

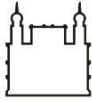
FICHA DO PROGRAMA DE NECESSIDADES		ASSISTÊNCIA
Nome do Setor: SETOR DE RADIOLOGIA		APGG
Departamento: CENTRO DE REFERÊNCIA PROFESSOR HÉLIO FRAGA		
Unidade: ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA		
Pavilhão: AMBULATÓRIO DE PESQUISA GERMANO GERHARDT		
Responsável: JORGE LUIZ DA ROCHA (CHEFE DO AMBULATÓRIO) Email: jrocha@ensp.fiocruz.br		TEL: 21 99119-046

A	MISSÃO DO SETOR
	OFERECER APOIO AO DISGNÓSTICO DA TUBERCULOSE E OUTRAS MICOBACTERIOSES À EQUIPE DA ASSISTÊNCIA AOS USUÁRIOS DO AMBULATÓRIO DE PESQUISA GERMANO GERHARDT

B	INFORMAÇÕES GERAIS
	<input checked="" type="checkbox"/> Serviço de Referencia <input checked="" type="checkbox"/> Integrado a Pesquisa <input type="checkbox"/> Utiliza quais serviços de apoio técnico? _____ <input type="checkbox"/> Utiliza quais serviços de apoio logístico? _____

C	AGENTES PATOGÊNICOS
	<input checked="" type="checkbox"/> BACTERIAS <input type="checkbox"/> PROTOZOÁRIOS <input checked="" type="checkbox"/> VIRUS <input type="checkbox"/> PROTOZOÁRIOS <input type="checkbox"/> HELMINTOS <input type="checkbox"/> LEVEDURAS <input checked="" type="checkbox"/> FUNGOS <input type="checkbox"/> PRÍONS <input type="checkbox"/> OGM <input type="checkbox"/> Não se aplica

D	NÍVEL DE RISCO BIOLÓGICO
	<input type="checkbox"/> NB1 <input checked="" type="checkbox"/> NB2 <input type="checkbox"/> NB3 <input type="checkbox"/> NB4 <input type="checkbox"/> Não se aplica

**Instrução para preenchimento:**

1. O questionário deverá ser preenchido tendo por base uma situação futura.
2. Com exceção da folha de rosto que tem um resumo das informações referentes ao laboratório, cada sala a ser projetada deve ter uma ficha específica. Acrescentar quantas sejam necessárias.
3. Todos os campos em vermelho devem ser completados. Alguns contêm textos para exemplificar a forma como devem ser preenchidos.

E RELAÇÃO DE SALAS				
#	NOME	QUANTIDADE	SETOR	REQUISITO
1	SALA DE RAIOS X DIGITAL	1	AMBULATORIAL	EXPANSÃO FUTURA
2	SALA DE ESPERA	1	AMBULATORIAL	NECESSÁRIO
3	DML	1	AMBULATORIAL	NECESSÁRIO
4	SANITÁRIO	1	AMBULATORIAL	NECESSÁRIO

SALA 01: SALA DE RAIOS X DIGITAL

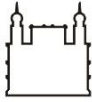
F	ATIVIDADES REALIZADAS
	SALA DESTINADA À REALIZAÇÃO DE RADIOGRAFIA DIGITAL SERÁ NECESSÁRIO TER: AR CONDICIONADO, COMPUTADOR, MESA, CADEIRA, ANTEPARO DE PROTEÇÃO PARA O PROFISSIONAL, LOCAL PARA A COLOCAÇÃO DO PROTETOR E ADEQUAÇÃO DA VESTIMENTA DO USUÁRIO E FILTRO HEPA PORTÁTIL .

G	NÚMERO DE PROFISSIONAIS
	UM PROFISSIONAL

H	PRODUTOS MANIPULADOS
	<input checked="" type="checkbox"/> RADIOATIVOS - Qual(is)? RAIOS X <input type="checkbox"/> BIOLÓGICOS - Qual(is)? _____ <input type="checkbox"/> QUÍMICOS - Qual(is)? _____ <input type="checkbox"/> Não se aplica - Qual(is)? _____

I	PRODUTOS ARMAZENADOS	
	Tipo	Quantidade
	NÃO SE APLICA	

J	RESÍDUOS	Sólidos	Químicos	Biológicos	Radioativos
Observações: NÃO SE APLICA					

**L DESCREVA O FLUXO DE TRABALHO EM CADA SALA****SALA DE RAIOS X DIGITAL**

- Profissional técnico em radiologia recebe o usuário para a realização do exame
- Recebe o pedido médico para a realização do exame
- Registra os dados do usuário no computador
- Orienta o usuário quanto a adequação da vestimenta e adornos
- Posiciona o usuário para a realização do exame
- Realiza o exame
- Grava as imagens no CD
- Entrega o CD ao usuário
- Registra a entrega e o recebimento no livro de registro/control

SALA DE ESPERA

- Os usuários com pedido médico são encaminhados ao Setor de Radiologia e aguardam a sua vez na sala de espera

DML

- A equipe de limpeza terá acesso ao DML para guardar os utensílios para a realização da higienização do setor.

SANITÁRIO

- Os usuários que aguardam ou que já tenham feito a radiografia podem utilizar o sanitário para as suas necessidades ou higienização das mãos com água e sabão.

M SISTEMA DE VENTILAÇÃO, REFRIGERAÇÃO E EXAUSTÃO NECESSÁRIOS

Há necessidade de classificação do ar do recinto? Não 100 mil 10 mil NB-3

Qual a temperatura a ser mantida no interior do recinto?

Conforto Valor da Norma outro processo (especificar): XX °C

Qual a variação admissível da temperatura (precisão)?

Padrão (+/- 10%)

Mínima (especificar): XX °C

A umidade relativa precisa ser rigidamente controlada?

Não

Sim (especificar): XX %

Qual a variação admissível da umidade relativa (precisão)?

Padrão (+/- 10%)

Mínima (especificar): XX °C

Há necessidade de operação de algum sistema de ar-condicionado em 24 horas?

Não

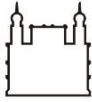
Sim.

Há necessidade de filtragem especial do ar de expurgo?

Não

Não sei (verificar norma)

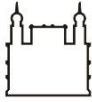
Sim.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Coordenação Geral de Infraestrutura dos Campi

Há necessidade de exaustão localizada para algum equipamento? **NÃO**



N MOBILIÁRIO			
#	TIPO	QUANTIDADE	OBS: Identificar características especiais.
1	SALA 1: SALA DE RAIOS X DIGITAL		
	MESA	01	ADEQUADA PARA O PEQUENO ESPAÇO PARA COMPORTAR UM COMPUTADOR
	CADEIRAS	01	
	ARMÁRIO	01	PEQUENO OU CÔMODA PARA GUARDAR OS MATERIAIS PARA A REALIZAÇÃO DO EXAME: CDS, ENVELOPES, LIVROS DE REGISTRO
	LIXEIRA	01	
2	SALA 2: SALA DE ESPERA		
	CADEIRAS	08	PARA OS USUÁRIOS E ACOMPANHANTES AGUARDAREM A REALIZAÇÃO DO EXAME
	LIXEIRAS	01	
3	SALA 3: DML		
	TANQUE	01	
	ARMÁRIO	01	
	LIXEIRA	01	
4	SANITÁRIO		
	LIXEIRA	01	