

# Lista De Verificação Para Garantir Que O Bloco Operatório Está Pronto.

## Checklist

### Sistema de climatização

Verificação do funcionamento do sistema de aquecimento, ventilação e ar condicionado, bem como do controlo ambiental.

**Temperatura ambiente (em graus Celsius)**

**Humidade Relativa (%)**

**Número de renovações de ar por hora.**

**Estado do filtro**

- Limpo
- Necessita de substituição.
- Sujo

### **Pressão do ar de fornecimento (positiva/negativa)**

- Positivo
- Negativo
- De acordo com o protocolo.

### **Data da última substituição do filtro.**

Insira a data...

### **Notas / Desvios em relação ao padrão**

Escreva alguma coisa...

## **Iluminação**

Avaliação dos sistemas de iluminação das salas de cirurgia para garantir intensidade e funcionalidade adequadas.

### **Nível de Luminosidade Ambiente (Lux)**

Insira um número...

### **Nível de iluminação cirúrgica (em lux) na área cirúrgica**

Insira um número...

### Funcionalidade de Foco da Luz Cirúrgica

- A trabalhar.
- Com mau funcionamento.
- Necessita de Reparação

### Estado da Iluminação de Emergência de Reserva

- Operacional
- Necessita de testes.
- Fora de serviço.

### Função de ajuste de brilho — satisfatória?

- Sim
- Não

### Notas/Observações sobre a iluminação

Escreva alguma coisa...

## Sistemas Elétricos

Avaliação do sistema de alimentação de energia, geradores de reserva e segurança elétrica.

### Tensão Principal de Alimentação (VAC)

Insira um número...

### Tensão do Gerador de Emergência (VAC)

Insira um número...

### Estabilidade da Tensão de Alimentação Principal (desvio RMS)

Insira um número...

### Estado do Comutador Automático de Transferência (CAT)

- Operacional
- Requer manutenção.
- Falhou

### Data do último teste ATS

Insira a data...

### Data do último teste do ATS.

Insira o horário...

### Estado do UPS (Sistema de Alimentação Ininterrupta)

- Operacional
- Necessita de manutenção.
- Falhou

### Observações sobre o sistema elétrico.

Escreva alguma coisa...

## Sistemas de Gases Medicinais

Confirmação do fornecimento de gases medicinais, da pressão e da deteção de fugas.

### Pressão do Cilindro de Oxigénio (PSI)

Insira um número...

### Pressão do Cilindro de Óxido Nitroso (PSI)

Insira um número...

### Pressão do Sistema de Ar Medicinal (PSI)

Insira um número...

### Pressão do sistema de vácuo (em polegadas de mercúrio)

Insira um número...

### Estado da válvula do cilindro de gás

- Bom.
- Com fugas / Com infiltrações
- Danoso(a) / Danificado(a)
- Necessita de lubrificação.

### Manômetros para medir a pressão no coletor de gás

- Leitura dentro da faixa de valores.
- Leitura fora da faixa de alcance.
- Danoso(a) / Danificado(a)
- Desaparecido(a) / Em falta

### Data da última inspeção do sistema de gases medicinais

Insira a data...

## Abastecimento de Água e Drenagem

Inspeção do abastecimento de água, da temperatura da água quente, do funcionamento do sistema de escoamento e do dispositivo de prevenção do refluxo.

### Temperatura da água quente (na torneira do lavatório)

Insira um número...

### Pressão da água (no lavatório ou pia - PSI)

Insira um número...

### Estado do Dispositivo de Prevenção de Contaminação por Retorno

- Em funcionamento / Operacional
- Requer manutenção.
- Fora de serviço.

### Funcionalidade do escoamento da pia

- Esvaziamento Adequado
- Escoamento lento.
- Canalização entupida.

### Funcionalidade da Estação de Lavagem Ocular

- Funcional
- Necessita de manutenção.
- Fora de serviço.

### Data do último teste de qualidade da água

Insira a data...

### Comentários/Observações sobre os Sistemas de Abastecimento de Água

Escreva alguma coisa...

## Qualidade do ar e ventilação

Avaliação da filtragem do ar, das diferenças de pressão positiva/negativa e das taxas de renovação do ar.

### Diferencial de pressão positiva/negativa (Pa)

Insira um número...

### Taxa de renovação do ar por hora.

Insira um número...

### Estado do filtro HEPA (todos os filtros)

- OK – Dentro do prazo de validade.
- Substituir em breve (no prazo de 3 meses).
- Substituir Imediatamente

### Temperatura do ar de insuflação (sala de operações)

- Dentro da faixa de temperatura (20-24°C)
- Fora da faixa aceitável – necessária ação corretiva.

### Foram detetadas preocupações quanto à qualidade do ar?

- Poeira
- Odores
- Partículas Visíveis
- Nenhum observado.

### Última manutenção do sistema de ventilação.

Insira a data...

### Comentários/Observações sobre o Sistema de Ventilação

Escreva alguma coisa...

## Sistemas de Energia de Emergência

Testes e verificação de geradores de emergência e comutadores de transferência.

### Horas de funcionamento do gerador (último teste)

Insira um número...

### Tensão do Gerador (Durante o Teste)

Insira um número...

### Resistência de contato do interruptor de transferência (Ohms)

Insira um número...

### Hora de Início do Último Teste do Gerador

Insira o horário...

