

# Avaliação de local pela BHI: futura estação de PSA

Data de publicação: 14 de junho de 2024

Este documento foi produzido e traduzido pela Build Health International (BHI) para o projeto BOXER do Fundo Mundial.

| Informações sobre o Hospital   |                                   |                          |          |
|--|-----------------------------------|--------------------------|----------|
| Formulário preenchido por  | Nome                              |                          | Título   |
|  |                                   |                          |          |
| Nome do Hospital/Instalação  |                                   |                          |          |
| Data da visita   |                                   |                          |          |
| Informações de contacto do hospital  | Nome                              |                          | Título   |
|  |                                   |                          |          |
|  | Número (incluir o código do país) |                          | E-mail   |
|  |                                   |                          |          |
|  | Método de contacto preferencial   | <input type="checkbox"/> | Telefone |
| <input type="checkbox"/>   |                                   | WhatsApp                 |          |
| <input type="checkbox"/>   |                                   | E-mail                   |          |
| Coloque um alfinete GPS do local.  | <input type="checkbox"/>          | Concluído                |          |
| Fotografe a placa do Hospital/Unidade.   | <input type="checkbox"/>          | Concluído                |          |
|  | Máx                               | Mín                      | Média    |
| Temperatura  |                                   |                          |          |
| Humidade   |                                   |                          |          |
| Qual é a altitude aproximada do hospital?  |                                   |                          |          |
| Registe riscos ambientais significativos que possam afetar a estação de PSA (tempestades de areia, proximidade do oceano, inundações, etc.). |                                   |                          |          |

| Número de Camas   |                            |             |                |
|---|----------------------------|-------------|----------------|
| Qual é o número de camas que serão abrangidas por esta unidade de oxigénio?                     | Hospital/Unidade Anfitriã: |             |                |
|   | Outras Unidades de Saúde:  |             |                |
|   | Total de Camas:            |             |                |
| <i>Forneça o número de camas para os diferentes tipos de camas, utilizando a tabela abaixo.</i> |                            |             |                |
| Ala hospitalar  | Número de Camas            | Saídas      |                |
|   |                            | Funcionais* | Não Funcionais |
| Urgências   |                            |             |                |
| Maternidade   |                            |             |                |
| Unidades pré e pós-operatória   |                            |             |                |
| Cuidados Intensivos Neonatais   |                            |             |                |
| Cuidados Intensivos Pediátricos   |                            |             |                |
| Cuidados Intensivos   |                            |             |                |
| Cuidados Intermédios  |                            |             |                |
| Unidade de Adultos  |                            |             |                |
| Unidade de Pediatria  |                            |             |                |
| Tuberculose   |                            |             |                |
| COVID-19  |                            |             |                |
| Outros  |                            |             |                |
| Bloco operatório  |                            |             |                |

*\*Uma saída é funcional se o oxigénio sair dela com uma pureza de 90%. Se tiver um analisador de oxigénio, pode testar a pureza para determinar se o oxigénio está a fluir acima da pureza mínima (90%) para o oxigénio de qualidade médica. Isto seria considerado uma saída funcional. No entanto, se não tiver um analisador de oxigénio, defina a funcionalidade da saída como o facto de o oxigénio fluir ou não da saída.*

| Fornecimento de Oxigénio Existente   |                          |                            |
|--|--------------------------|----------------------------|
| Como é que o hospital fornece presentemente oxigénio aos pacientes? Assinale todas as opções aplicáveis. | <input type="checkbox"/> | Saídas de Parede           |
|  | <input type="checkbox"/> | Cilindros Individuais      |
|  | <input type="checkbox"/> | Concentradores de Oxigénio |

