|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***ROTEIRO PARA INSPEÇÃO EM ESTABELECIMENTOS DE ODONTOLOGIA*** | | | | | ***Observações*** |
| **CARACTERÍSTICAS DA ASSISTÊNCIA PRESTADA** | | | | | |
| 1. Tipo de Assistência Odontológica |  | | | |  |
| 1. Quantos equipos odontológicos estão instalados neste endereço? |  | | | |  |
| 1. Quais as especialidades odontológicas realizadas no estabelecimento? |  | | | | |
| 1. Possui Aparelhos de RX instalados neste endereço? | SIM | | NÃO | |  |
| 1. Se sim, quantos?   Intra-oral \_\_\_\_\_ Extra-oral \_\_\_\_ | | | | |
| **SALA DE RECEPÇÃO** | | | | | |
|  | SIM | NÃO | | Observações | |
| 1. Com área que supra a demanda do local, permitindo que as pessoas aguardem sentadas pelo atendimento, incluindo conforto térmico e iluminações adequadas e boas condições de higiene? |  |  | |  | |
| 1. Teto e paredes/divisórias limpos, íntegros, sem rachaduras e infiltrações? |  |  | |  | |
| 1. Pisos limpos, íntegros, sem rachaduras e infiltrações? |  |  | |  | |
| 1. Instalações elétricas ou hidráulicas protegidas e embutidas por calhas respectivamente? |  |  | |  | |
| 1. Ventilação natural e/ou artificial que possibilita conforto térmico? |  |  | |  | |
| 1. Iluminação natural e/ou artificial suficiente e em bom estado de conservação? |  |  | |  | |
| **SANITÁRIOS E LAVATÓRIOS:** | | | | | |
| 1. Possuem dispensadores de sabonete líquido ao lado do lavatório e encontram-se abastecidos? |  |  | |  | |
| 1. Provido de suporte para papel toalha e abastecido? |  |  | |  | |
| 1. Provido de lixeira com tampa e pedal? |  |  | |  | |
| 1. Provido de lixeiras revestidas por saco de lixo apropriado? |  |  | |  | |
| 1. Provido de ralo sifonado com tampa escamoteável? |  |  | |  | |
| 1. Teto e paredes/divisórias limpos, íntegros, sem rachaduras e infiltrações? |  |  | |  | |
| 1. Piso limpos, íntegros, sem rachaduras e infiltrações? |  |  | |  | |
| 1. Instalações elétricas ou hidráulicas protegidas e embutidas por calhas respectivamente? |  |  | |  | |
| 1. Ventilação natural e/ou artificial? |  |  | |  | |
| 1. Iluminação natural e/ou artificial suficiente e em bom estado de conservação? |  |  | |  | |
| **ÁREA DE ATENDIMENTO:** | | | | | |
| 1. Consultório individual com metragem mínima de 9m² ou consultório coletivo com a área mínima conforme número e quantidade de equipamentos utilizados, possuindo distância mínima livre de 0,8 m na cabeceira e de 1 m nas laterais de cada cadeira odontológica? |  |  | |  | |
| 1. Consultório coletivo com no mínimo 2 metros entre as cadeiras (equipamentos)? |  |  | |  | |
| 1. Presença de lavatório exclusivo para lavagem das mãos? |  |  | |  | |
| 1. Os lavatórios de mãos possuem sistema de acionamento não manual? |  |  | |  | |
| 1. Presença de pia exclusiva para lavagem de instrumentos? |  |  | |  | |
| 1. Há distância mínima compatível entre os lavatórios de mãos e a pia de instrumentais ou barreira que evite respingos da pia para lavagem do instrumental não contamine o lavatório de mãos? |  |  | |  | |
| 1. Teto e paredes/divisórias com acabamento liso, de cores claras, revestidos com tinta ou material laváveis que permitam um completo processo de higienização? |  |  | |  | |
| 1. Piso de material liso (sem a presença de descontinuidades, tais como fendas ou rachaduras), resistente, impermeável e lavável que permita um completo processo de higienização? |  |  | |  | |
