



Modelo De Lista De Verificação Para As Operações De Um Consultório Odontológico. Checklist

Agendamento e atendimento de pacientes

Garantir um fluxo eficiente de agendamentos e uma comunicação eficaz com os pacientes.

Data da Última Revisão do Livro de Agendamentos Diários

Insira a data...

Número de novos pacientes agendados para hoje.

Insira um número...

Número de pacientes existentes com consultas agendadas para hoje.

Insira um número...

Confirme se o script da saudação diária foi seguido.

- ☐ Sim.
- ☐ Não.
- ☐ Não aplicável.

Verificar se o protocolo da lista de espera foi seguido?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ N/A

Horário da Inspeção Diária de Limpeza da Área de Recepção

Insira o horário...

Observações sobre quaisquer problemas de agendamento ou preocupações dos pacientes.

Escreva alguma coisa...

Procedimentos Clínicos e Esterilização

Verificação do cumprimento dos protocolos de controlo de infeções e das melhores práticas clínicas.

Última data de esterilização do conjunto de instrumentos

Insira a data...

Número de ciclos de autoclavagem

Insira um número...

Método de Validação da Autoclave Utilizado

- ☐ Indicador Biológico
- ☐ Indicador Químico
- ☐ Indicador Físico

Protocolo de Desinfecção de Superfícies Aplicado

- ☐ Desinfetante registrado na EPA A
- ☐ Desinfetante registrado na EPA, modelo B.
- ☐ Protocolo Padrão para as Instalações

Observações sobre o desempenho ou problemas da autoclave.

Escreva alguma coisa...

Lista de verificação de equipamentos de proteção individual (EPI)

- ☐ Luvas
- ☐ Máscara
- ☐ Bata
- ☐ Proteção para os olhos

Última data da limpeza do sistema de refrigeração.

Insira a data...

Registe todas as observações incomuns durante o processo de esterilização.

Escreva alguma coisa...

Gestão de Inventário e Realização de Pedidos

Manter níveis adequados de estoque e gerenciar o controle de materiais.

Quantidade atual: Óxido nitroso

Insira um número...

Nível Mínimo de Stock: Materiais de Impressão

Insira um número...

Data do último pedido: Luvas descartáveis

Insira a data...

Quantidade a encomendar: seringas (tamanho 3 ml)

Insira um número...

Fornecedor Preferencial: Empresa Local de Fornecimento de Materiais Odontológicos

- ☐ Fornecedor A
- ☐ Fornecedor B
- ☐ Fornecedor C

Observações sobre necessidades ou pedidos específicos para o próximo pedido.

Escreva alguma coisa...

Estado do pedido

- ☐ Não alocado
- ☐ Colocado(a)
- ☐ Recebido
- ☐ Produto com encomenda pendente.

Quantidade: Comprimidos de amálgama

Insira um número...

Manutenção e Calibração de Equipamentos

Acompanhamento dos cronogramas de manutenção e garantia do bom funcionamento dos equipamentos.

Última data de calibração do equipamento de raios-X

Insira a data...

Configurações de exposição do aparelho de raios-X (mA, kVp, tempo)

Insira um número...

Última manutenção do aparelho de limpeza ultrassónica.

Insira a data...

Notas sobre a manutenção do aparelho de limpeza ultrassónico (por exemplo, reparações, ajustes)

Escreva alguma coisa...

Data de Validação e Teste da Autoclave

Insira a data...

Resultados dos testes de validação da autoclave (por exemplo, testes de esporos)

 Upload File

Resultado do teste de RPM do contraângulo odontológico

Insira um número...

Estado da lubrificação da peça de mão

☐ Lubrificado

☐ Não lubrificado

Procedimentos Financeiros e de Faturação

Confirmando a exatidão da faturação, dos pedidos de reembolso de seguros e do processamento de pagamentos.

Número de Reivindicações Submetidas

Insira um número...

Número de Pedidos Negados

Insira um número...

Valor total dos saldos pendentes dos pacientes.

Insira um número...

Método de processamento de pagamentos verificado?

- ☐ Cartão de crédito/débito
- ☐ Verificar
- ☐ Dinheiro
- ☐ Outros

Data da Última Verificação do Seguro

Insira a data...

Observações sobre eventuais discrepâncias na faturação.

Escreva alguma coisa...

A cópia de segurança do sistema de registo clínico eletrónico/faturação foi concluída?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Total de Saldos Pendentes de Pacientes

Insira um número...

Conformidade Regulatória e Segurança

Cumprimento das normas HIPAA, OSHA e de outras regulamentações relevantes.

