

ANEXO I

ROTEIRO DE INSPEÇÃO SANITÁRIA PARA SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS

| IDENTIFICAÇÃO | | | | | |
|--|--|----------------------------------|----------|----------|-----------|
| Nº PROCESSO/ANO: | | | | | |
| RAZÃO SOCIAL | | CNPJ/CPF: | | | |
| NOME DE FANTASIA: | | | | | |
| NOME DO PROPRIETÁRIO E/OU RESPONSÁVEL TÉCNICO: | | Nº DO CONSELHO: | | | |
| EMAIL: | | TELEFONE: | | | |
| TIPO DE SERVIÇO ODONTOLÓGICO: | | | | | |
| <input type="checkbox"/> CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO ISOLADO <input type="checkbox"/> CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO MULTIPROFISSIONAL <input type="checkbox"/> CLÍNICA ODONTOLÓGICA <input type="checkbox"/> UNIDADE DE ENSINO ODONTOLÓGICO <input type="checkbox"/> UNIDADE MÓVEL ODONTOLÓGICA | | | | | |
| Nº. Total de Trabalhadores no estabelecimento: | | HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO: | | | |
| Atendimento realizado (citar a (s) especialidade (s) Ex: ortodontia, Implantodontia.... | | | | | |
| DAS CONDIÇÕES GERAIS E DE ESTRUTURA FÍSICA | | | S | N | NA |
| No caso de clínica odontológica ou unidade de ensino odontológico possui aprovação de Projeto Básico de Arquitetura e Laudo de Conformidade? | | | | | |
| As instalações físicas dos ambientes externos e internos estão em boas condições de conservação, segurança, organização, conforto e limpeza? | | | | | |
| As condições gerais de piso, teto e paredes estão livres de infiltrações, trincas, rachaduras e são de material liso e resistente a lavagem e desinfecção? | | | | | |
| O serviço realiza manutenções preventivas e corretivas das instalações prediais, elétricas e hidráulicas de forma própria ou terceirizada? | | | | | |
| A sala de recepção encontra-se em boas condições higiênico - sanitárias e permite que os pacientes aguardem sentados pelo atendimento? | | | | | |
| A sala de atendimento possui bancada revestida de material de fácil limpeza, com cuba e torneira com água corrente? | | | | | |
| A sala de atendimento possui lavatório exclusivo para a higienização das mãos, provido de sabonete líquido, toalhas de papel e lixeira com tampa acionada sem o contato manual? | | | | | |
| Quando existente sanitário exclusivo no serviço, este está provido de sabonete líquido, papel toalha e lixeira com tampa acionada sem o contato manual | | | | | |
| DAS CONDIÇÕES DOS EQUIPAMENTOS E ACESSÓRIOS | | | S | N | NA |
| Os equipamentos e acessórios existentes no serviço apresentam boas condições de uso, livres de ferrugem e sujidades? | | | | | |
| O mocho, o refletor e a cadeira odontológica estão em perfeito estado de conservação e limpeza? | | | | | |
| A cuspeira possui água corrente e está em perfeito estado de conservação e limpeza? | | | | | |
| Os equipamentos e acessórios estão regularizados junto a ANVISA? | | | | | |
| O compressor de ar do equipo odontológico é preferencialmente isento de óleo e localizado em local que permite a captação de ar externo? | | | | | |