| 1. Instalações elétricas ou hidráulicas protegidas e embutidas por calhas respectivamente? |  |  | |  | |
| 1. O ambiente possui aparelho de ar condicionado que possibilite conforto térmico? (Sendo vedado o uso de ventiladores). |  |  | |  | |
| 1. Iluminação natural e/ou artificial suficiente e em bom estado de conservação? |  |  | |  | |
| 1. As almotolias/sprays possuem identificação do produto e data de validade e são lavadas semanalmente? |  |  | |  | |
| 1. O revestimento das cadeiras odontológicas e mochos é livre de rasgos, sulcos e reentrâncias que dificultam a limpeza e desinfecção? |  |  | |  | |
| 1. Realiza desinfecção de bancadas, equipo, pontas de trabalho, pontas dos aparelhos periféricos são lavadas e posteriormente desinfetadas com Álcool 70%? |  |  | |  | |
| 1. Possui lixeira com tampa e acionamento por pedal identificada e revestida por saco branco leitoso com símbolo de infectante? |  |  | |  | |
| 1. Possui lixeira com tampa e acionamento por pedal revestida por saco plástico para descarte dos resíduos comuns? |  |  | |  | |
| **LIMPEZA, DESINFECÇÃO E ESTERILIZAÇÃO - AMBIENTE E SUPERFÍCIES:** | | | | | |
| **ÁREA PARA ESTERILIZAÇÃO:** |  |  | |  | |
| 1. Presença de área exclusiva (fora da área de atendimento) quando houver mais de 02 equipos odontológicos? |  |  | |  | |
| 1. Se a resposta anterior for sim, com metragem mínima suficiente para manter a inexistência de eventuais fatores de risco em potencial à saúde dos trabalhadores e usuários? |  |  | |  | |
| **REPROCESSAMENTO DOS INSTRUMENTAIS:** |  |  | |  | |
| 1. Utiliza detergente enzimático? |  |  | |  | |
| 1. Segue a recomendação do fabricante para uso do detergente enzimático? |  |  | |  | |
| 1. Possui caixa plástica com tampa para imersão dos instrumentais em detergente enzimático? |  |  | |  | |
| 1. O estabelecimento possui cuba de ultra-som? |  |  | |  | |
| 1. Realiza desinfecção das moldagens/moldes? |  |  | |  | |
| 1. Não utiliza produtos desinfetantes para instrumentais e brocas (esterilização química)? |  |  | |  | |
| **ESTERILIZAÇÃO FÍSICA/ AUTOCLAVE (CALOR ÚMIDO):** |  |  | |  | |
| 1. Autoclave instalada local apropriado? |  |  | |  | |
| 1. Possui local adequado e iluminado para o preparo e selamento das embalagens dos artigos a serem esterilizados? |  |  | |  | |
| 1. Acondiciona os instrumentais em embalagens adequadas (papel grau cirúrgico e filme plástico; papel crepado; caixas metálicas perfuradas e revestidas de TNT ou tecido de algodão) ? |  |  | |  | |
| 1. Armazena os artigos processados em armário fechado, limpo e longe de fontes de calor e umidade? |  |  | |  | |
| 1. Todos os pacotes de instrumentais esterilizados contem indicadores químicos externamente em todas as embalagens que indicam que a temperatura selecionada para a esterilização foi atingida em um determinado momento? |  |  | |  | |
| 1. Todos os pacotes de instrumentais esterilizados possuem a data de esterilização? |  |  | |  | |
| 1. Realiza o controle biológico da autoclave ao mínimo quinzenalmente? |  |  | |  | |
| 1. Possui registros dos resultados dos testes biológicos da autoclave assinados pelo Responsável Técnico? |  |  | |  | |
| 1. A manutenção da autoclave e limpeza interna é realizada conforme a indicação do fabricante e registrada? |  |  | |  | |
| **ESTERILIZAÇÃO FÍSICA/ ESTUFA (CALOR SECO):** |  |  | |  | |