### Data da última manutenção do gerador

Insira a data...

**O teste de carga do gerador foi aprovado?**

- Sim
- Não.
- Não aplicável.

**Alguma nota ou observação durante os testes?**

Escreva alguma coisa...

**O funcionamento do ATS (Comutador Automático de Transferência) foi verificado?**

- Sim
- Não.
- Não se aplica.

## Segurança contra Incêndios

Confirmação do funcionamento dos sistemas de combate a incêndios, dos detetores de fumo e da acessibilidade das saídas de emergência.

**Data da última inspeção do extintor de incêndio**

Insira a data...

**Pressão do Extintor de Incêndio (PSI)**

Insira um número...

### Estado do Sistema de Supressão de Incêndio

- Funcional
- Precisa de reparação.
- Fora de serviço.

### Estado do detetor de fumo

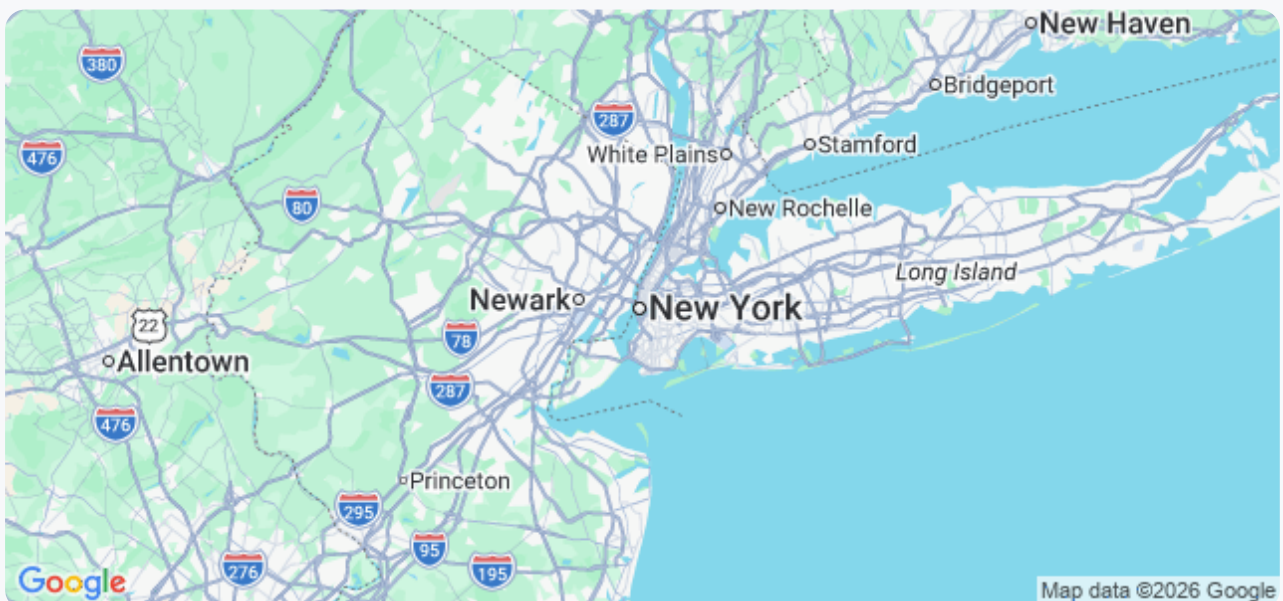
- Operacional
- Requer manutenção.
- Defeituoso

### Estado da Iluminação de Emergência das Saídas de Emergência

- Funcional
- Diminuir
- Não está a funcionar.

### Localização do painel de controlo do sistema de combate a incêndios.

 [Set My Current Location](#)



**Quaisquer observações ou comentários sobre segurança contra incêndios?**

Escreva alguma coisa...

## Higiene e controlo de infeções

Avaliação da limpeza das superfícies, gestão de resíduos e padrões gerais de higiene.

**Níveis de ATP medidos na superfície (média)**

Insira um número...

**É possível observar solo/resíduos visíveis?**

- Sim.
- Não
- Inseguro(a) / Incerto(a)

**Descreva qualquer tipo de sujidade ou resíduo visível (se aplicável).**

Escreva alguma coisa...

**Existem sacos de lixo nos contentores?**

- Sim
- Não

**O kit de limpeza para derramamentos está facilmente acessível?**

Sim

Não

**Prova fotográfica (se forem detetados problemas)**

 Upload File

**Última data da limpeza profunda**

Insira a data...

## Infraestrutura de Equipamentos

Verificação da infraestrutura que suporta os equipamentos da sala de operações (por exemplo, tomadas, portas de dados, rede de ar comprimido).

**Tensão da Tomada (Volts)**

Insira um número...

**Frequência da saída (Hz)**

Insira um número...

**Amperagem do Circuito Dedicado (Amperes)**

Insira um número...

### **Funcionalidade da Porta de Dados (Ethernet, Fibra Óptica)**

- Ethernet – Verificado
- Fibra - Verificado
- Ethernet – Não testado.
- Fibra – Não testado
- Porta de dados indisponível.

### **Pressão da tubulação de ar comprimido (se aplicável)**

- Dentro da faixa especificada.
- Fora da faixa especificada.
- Não se aplica.

### **Notas/Observações sobre a infraestrutura**

Escreva alguma coisa...