| | | | |
|---|----------|----------|-----------|
| No caso do compressor não ser isento de óleo, o serviço odontológico utiliza filtros e realiza a limpeza e troca conforme as especificações do fabricante? Existem registros destas trocas e limpezas? | | | |
| Caso o compressor esteja instalado em ambiente sem captação direta de ar externo, está acoplado através de duto à tomada direta de ar externo, caracterizando ventilação forçada? | | | |
| As tubulações permanecem embutidas ou protegidas, impedindo o acúmulo de sujidades? | | | |
| O serviço está provido de EPIs? | | | |
| DA DOCUMENTAÇÃO | S | N | NA |
| O serviço odontológico possui Alvará Sanitário atualizado e emitido pela respectiva autoridade sanitária? | | | |
| O serviço possui Responsável Técnico? | | | |
| O serviço mantém disponível à autoridade sanitária, cópias dos comprovantes de vacinação contra tétano, difteria e hepatite B dos profissionais envolvidos no atendimento? | | | |
| O serviço apresentou o comprovante de limpeza e desinfecção dos reservatórios de água realizados a cada 6 meses? | | | |
| O serviço garante ações eficazes e contínuas de controle de vetores e pragas urbanas, com o objetivo de impedir a atração, o abrigo, o acesso e ou proliferação dos mesmos? O controle químico, quando necessário, é realizado por empresa habilitada e possuidora de licença sanitária e ambiental e com produtos desinfestantes regularizados pela ANVISA? | | | |
| O serviço apresentou registros referentes às manutenções preventivas e corretivas dos equipamentos e acessórios, além de calibração quando aplicável? | | | |
| O serviço mantém disponíveis registros referentes a limpeza e trocas de filtro dos aparelhos condicionadores de ar? | | | |
| O serviço mantém disponíveis em livro próprio ou planilha os registros referentes ao monitoramento do processamento dos produtos para a saúde? | | | |
| DA CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS | S | N | NA |
| O serviço promove a capacitação de seus profissionais antes do início das atividades e de forma periódica, em conformidade com as atividades desenvolvidas? | | | |
| DOS RECEITUÁRIOS E MEDICAMENTOS | S | N | NA |
| A prescrição de medicamentos sujeitos ao controle especial segue ao disposto na Portaria SVS/MS nº 344/98 e na Portaria nº 06/99 ? | | | |
| A prescrição de antimicrobianos segue as disposições descritas na RDC nº 20/11/ANVISA e atualizações? | | | |
| Os medicamentos estão acondicionados em locais próprios, protegidos da incidência solar e umidade? Estão dentro do prazo de validade? | | | |
| Na existência de medicamentos e/ou produtos termolábeis, estão acondicionados em refrigerador exclusivo? É realizado o controle de temperatura, e os registros deste controle são mantidos acessíveis a autoridade sanitária? | | | |
| DOS REGISTROS DE ATENDIMENTO AO PACIENTE | S | N | NA |
| Os registros de atendimento ao paciente estão preenchidos de forma legível, com aposição de assinatura e carimbo do profissional? | | | |
| O serviço assegura a guarda dos registros quanto à confidencialidade e integridade? São mantidos em local seguro, em boas condições de conservação e organização, permitindo o acesso a autoridade sanitária sempre que necessário? | | | |
| Na ocorrência de eventos adversos relacionados à assistência ou queixas técnicas associadas a produtos, o profissional realiza a notificação no Sistema Oficial de Notificações no site da ANVISA? | | | |
| DO PROCESSAMENTO DE PRODUTOS PARA SAÚDE E DA BIOSSEGURANÇA | S | N | NA |
| O serviço possui documento escrito referente ao processamento de produtos para a saúde, com rotinas, EPIs e procedimentos de cada etapa? O documento | | | |

