



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA VETERINÁRIA DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
CRMV-ES

QUESTIONÁRIO DE FISCALIZAÇÃO
DE HOSPITAL VETERINÁRIO
(AUTOINSPEÇÃO)

RAZÃO SOCIAL: _____

NOME FANTASIA: _____

CNPJ: _____ CRMV-ES: _____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____

TEL: _____ CELULAR: _____ EMAIL: _____

RESPONSÁVEL TÉCNICO: _____

Art 10º - São condições obrigatórias para o funcionamento de Hospitais Veterinários que esses possuam:

I) Ambiente de recepção e espera;	() sim	() não
II) Arquivo médico físico e/ou informatizado;	() sim	() não
III) Recinto sanitário para uso do público, podendo ser considerados aqueles que integram um Condomínio ou Centro Comercial onde já existam banheiros públicos compartilhados, ou, ainda, quando integrar uma mesma estrutura física compartilhada com estabelecimentos médico-veterinários;	() sim	() não
IV) Balança para pesagem dos animais;	() sim	() não
V) Sala de atendimento;	() sim	() não
a) Mesa impermeável para atendimento;	() sim	() não
b) Pia de higienização;	() sim	() não
- Papel toalha;	() sim	() não
- Dispensador de detergente;	() sim	() não
c) Unidade de refrigeração exclusiva para vacinas, antígenos, medicamentos e outros materiais biológicos;	() sim	() não
- Termômetro de máxima e mínima;	() sim	() não
- Registro diário de temperatura;	() sim	() não
d) Armário próprio para medicamentos e equipamentos;	() sim	() não
Possui medicamentos controlados de uso humano ou veterinário?	() sim	() não
- Armário com fechadura	() sim	() não

VI) Setor de Diagnóstico		
a) Sala e serviço de radiologia veterinária de acordo com a legislação vigente, sob a responsabilidade técnica de médico veterinário;	() sim	() não
b) Equipamentos e serviços de ultrassonografia veterinária;	() sim	() não
c) Equipamentos e serviços de eletrocardiografia veterinária;	() sim	() não
d) Equipamentos laboratoriais básicos para atendimento de emergência que compreendam no mínimo;		
- centrífuga de micro-hematócrito;	() sim	() não
- refratômetro;	() sim	() não
- glicosímetro;	() sim	() não
- lactímetro;	() sim	() não



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA VETERINÁRIA DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
CRMV-ES

- microscópio	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
- fitas de urinálise	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
VII) Setor cirúrgico		
a) Ambiente para preparo do paciente; - mesa impermeável;	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não
b) Ambiente de recuperação; 1. Provisão de oxigênio; 2. Sistema de aquecimento do paciente;	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não
c) Ambiente de antisepsia e paramentação imediatamente adjacente à sala de cirurgia; - pia; - dispensador de detergente acionável por foto sensor, ou através de cotovelo, joelho ou pé; - torneiras acionáveis por foto sensor, ou através de cotovelo, joelho ou pé;	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não
d) Sala de lavagem e esterilização de materiais contendo equipamentos para lavagem, secagem e esterilização de materiais por autoclavagem com as devidas barreiras físicas, que pode ser suprimida quando o estabelecimento terceirizar estes serviços, comprovada pela apresentação de contrato/convênio com a empresa prestadora dos serviços terceirizados;	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
e) Sala de cirurgia;		
1. Mesa cirúrgica impermeável;	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
2. Equipamentos para anestesia;	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
3. Sistema de iluminação emergencial própria;	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
4. Foco cirúrgico;	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
5. Instrumental para cirurgia em qualidade e quantidade adequadas à rotina;	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
6. Mesa auxiliar;	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
7. Paredes e pisos de fácil higienização observada a legislação sanitária pertinente;	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
8. Provisão de oxigênio;	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
9. Sistema de aquecimento para o paciente;	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
10. Equipamentos para intubação e suporte ventilatório;	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
11. Equipamentos para monitoração que forneçam, no mínimo, os seguintes parâmetros: temperatura, oximetria, pressão arterial e frequência cardíaca;	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
VIII) Setor de internação		
a) Mesa impermeável;	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
b) Pia de higienização; - Papel toalha; - Dispensador de detergente;	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não
c) Ambiente para higienização do paciente com disponibilização de água corrente	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
d) Baías, boxes ou outras acomodações individuais compatíveis com os pacientes a serem internados e de fácil higienização, obedecidas as normas sanitárias vigentes;	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
e) Armário para guarda de medicamentos e materiais descartáveis necessários ao seu funcionamento; Possui medicamentos controlados de uso humano ou veterinário? - Armário com fechadura	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não
f) Sistema de aquecimento para o paciente;	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
g) Sala de isolamento exclusiva para internação de pacientes com doenças infectocontagiosas;	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA VETERINÁRIA DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
CRMV-ES

IX) Setor de Sustentação		
a) Lavanderia, que pode ser suprimida quando o estabelecimento terceirizar este serviço, o que deve ser comprovado por meio de contrato/convênio com empresa executora;	() sim	() não
b) Depósito de material de limpeza/almojarifado;	() sim	() não
c) Ambiente para descanso e alimentação do médico veterinário e dos funcionários;	() sim	() não
d) Sanitários/vestiários compatíveis com o número dos usuários;	() sim	() não
e) Local de estocagem de medicamentos e materiais de consumo;	() sim	() não
f) Unidade refrigerada exclusiva para conservação de animais mortos e resíduos biológicos;	() sim	() não

Art. 15º - Todos os estabelecimentos médicos veterinários elencados nesta Resolução devem cumprir as seguintes normas de boas práticas:

III) Dispor do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde (PGRSS)	() sim	() não
IV) fluxos de área limpa e suja, crítica e não crítica respeitados? () Sim () Não _____ _____ _____		
V) Armários providos de fechadura para armazenamento de medicamentos controlados de uso humano ou veterinário, sob controle e registro do médico veterinário responsável técnico	() sim	() não
XII) Garantir ações eficazes e contínuas de controle de vetores e pragas urbanas	() sim	() não

Declaro serem verdadeiras as afirmações constantes no questionário de autoinspeção, bem como no relatório fotográfico em anexo, estando sujeito o infrator às penalidades e sanções previstas em Portaria de nº 009/2021.

OBS: _____

_____, ____/____/____

Assinatura do responsável técnico _____ CRMV-ES nº _____