
2. Há utilização de ventiladores em alguma área crítica. **( ) Sim ( ) Não**
3. O piso do estabelecimento é liso, impermeável, resistente a pisoteio e desinfetantes e de cor clara para facilitar a visualização de sujidades, facilitando a correta higienização. **( ) Sim ( ) Não**
4. As paredes do estabelecimento são impermeabilizadas e lisas até a altura de 2 metros. **( ) Sim ( ) Não**
5. Há armazenamento de caixas de papelão em áreas críticas e semi-críticas ou juntamente com insumos do estabelecimento (guarda de seringas e agulhas em gavetas, por exemplo). **( ) Sim ( ) Não**
6. Os móveis são lisos, impermeáveis e de fácil higienização. **( ) Sim ( ) Não**
7. Os ralos internos e grelhas externas do estabelecimento são mantidos fechados ou com tela milimétrica que impeça a passagem de insetos. **( ) Sim ( ) Não**
8. São utilizadas toalhas de tecido para secagem das mãos em lavatórios de clientes e colaboradores. **( ) Sim ( ) Não**
9. Os lavatórios de clientes e colaboradores são providos de sabonete líquido e toalhas de papel descartáveis. **( ) Sim ( ) Não**
10. Consultórios e sala de abrigo para animais (internação, sala de fluidoterapia, sala de observação de animais, sala para recuperação pós-anestésica) possuem lavatório para higienização das mãos da equipe do estabelecimento. **( ) Sim ( ) Não**
11. O estabelecimento está livre de acúmulo de objetos e materiais que se prestem a servir de criadouros dos mosquitos do gênero Aedes, evitando condições que propiciem a instalação e proliferação dos vetores causadores da dengue e outras arboviroses. **( ) Sim ( ) Não**

Atividade cirúrgica

1. O acesso ao centro cirúrgico pelo cirurgião se dá através de antecâmara (ambiente para desinquinação das mãos e paramentação), com porta sem maçaneta e acionada sem o comando das mãos. **( ) Sim ( ) Não**
2. As janelas do centro cirúrgico, antecâmara e sala de esterilização são vedadas de modo que impeçam acesso à área externa ou com instalação de tela milimétrica que impeça a passagem de insetos. **( ) Sim ( ) Não**
3. O centro cirúrgico é provido de sistema de climatização que garanta o conforto térmico do local sem troca com meio externo. **( ) Sim ( ) Não**
4. Há ventiladores nos ambientes cirúrgicos (centro cirúrgico, antecâmara, sala de esterilização). **( ) Sim ( ) Não**
5. A sala de paramentação (antecâmara) possui lavatório sem acionamento manual e com cuba de profundidade adequada que permita a higienização das mãos e antebraços. **( ) Sim ( ) Não**
6. A sala de esterilização possui espaço físico que permita fluxo adequado do processamento de materiais. **( ) Sim ( ) Não**
7. O estabelecimento possui POP para a atividade de esterilização contendo todas as etapas do processo, inclusive como é realizado o transporte dos materiais do centro cirúrgico até a sala, EPIs a serem utilizados, com documento que comprove a manutenção preventiva anual do equipamento e indicadores microbiológicos que comprovem a eficácia do processo. **( ) Sim ( ) Não**
8. Os materiais cirúrgicos são transportados até a sala de esterilização em caixa de plástico provida de tampa. **( ) Sim ( ) Não**
9. Há livro para registro dos testes biológicos. **( ) Sim ( ) Não**
10. É utilizado detergente enzimático para a lavagem dos materiais. **( ) Sim ( ) Não**
11. Possui EPIs?

( ) luva de cano longo, de borracha
( ) óculos de proteção
( ) Avental impermeável
( ) Touca
( ) Máscara

12. Realiza troca de escovas e utensílios utilizados na limpeza de materiais e instrumentais com qual periodicidade? _____
13. Os materiais e instrumentais, depois de esterilizados, possuem rótulo de identificação, contendo no mínimo:

( ) Data da esterilização

( ) Data limite de uso (7 dias)

14.- Os materiais e instrumentais utilizados no processamento encontram-se em perfeito estado de conservação e integridade, garantindo assim, sua funcionalidade? **( ) Sim ( ) Não**

15. Realiza manutenção preventiva e corretiva de todos os equipamentos (autoclave, incubadora, seladora e ultrassônica) utilizados no processamento de materiais? **( ) Sim ( ) Não**

Qual a última data de manutenção dos equipamentos citados acima:___/___/___

Resíduos

1. Há um Plano de Gerenciamento de Resíduos. **( ) Sim ( ) Não**
2. Há contrato com empresa(s) para coleta de resíduos infectantes (tipo A), perfurocortantes (tipo E) e químicos (tipo B). **( ) Sim ( ) Não**

Observação - Resíduos químicos compreendem: resíduos de equipamentos laboratoriais, medicamentos com prazo de validade expirado ou que passou do prazo informado em bula após a abertura do lacre, frascos vazios de hormônio e antibiótico. Tais resíduos devem ser segregados dos medicamentos de uso geral, armazenados em recipiente de parede rígida, impermeável, lavável e identificados. Se estes resíduos forem de medicamentos sujeitos a controle especial devem estar sob acesso restrito.