| | | | |
|---|----------|----------|-----------|
| está acessível aos funcionários? | | | |
| Os produtos para saúde críticos são submetidos ao processo de esterilização antes do uso? | | | |
| Os produtos para saúde semi – críticos são submetidos no mínimo ao processo de desinfecção de alto nível antes do uso? | | | |
| Os produtos para saúde não críticos são submetidos no mínimo ao processo de limpeza antes do uso? | | | |
| No caso de consultórios multiprofissionais, o processamento de produtos para saúde é realizado em CME simplificada, possuindo minimamente os ambientes de: () área de recepção e limpeza, () área de preparo e esterilização, () sala de desinfecção química, quando aplicável () área de armazenamento e distribuição de materiais esterilizados Existe minimamente separação por barreira técnica entre estas áreas? As áreas estão dimensionadas de acordo com a demanda e os métodos de processamento? | | | |
| No caso de consultórios odontológicos isolados o processamento é realizado em área de processamento de produtos, com bancada localizada dentro da sala de atendimento, respeitando minimamente a barreira técnica e os fluxos do processamento? | | | |
| Os produtos e saneantes utilizados na limpeza e da desinfecção estão regularizados junto à ANVISA/MS? | | | |
| A limpeza manual por meio de fricção é feita com auxílio de acessórios não abrasivos e que não liberam partículas? | | | |
| O serviço possui utensílios de limpeza compatíveis com os produtos que são utilizados, incluindo escova para canulados e para brocas quando cabível? | | | |
| As embalagens utilizadas para a esterilização dos produtos estão regularizadas junto à ANVISA e garantem a manutenção da esterilidade do conteúdo? | | | |
| A selagem das embalagens tipo envelope é feita por termosseladora ou conforme orientação do fabricante? | | | |
| As caixas metálicas submetidas à esterilização em autoclave possuem perfurações que permitem a penetração do vapor? | | | |
| As embalagens dos produtos para a saúde processados possuem identificação através de rótulo legível que contenha no mínimo as seguintes informações: nome do produto, data da esterilização, data limite de uso e nome do responsável pelo preparo? | | | |
| Os produtos esterilizados são armazenados em local exclusivo, limpo e seco, sob proteção da luz solar direta e submetidos a manipulação mínima? | | | |
| É realizado o monitoramento do processo de esterilização com indicador biológico, minimamente uma vez na semana? | | | |
| No caso de processamento de instrumentais utilizados em cirurgias com materiais implantáveis é realizado o monitoramento com integradores químicos (classe 5 ou 6) em cada pacote e com indicador biológico a cada carga? | | | |
| O serviço possui incubadora para as ampolas de indicadores biológicos? | | | |
| Moldes, modelos, próteses e materiais com possível contaminação são previamente desinfetados para encaminhamento ao laboratório de prótese odontológica? | | | |
| Os materiais e próteses recebidos pelo serviço odontológico, provenientes dos laboratórios de prótese odontológica sofrem desinfecção ou esterilização de acordo com a finalidade e uso a que se destinam? | | | |
| DA RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA | S | N | NA |
| No caso do serviço odontológico possuir Radiologia Odontológica Intra Oral ou Extra Oral, são atendidos os critérios da Resolução Normativa nº 002/DIVS/SES de 13/05/15 ou outra que a tenha substituído? | | | |
| DO GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS | S | N | NA |
| O serviço odontológico possui Plano de Gerenciamento de Serviço de Saúde - PGRSS conforme RDC nº 306/04/ANVISA ou outra que vier substituí-la? | | | |

| | | | |
|---|-----------------------------------|----------|-----------|
| A elaboração do PGRSS está disponível via on-line, através do sistema digital FormSUS, disponível em www.vigilanciasanitaria.sc.gov.br , conforme Resolução Conjunta CONSEMA e DIVS n° 01 de 06/12/13? | | | |
| O serviço odontológico possui lixeiras distintas e identificadas para o descarte dos diferentes tipos de resíduos? | | | |
| O descarte dos resíduos perfurocortantes é feito em recipiente rígido, resistente a punctura, ruptura e vazamento, com tampa, devidamente identificados e instalados em suporte específico? | | | |
| No caso do serviço utilizar amálgama, os resíduos estão acondicionados em recipiente com selo d'água e encaminhados para recuperação conforme estabelece a RDC n° 306/04 ou outra que vier substituí-la? | | | |
| O serviço possui contrato com empresa responsável pelo recolhimento e destinação final dos resíduos? Possui cópia atualizada da Licença Ambiental de Operação – LAO da referida empresa? | | | |
| DAS UNIDADES MÓVEIS | S | N | NA |
| No caso de Unidade Móvel, o veículo está licenciado para esta finalidade e com Alvará Sanitário expedido pela Vigilância Sanitária Municipal, conforme endereço da placa do veículo? | | | |
| A Unidade Móvel atende aos critérios desta Resolução Normativa, ao que lhe cabe? | | | |
| No caso da unidade móvel não possuir área de processamento para os produtos para saúde, possui contrato com empresa reprocessadora terceirizada? | | | |
| A Unidade Móvel possui contrato com empresa responsável pela coleta e destino final de resíduos? | | | |
| NOME LEGÍVEL DO RESPONSÁVEL: | ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: | | |
| | | | |
| OBSERVAÇÕES: | | | |
| | | | |
| CARIMBO COM ASSINATURA DAS AUTORIDADES DE SAÚDE: | | | |
| | | | |

LEGENDA: S – SIM

N – NÃO

N.A – NÃO SE APLICA