|  |  |
| --- | --- |
| ***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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_