3. Em cada ambiente em que se manipulem animais (consultórios, salas de observação, centro cirúrgico, etc) há lixeiras exclusivas, identificadas e tampadas para resíduos comuns (tipo D) e para infectantes (tipo A), sendo que as lixeiras devem ser de material liso, lavável, resistente à punctura, ruptura, vazamento e tombamento, com cantos arredondados e com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual. **( ) Sim ( ) Não**
4. Utiliza o balde de escoamento de líquidos das mesas de atendimento como lixeira. **( ) Sim ( ) Não**
5. Em cada ambiente em que se manipulem animais (consultórios, salas de observação, centro cirúrgico, etc) há caixa para descarte de resíduos perfurocortantes fixada em altura adequada. **( ) Sim ( ) Não**
6. O armazenamento temporário até a coleta pela empresa é realizado em local isolado, de fácil higienização e com identificação. **( ) Sim ( ) Não**

7. Há freezer para o armazenamento de cadáveres e restos de cirurgia com identificação e em local protegido de intempéries. **( ) Sim ( ) Não**

Medicamentos sujeitos a controle especial da Portaria 344/98

1. Há local (armário/gaveta/maleta) exclusivo e com acesso restrito (guarda sob chave ou outro dispositivo que ofereça segurança) para a guarda de medicamentos sujeitos a controle especial (humanos e veterinários). **( ) Sim ( ) Não**
2. Há livros específicos para escrituração de movimentação em ordem cronológica de estoques, entradas (aquisição), saídas (utilização) e perdas (descarte e prazo de validade expirado). **( ) Sim ( ) Não**
3. O estabelecimento realiza escrituração semanal adequada nestes livros, devendo as informações estarem contidas também nos prontuários dos pacientes garantindo a rastreabilidade do uso do produto. **( ) Sim ( ) Não**
4. Os medicamentos controlados de conservação em geladeira estão sob acesso restrito. **( ) Sim ( ) Não**
5. O estabelecimento mantém notas fiscais de aquisição destes produtos (NF original ou cópias). **( ) Sim ( ) Não**

Boas Práticas em Medicamentos e Imunobiológicos

1. O estabelecimento controla a validade dos medicamentos, colocando em caixa específica para estes resíduos químicos serem descartados após vencimento do prazo de validade. **( ) Sim ( ) Não**
2. Os medicamentos são conservados nas suas embalagens originais e protegidos da luminosidade, mantendo temperatura adequada à conservação no local de estoque. **( ) Sim ( ) Não**
3. O estabelecimento coloca a data de abertura nos frascos multidose. **( ) Sim ( ) Não**

Observação: Identificar a data de abertura dos frascos multidoses, verificando nova validade após a abertura do lacre conforme a recomendação dos fabricantes, se o fabricante não indicar nova data após a abertura, utilizar por ¼ do tempo restante de validade.

4. Almotolias de produtos químicos (álcool, desinfetante, etc) são identificadas devidamente (produto e data de envase) e seu conteúdo é trocado semanalmente

após a devida higienização deste recipiente. **( ) Sim ( ) Não**

5. Há armazenamento de medicamento ou imunobiológico na porta da geladeira. **( ) Sim ( ) Não**
6. Amostras biológicas e alimentos são armazenados na mesma geladeira que vacinas e medicamentos. **( ) Sim ( ) Não**
7. Há termômetro de máxima e mínima para controle de temperatura da geladeira com planilha específica com escrituração de temperatura (mínima, máxima e momento) duas vezes ao dia (no início e no final do período do trabalho). **( ) Sim ( ) Não**

Observação: após escrituração das temperaturas na planilha não se deve esquecer de apertar o botão reset do termômetro.