Data da última conclusão do treinamento sobre a HIPAA.

Insira a data...

Frequência das inspeções dos extintores (em meses)

Insira um número...

Estado de Conformidade com a OSHA

- ☐ Em conformidade.
- ☐ Necessita de melhorias.
- ☐ Não está em conformidade.

Riscos de segurança identificados (Marque todas as opções aplicáveis)

- ☐ Pisos Escorregadios
- ☐ Iluminação inadequada
- ☐ Riscos Elétricos
- ☐ Objetos Afiados
- ☐ Ventilação inadequada.

Documento do Plano de Ação de Emergência

 **Upload File**

Data da última inspeção da última garrafa de gás medicinal.

Insira a data...

Registo do Incidente de Segurança Recente e das Ações Corretivas

Escreva alguma coisa...

Estado do Programa de Segurança Radiológica

- ☐ Ativo
- ☐ Em análise.
- ☐ Suspenso

Comunicação com o Paciente e Registros

Gerenciar a correspondência com os pacientes, os formulários de consentimento e os registros médicos.

Data da Última Revisão do Registo de Comunicações com o Paciente

Insira a data...

Resumo do feedback dos pacientes (comentários/reclamações recentes)

Escreva alguma coisa...

Estado de Confirmação do Treinamento HIPAA (Todos os Colaboradores)

- ☐ Concluído
- ☐ Em andamento.
- ☐ Necessita de conclusão.

Formulários de Consentimento do Paciente (Exemplo)

 Upload File

Número de registos de comunicação com pacientes analisados neste período.

Insira um número...

Data da última atualização da política de privacidade do paciente.

Insira a data...

Observações sobre os desafios/melhorias na comunicação com os pacientes.

Escreva alguma coisa...

Formação e desempenho dos colaboradores

Monitorização da conclusão dos programas de formação e avaliação do desempenho dos colaboradores.

Data da última conclusão do treinamento sobre a HIPAA

Insira a data...

Data da última formação sobre o cumprimento das normas da OSHA.

Insira a data...

Número de Créditos de Formação Contínua Obtidos (Último Ano)

Insira um número...

Áreas de especialização/formação (selecione todas as que se aplicam)

- ☐ Assistência Odontológica
- ☐ Higiene oral
- ☐ Odontologia (Clínica Geral)
- ☐ Endodontia
- ☐ Cirurgia Oral
- ☐ Odontopediatria
- ☐ Radiologia
- ☐ Controlo de infeções

Resumo dos comentários mais recentes da avaliação de desempenho.

Escreva alguma coisa...

Nível de Desempenho Atual

- ☐ Supera as expectativas
- ☐ Atende às expectativas.
- ☐ Precisa de melhorias.

Cópia da Certificação/Licença (se aplicável)

 Upload File

Segurança do escritório e preparação para emergências

Garantir um ambiente seguro e protegido para pacientes e funcionários.

Data da última inspeção do sistema de segurança

Insira a data...

Frequência das Inspeções dos Extintores (em meses)

Insira um número...

Os procedimentos de emergência estão afixados?

- ☐ Sim – Claramente visível
- ☐ Sim – Publicado eletronicamente.
- ☐ Não

Descreva brevemente como a lista de contactos de emergência é distribuída.

Escreva alguma coisa...

Data da última reposição do kit de primeiros socorros.

Insira a data...

Protocolo de Segurança do Edifício

- ☐ Introdução de dados através do teclado numérico
- ☐ Triagem na receção
- ☐ Câmaras de segurança
- ☐ Nenhum

Cópia do Plano de Ação de Emergência

 **Upload File**

Marketing e Fidelização de Pacientes

Acompanhamento dos esforços e estratégias de marketing para fidelizar pacientes.

Número de novos pedidos de informação de pacientes neste mês.

Insira um número...

Taxa de Retenção de Pacientes (%), Último Trimestre

Insira um número...

Objetivos da Campanha de Marketing Atual

- ☐ Redes Sociais
- ☐ Marketing por E-mail
- ☐ Programa de Indicação
- ☐ Publicidade Local
- ☐ Otimização de sites para motores de busca (SEO)

Resumo do desempenho da campanha de marketing mais recente.

Escreva alguma coisa...

Data da última pesquisa de satisfação do paciente.

Insira a data...

Canais de Marketing Atualmente Utilizados

- ☐ Facebook
- ☐ Instagram
- ☐ Google Ads
- ☐ Boletim informativo por e-mail
- ☐ Eventos da Comunidade Local

Observações sobre o feedback dos pacientes em relação ao marketing.

Escreva alguma coisa...