

PERÍODO:

Manhã

Tarde

DATA: ____/____/____

1- A escala de funcionários está coberta? (Médicos/Enfermeiros/Técnicos).

Sim

Não

Plano de ação – (Qual ação a ser tomada? Quem irá realizar, onde e quando?)

2- Falta algum medicamento ou insumo?

Sim

Não

Plano de ação – (Qual ação a ser tomada? Quem irá realizar, onde e quando?)

3- Todos os equipamentos estão funcionando adequadamente?

Sim

Não

Plano de ação – (Qual ação a ser tomada? Quem irá realizar, onde e quando?)

4- Algum problema na higienização?

Sim

Não

Plano de ação – (Qual ação a ser tomada? Quem irá realizar, onde e quando?)

5- Há enxoval disponível para a demanda?

Sim

Não

Plano de ação – (Qual ação a ser tomada? Quem irá realizar, onde e quando?)

6- Há algum problema relacionado a nutrição?

Sim

Não

Plano de ação – (Qual ação a ser tomada? Quem irá realizar, onde e quando?)

7- Há algum problema relacionado a manutenção?

Sim

Não

Plano de ação – (Qual ação a ser tomada? Quem irá realizar, onde e quando?)

8- Há algum PNI (PSD) aguardando documento?

Sim

Não

Plano de ação – (Qual ação a ser tomada? Quem irá realizar, onde e quando?)

9- Há algum paciente desacompanhado ou com pendência Social?

Sim

Não

Plano de ação – (Qual ação a ser tomada? Quem irá realizar, onde e quando?)

10- Ocorreu algum evento adverso nas últimas 24h?

Sim

Não

Foi notificado?

Sim

Não

Plano de ação – (Qual ação a ser tomada? Quem irá realizar, onde e quando?)

11- As situações de risco identificadas foram tratadas adequadamente?

Sim

Não

Plano de ação – (Qual ação a ser tomada? Quem irá realizar, onde e quando?)

12- Haverá algum risco que impactará na assistência ao paciente? (manutenções de leito/maquinários, maca, feriados, sistema, comunicação etc).

Sim

Não

Plano de ação – (Qual ação a ser tomada? Quem irá realizar, onde e quando?)

13 – Há paciente instável com possível necessidade de UTI?

Sim

Não

Plano de ação – (Qual ação a ser tomada? Quem irá realizar, onde e quando?)
