



Município: _____

Data de início do evento: / /

Dados Gerais:	Unidade: () Pública () Privada () Filantrópica
	Tipo: () Unidade básica () UPA () Hospital () Outros
	Nome: _____
	Endereço: _____
	Telefone da unidade: _____
	Responsável pela unidade: _____ Telefone: _____
Coordenadas Geográficas: Latitude _____ Longitude _____	

Situação do acesso	() Livre () Interditado () com restrição
	Caso haja restrição, o acesso é somente por meio de: () a pé () carro () carro c/ tração 4x4 () caminhão () barco () helicóptero () outros
	Observação:

Caracterização da unidade	Utiliza Classificação de risco? () Sim () Não				
	Nível de complexidade do atendimento () Baixa () Média () Alta				
	Nº. Leitos:	Total _____	UTI _____	Ped _____	Obs _____
		Disponível _____	CM: _____	CC _____	

Estrutura	Condição de conservação			
	Não se aplica	Não afetado	Comprometido	Destruído
Consultório médico	()	()	()	()
Consultório odontológico	()	()	()	()
Consultório de enfermagem	()	()	()	()
Rede de frio	()	()	()	()
Sala de vacina	()	()	()	()
Sala de procedimentos (curativo)	()	()	()	()

	Recepção	()	()	()	()
	Farmácia	()	()	()	()
	Laboratório	()	()	()	()
	Sala de RX	()	()	()	()
	Almoxarifado	()	()	()	()
	Sanitários	()	()	()	()
	Enfermaria pediátrica	()	()	()	()
	Enfermaria adulta	()	()	()	()
	CTI adulto	()	()	()	()
	CTI pediátrico	()	()	()	()
	CTI neonatologia	()	()	()	()
	Centro cirúrgico	()	()	()	()
	Emergência	()	()	()	()
	Central de Esterilização	()	()	()	()
	Maternidade	()	()	()	()
	Cozinha	()	()	()	()
	Outros	()	()	()	()
		()	()	()	()
		()	()	()	()
		()	()	()	()

Serviços e Sistemas de Abastecimento	Não se aplica	Não afetado	Comprometido	Destruído
	Rede de água	()	()	()
	Rede de esgotos	()	()	()
	Telecomunicação	()	()	()
	Rede de Gás Natural	()	()	()
	Coleta de Resíduos	()	()	()
	Energia elétrica	()	()	()
	Possui gerador em funcionamento? () Sim () Não			
	Observação:			

RH	Equipe de Saúde Completa: () Sim () Não
	Categorias profissionais em falta: () Médicos Especialidades: _____
	() Enfermeiros () Técnicos de enfermagem () Outros: _____

Necessidades em função do evento	

Data ____ / ____ / ____

Responsável pelo preenchimento: _____

Telefone: _____

Instrutivo do Instrumento de Avaliação das Unidades de Saúde

♦ Situação do acesso

Livre → acesso aberto para todos os meios de transporte terrestres, rodoviário, ferroviário e aquaviário.

Interditado → diz – se de via, espaço, área etc. Cujo acesso e/ou circulação de pessoas foi proibido.

♦ Caracterização da Unidade quanto ao nível de complexidade¹:

Baixa → Recebem pacientes que não dependem de cuidados especiais, possuem poucos leitos (de 25 a 49), não constam com muitas especialidades, nem com aparato tecnológico especializado.

Média → Cuida mais da parte de diagnóstico ou de cuidados imediatos ou graves, contam com 50 a 149 leitos.

Alta → Oferece um suporte diagnóstico como unidades de imaginologia – raios-X, tomografia, ressonância magnética-, além de serviços de endoscopia, laboratório de análise clínicas e anatomopatologia. Suporte de tratamento completo, constituído de centro cirúrgico, centro obstétrico, UTI e Emergência, pronto atendimento, além dos setores de internação. Podem contar com mais de 500 leitos.

♦ Estrutura

♦ Serviços e sistema de abastecimento

Não afetado →

Comprometido →

Destruído →

♦ Necessidades em função do evento

Relatar as necessidades que a unidade apresenta em função do evento.

Referência: ¹ OLIVEIRA, M. Infra-estrutura hospitalar e incorporação tecnológica. A experiência do REFORSUS. Rev. Arq. Anal. Estabel. Assist. Saúde. Brasília, v. 19, n.2, 2004, 12p.