| 1. Estufa instalada em local apropriado? |  |  | |  | |
| 1. Realiza esterilização por estufa a 170º por 1 hora, após atingir esta temperatura, calibrada por termômetro acessório? |  |  | |  | |
| 1. Utiliza o controle da temperatura pelo termômetro de bulbo? |  |  | |  | |
| 1. Armazena os artigos processados em armário fechado, limpo e longe de fontes de calor e umidade? |  |  | |  | |
| 1. Acondiciona os instrumentais em caixas de inox, sendo estas identificadas por procedimento, data de validade e indicadores químicos externos (fita adesiva termossensível)? |  |  | |  | |
| 1. Acondiciona os instrumentais para esterilização e uso em kits individualizados, permitindo que sejam abertos somente no momento de atendimento do paciente? |  |  | |  | |
| **EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL** |  |  | |  | |
| 1. Possui gorros para toda a equipe de trabalho e pacientes? Ou Descartáveis? |  |  | |  | |
| 1. Possui protetores oculares para toda a equipe de trabalho? |  |  | |  | |
| 1. Possui máscaras cirúrgicas com grau de eficiência de filtração comprovada para toda a equipe de trabalho, sendo trocadas a cada cliente ou sempre que necessário? |  |  | |  | |
| 1. Possui luvas de procedimento para toda a equipe de trabalho com troca a cada cliente? |  |  | |  | |
| 1. Possui luvas cirúrgicas para cirurgias? |  |  | |  | |
| 1. Possui luvas de borracha com cano longo para lavagem de instrumentais? |  |  | |  | |
| 1. Possui avental de manga longa para toda a equipe de trabalho? |  |  | |  | |
| 1. Possui calçados fechados para toda a equipe de trabalho? |  |  | |  | |
| **SITUAÇÃO E CONDIÇÃO DOS INSTRUMENTAIS** |  |  | |  | |
| 1. Instrumental clínico e cirúrgico em número suficiente e compatível com a demanda dos atendimentos? |  |  | |  | |
| 1. Possui brocas e limas em quantidade suficiente e compatíveis com a demanda dos atendimentos? |  |  | |  | |
| **SITUAÇÃO E CONDIÇÃO DOS EQUIPAMENTOS** |  |  | |  | |
| 1. Equipamentos de uso odontológico em estado condizente com os procedimentos executados? |  |  | |  | |
| 1. Fotopolimerizador com proteção ocular ou óculos de proteção especifico? (quando necessário) |  |  | |  | |
| 1. Compressor com proteção acústica (caso necessário)? |  |  | |  | |
| 1. Sugador de saliva e ar comprimido ou elétrico provido de pontas descartáveis? |  |  | |  | |
| **MANEJO DOS RESÍDUOS (RDC Nº 306 de 07/12/04)** | | | |  | |
| 1. Existe plano de gerenciamento de resíduos no estabelecimento? |  |  | |  | |
| 1. Separa e acondiciona os resíduos por tipo no momento da geração? |  |  | |  | |
| 1. Os resíduos infectantes são acondicionados em saco plástico branco leitoso padronizado pela ABNT-NBR 91/90? |  |  | |  | |
| 1. Os resíduos perfuro-cortantes (agulhas, lâminas de bisturi, etc.) são acondicionados em recipiente especifico? |  |  | |  | |
| 1. O recipiente para acondicionamento dos perfurocortantes está localizado próximo ao local de geração destes resíduos? |  |  | |  | |
| 1. O recipiente para acondicionamento dos perfurocortantes é mantido em suporte exclusivo e em altura que permita a visualização da abertura para descarte? |  |  | |  | |
| 1. Os resíduos de mercúrio/amalgama são acondicionados em recipientes inquebráveis, com água pela metade e tampados hermeticamente? |  |  | |  | |
| 1. As folhas de chumbo do filme radiológico são acondicionadas em separado e identificadas? |  |  | |  | |
| 1. Os resíduos comuns são acondicionados em sacos plásticos com transparência (exceto nas cores preta, vermelha e branca) de uso domiciliar? |  |  | |  | |
| 1. Os resíduos perfurocortantes são descartados pelos trabalhadores que os geraram? |  |  | |  | |
| **INSUMOS** | | | |  | |
| 1. Os materiais de consumo odontológico estão dentro da validade? |  |  | |  | |
| 1. Os materiais de consumo odontológico têm registro no Ministério da Saúde? |  |  | |  | |
| 1. Os materiais de consumo odontológico estão armazenados em local próprio? |  |  | |  | |
| 1. Os materiais de uso único (agulhas, agulhas de sutura, seringas, lâminas de bisturi, lençol de borracha, etc) são descartados após uso de acordo com o preconizado pelas normas vigentes? |  |  | |  | |
| **RAIOS-X (conforme Portaria MS/SVS nº 453 de 01/06/98 – capítulo 5)** |  |  | |  | |
| 1. O equipamento de radiografia intra-oral encontra-se instalado em local que permita à equipe se distanciar do cabeçote e do paciente de pelo menos 2 metros? |  |  | |  | |
| 1. Cada equipo de raios-X possui vestimenta plumbífera, em bom estado de uso, (proteção de tronco, tireóide e gônadas) com 0,25mm de chumbo? |  |  | |  | |
| 1. A vestimenta plumbífera está preservada sobre superfície horizontal ou em suporte apropriado? |  |  | |  | |
| 1. O estabelecimento possui quadro em local visível orientando o paciente e/ou acompanhante a exigir o uso correto da vestimenta plumbífera? |  |  | |  | |
| 1. O equipamento apresenta comprovante de manutenção preventiva? |  |  | |  | |
| 1. O equipamento apresenta laudo técnico e levantamento radiométrico? |  |  | |  | |
| 1. Caso haja necessidade, há disponibilização de dosimetros para os trabalhadores? Estes são armazenados corretamente? |  |  | |  | |
| **CÂMARA ESCURA:** |  |  | |  | |
| 1. Possui vedação suficiente contra a entrada de luz? |  |  | |  | |
| **PRONTUÁRIO ODONTOLÓGICO** |  |  | |  | |
| 1. Todo paciente possui este documento? |  |  | |  | |
| 1. O prontuário é um documento escrito composto por: Identificação, Anamnese que inclui a descrição concisa da história clínica do paciente, história pregressa, história atual registro de doenças, o tratamento prescrito e executado e resultados dos exames realizados? |  |  | |  | |
| **EXTRAS** |  |  | |  | |
| 1. Ausência de focos de insalubridade (vasos, aquários, quadros, livros, enfeites, infiltrações, vazamentos etc.) na área de procedimentos? |  |  | |  | |
| 1. O filtro do aparelho de ar condicionado tem limpeza regular sendo registrada em mapa semanal? |  |  | |  | |
| 1. A manutenção anual do aparelho de ar condicionado pode ser comprovada? |  |  | |  | |
| 1. Possui geladeira exclusiva para insumos (fora das áreas de banheiro, copa e central de esterilização)? |  |  | |  | |
| 1. Existe sistema de filtragem do ar comprimido (em bom estado de uso)? |  |  | |  | |
| 1. Possui no local comprovante de vacinas Antitetânica e contra Hepatite B de toda a equipe (CD, THD, ACD, TPD, ATPD ou outro profissional auxiliar na área de procedimentos, limpeza, desinfecção e esterilização)? |  |  | |  | |

Declaro que as informações fornecidas acima são de minha inteira responsabilidade.

Em \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_ .

Assinatura do Cirurgião Dentista ou Responsável Técnico Nº CRO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_