

Roteiro de Inspeção em Estabelecimento de Massagem

Identificação do Profissional Responsável pelo Preenchimento

Nome
Cargo ou Função
DIR ou Município
Número da Credencial
Data da Inspeção
Data da Entrega do Roteiro

Equipe participante da Inspeção

Nome	Cargo ou Função	Local de Trabalho
-------------	------------------------	--------------------------

Identificação do Estabelecimento

Tipo de Inspeção:

rotina

denúncia

Natureza do estabelecimento.

autônomo

faz parte da estrutura formal de um serviço de saúde

Razão social do estabelecimento

Nome fantasia do estabelecimento.

Nome do responsável técnico.

Número da licença de funcionamento, expedida pela Vigilância Sanitária e ou Protocolo

Município.

Endereço.

Bairro

_____ Cep
_____ Fone _____

Horário de funcionamento do estabelecimento.

_____ dias por semana, _____ horas por dia

Carga horária e Recursos Humanos

Obs: especificar o tipo de profissional, quantidade, e a carga horária/dia.

Profissional	Carga/Horária	Nº de Profissional
massagista / habilitado		
massagista / não habilitado		

repcionista
pessoal de limpeza
outros / especificar

Quanto a Estrutura Físico-Funcional

Anote a área total da unidade em _____ metros quadrados.

O estabelecimento possui ventilação natural ou mecânica forçada?

sim não

A iluminação do ambiente é adequada?

sim não

O estabelecimento quando localizado no segundo pavimento, possui rampa ou elevador de acesso aos pacientes?

sim não

O estabelecimento possui sala de espera para acompanhantes?

sim não

OBS: Nos próximos 05 itens utilizar de observação visual em relação aos procedimentos dos profissionais.

O estabelecimento possui livro de registro dos procedimentos?

sim não

Existe manual de procedimentos, ou técnicas padronizadas?

sim não

No caso de sim, os profissionais conhecem o manual de procedimentos?

() sim () não

Utilizam das técnicas corretamente ?

() sim () não

Os profissionais lavam as mãos entre o atendimento de um paciente e outro?

() sim () não

Verificar a existência dos mobiliários mínimos necessários:

- pia com bancada () não () sim
- armário fechado para guarda de pomadas e outros () não () sim
- maca ou divã () não () sim
- mesa auxiliar () não () sim
- cadeiras () não () sim

Existe o emprego de equipamentos não permitidos pela Legislação?

Lei nº 3.968 de 05/01/61 () sim () não

Existe forração na maca ou divã?

() sim () não

Se existe a forração na maca ou divã, a mesma é trocada a cada paciente?

() sim () não

- Quanto aos produtos utilizados, preencher o quadro abaixo:

Cremes, líquidos e pomadas	Registro no Ministério		Dentro do prazo de validade	
	Nome	Sim	Não	Sim

Existem medicamentos no estabelecimento?

() sim () não

No caso de sim, preencher o quadro abaixo.

Medicamentos

Utilização

Prescrição Médica
Sim Não

Conclusões

Medidas adotadas:

- No caso de lavratura de autos de infração, anotar o número e a série dos mesmos.

- No caso de lavratura de autos de intimação, anotar o número e a série dos mesmos _____

- No caso de termo de Interdição, anotar o número e a série do mesmo.

- Recomendações:
