



**ROTEIRO PARA RELATÓRIO DE DESINFECÇÃO E ESTERILIZAÇÃO DE CONSULTÓRIOS
MÉDICOS**

Nome: _____ CRM _____

Endereço: _____

Telefone: _____ Horário de funcionamento: _____

OBS: Descrever em folha anexa o solicitado, com data, assinatura e carimbo.

1. Limpeza Geral

- a) Limpeza do piso:
- b) Destino do lixo e resíduos:
- c) Limpeza das paredes:
- d) Limpeza do filtro do ar condicionado (frequência):
- e) EPI utilizados:

2. Desinfecção de Superfícies:

- a) Natureza das superfícies:
- b) Produtos utilizados:
- c) Composição:
- d) Método de limpeza:
- e) EPI utilizados:

3. Esterilização:

Considera todos os instrumentais contaminados? Sim: _____ Não: _____

Se negativa, citar os não considerados:

→ **Pré limpeza ou descontaminação:**

- a) Produtos utilizados:
- b) Composição:
- c) Método de pré-limpeza:

→ **Limpeza:**

- a) Produto utilizado:
- b) Composição:
- c) Método de limpeza:
- d) Tipo de secagem:



– Tipo de esterilização

- Estufa ? Sim _____ Não _____

- a) Invólucros utilizados:
- b) Identificação:
- c) Registro:
- d) Monitoração:
- e) Temperatura:
- f) Tempo de exposição:

- Autoclave ? Sim: _____ Não: _____

- a) Invólucro utilizado:
- b) Identificação:
- c) Registro:
- d) Monitoração:
- e) Temperatura:
- f) Pressão:
- g) Tempo de exposição:

- Meio Químico ? Sim: _____ Não: _____

- a) Produto utilizado:
- b) Composição:
- c) Modo de usar:
- d) Modo de secar:
- e) Modo de acondicionar:
- f) Tempo de imersão:
- g) EPI utilizados:

4. Local de armazenamento/estocagem do instrumental depois de esterelizado:

OBS: O Assentimento Sanitário e a Licença Inicial, só poderão ser liberados após análise da VISA ao **preenchimento completo** deste Relatório, que será entregue na Vigilância Sanitária – Av. Henrique Valadares, 147/5º andar – fundos – Centro, de segunda a sexta de 11 às 16hs, acompanhado da cópia do Termo de Visita expedido pelo técnico.

Em, ____/____/____.

Ass. e carimbo