

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?)

---

---