8. Há POP para a conservação dos imunobiológicos, incluindo o recebimento (condições em que os imunobiológicos foram recebidos) e as ações a serem tomadas em casos de limpeza da geladeira e em casos em que a temperatura passe da indicada para a conservação de vacinas (as vacinas devem ser mantidas em temperaturas variando entre 2°C e 8°C). **( ) Sim ( ) Não**

Saúde do Trabalhador

1. É realizado controle de vacinação dos funcionários: Dupla Adulto (Tétano e Difteria – a cada 10 anos), Febre Amarela (uma vez na vida) e Raiva (3 doses na pré-exposição com controle anual da sorologia para avaliar a necessidade ou não de dose de reforço) e controle anual de sorologia para raiva. **( ) Sim ( ) Não**
2. Há um POP (Procedimento Operacional Padrão) de acidentes de funcionários envolvendo animais (ações a serem tomadas em caso de acidentes - mordeduras e arranhaduras de cães e gatos) com capacitação para os colaboradores. **( ) Sim ( ) Não**

Banho e tosa

1. Há serviço de banho e tosa: **( ) Sim ( ) Não**
   Obs: Se a resposta anterior for “não”, desconsiderar as demais questões deste item.
2. A sala para banhos possui piso impermeável e resistente a desinfetantes; as paredes são impermeabilizadas até a altura de 2m e a banheira tem paredes lisas

e impermeáveis. **( ) Sim ( ) Não**

3. O escoamento das águas da banheira é ligado diretamente à rede de esgoto, sendo provido de caixa de sedimentação para contenção dos pelos dos banhos dos animais. **( ) Sim ( ) Não**
4. As gaiolas dos animais possuem sinais de ferrugem. **( ) Sim ( ) Não**
5. As toalhas são trocadas a cada animal. **( ) Sim ( ) Não**
6. Os funcionários utilizam vestimentas adequadas (calças) e calçados fechados a fim de evitar acidentes. **( ) Sim ( ) Não**
7. Os instrumentais (tesouras, pinças, lâminas) são higienizados entre as utilizações nos animais. **( ) Sim ( ) Não**

Qual produto é utilizado: _____

Zoonoses

1. Há um POP (Procedimento Operacional Padrão) para zoonoses (Raiva, Leptospirose Leishmaniose Visceral Canina e Esporotricose) contendo a suspeita clínica do animal para cada uma das zoonoses, os EPIs que devem ser utilizados pelos funcionários do estabelecimento em contao com animais supeitos, as orientações a serem transmitidas aos tutores dos animais (para cada uma das zoonoses), assim como, o fluxo de notificação destas doenças à Vigilância em Saúde. **( ) Sim ( ) Não**

Radiologia

1. Há equipamento de radiação ionizante no estabelecimento: **( ) Sim ( ) Não**

Obs: Se a resposta anterior for “não”, desconsiderar as demais questões deste item.

2. O estabelecimento mantém dosímetros individuais e padrão com os devidos laudos mensais. **( ) Sim ( ) Não**
3. O dosímetro individual de leitura indireta é trocado mensalmente. **( ) Sim ( ) Não**
4. O dosímetro padrão é deixado fora da sala de disparo do equipamento de radiação ionizante. **( ) Sim ( ) Não**
5. Há relatório de controle de qualidade do equipamento de raios X/tomografia (periodicidade anual). **( ) Sim ( ) Não**

Qual a data do último relatório:_____

6. Há laudo ambiental radiométrico (periodicidade a cada quatro anos). **( ) Sim ( ) Não**

   Qual a data do último relatório: _____

7. Há relatório de controle de qualidade dos acessórios plumbíferos utilizados (luva, protetor de tireóide, etc). **( ) Sim ( ) Não**

   Qual a data do último relatório:_____

8. Os apoios ou almofadas utilizados para posicionar os animais são revestidos de material impermeável e íntegro. **( ) Sim ( ) Não**

Antineoplásicos

1. O estabelecimento realiza a manipulação de medicamentos antineoplásicos. **( ) Sim ( ) Não**

Obs: Se a resposta anterior for "não", desconsiderar as demais questões deste item.

2. Para manipulação de medicamentos antineoplásicos há: antecâmara para paramentação, sala exclusiva para preparação dos medicamentos com cabine de segurança biológica classe II B2 e pressão negativa. **( ) Sim ( ) Não**
3. Para manipulação e/ou aplicação de antineoplásicos o estabelecimento possui:

( ) Equipamentos de Proteção Individual e Coletiva

( ) Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional (PCMSO) e Plano de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA)

( ) Sala de manipulação com Pressão Negativa

( ) Antecâmara

( ) POP origem das drogas

( ) POP de higiene ambiental das instalações

( ) POP de comunicação de risco aos tutores

( ) Kit de derramamento

( ) Registro de acidentes

( ) Treinamento de colaboradores

( ) Programa de gerenciamento de resíduos

Declaro conhecer e cumprir a legislação sanitária vigente, integralmente, observando as boas práticas referentes à atividade e serviços prestados; e assumo, civil e criminalmente,

inteira responsabilidade pela veracidade das informações prestadas neste documento, ficando, inclusive, sujeito ao cancelamento da Licença de Sanitária, se observadas informações inconsistentes.

_____ Data: ____/___/____
Assinatura e carimbo do Responsável Legal

_____ Data: ____/____/____
Assinatura e carimbo do Responsável Técnico