| Forneça mais pormenores sobre o(s) método(s) de fornecimento. Por exemplo, fonte comercial de cilindros ou número de concentradores de oxigénio. Inclua todas as informações partilhadas pelo pessoal do hospital. |                                  |                                    |                             |                        |
|--|----------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|------------------------|
| Comente a funcionalidade do(s) método(s) de distribuição.  |                                  |                                    |                             |                        |
| <b>Saídas de Parede (Rede de Tubagem de Oxigénio)</b>  |                                  |                                    |                             |                        |
| A rede de tubagens existente é funcional?  | <input type="checkbox"/>         | Sim, toda a tubagem está funcional |                             |                        |
|  | <input type="checkbox"/>         | Sim, mas apenas em algumas áreas   |                             |                        |
|  | <input type="checkbox"/>         | Não                                |                             |                        |
| Descreva sucintamente os eventuais problemas da rede de tubagens existente.  |                                  |                                    |                             |                        |
| Fotografe as saídas de parede.   | <input type="checkbox"/>         | Concluído                          |                             |                        |
| Faça um desenho/mapa da rede de tubagens numa folha de papel à parte.  | <input type="checkbox"/>         | Concluído                          |                             |                        |
| As saídas de parede são alimentadas por distribuidores?  | <input type="checkbox"/>         | Não                                |                             |                        |
|  | <input type="checkbox"/>         | Sim                                |                             |                        |
| <b>SE SIM: Recolha as seguintes informações para cada distribuidor de cilindros de oxigénio. Tire fotos à localização do distribuidor e do manómetro se o distribuidor estiver a ser utilizado.</b>                |                                  |                                    |                             |                        |
| Distrib.   | Suportes do distribuidor de alas | # de cilindros                     | Localização do distribuidor | Pressão de saída (bar) |
| 1  |                                  |                                    |                             |                        |
| 2  |                                  |                                    |                             |                        |
| 3  |                                  |                                    |                             |                        |
| 4  |                                  |                                    |                             |                        |
| 5  |                                  |                                    |                             |                        |
| 6  |                                  |                                    |                             |                        |
| 7  |                                  |                                    |                             |                        |
| 8  |                                  |                                    |                             |                        |
| Existe uma estação de PSA no hospital ou nas instalações?  | <input type="checkbox"/>         | Não                                |                             |                        |
|  | <input type="checkbox"/>         | Sim                                |                             |                        |
| SE SIM: Qual é a capacidade da estação de PSA? (N3m/hr)?   |                                  |                                    |                             |                        |

|  |  |
|--|--|
| <b>SE SIM: Quando é que foi instalada?</b>   |  |
| <b>SE SIM: Qual é o método de fornecimento de oxigénio da estação de PSA?</b>  | <input type="checkbox"/> Apenas enchimento de cilindros                              |
|  | <input type="checkbox"/> Ligação direta apenas para saídas de oxigénio               |
|  | <input type="checkbox"/> Fornece oxigénio diretamente e também pode encher cilindros |
|  | <input type="checkbox"/> A estação de PSA não está a funcionar                       |
| <b>SE a estação PSA não estiver a funcionar: comente o método de fornecimento de oxigénio previsto, quando avariou e porque avariou.</b> |  |

| Novo Plano de Fornecimento de Oxigénio   |   |
|--|---|
| <b>Quando a nova estação de PSA estiver instalada, como planeia fornecer oxigénio às camas? Assinale todas as opções aplicáveis.</b> | <input type="checkbox"/> Saídas de parede dos distribuidores de cilindros           |
|  | <input type="checkbox"/> Saídas de parede canalizadas diretamente da estação de PSA |
|  | <input type="checkbox"/> Cilindros individuais                                      |
| <b>Qual(is) é(são) a(s) ala(s) mais prioritária(s) para a canalização (por exemplo, UCI, UCIN, maternidade, etc.)?</b>               |   |
| <b>O hospital tem planos de expansão?</b>  | <input type="checkbox"/> Não  |
|  | <input type="checkbox"/> Sim  |
| <b>SE SIM: Quantas camas serão acrescentadas?</b>  |   |
| <b>SE SIM: De que tipo de camas se trata? (por exemplo, UCIN, maternidade, UCI, etc.)</b>  |   |
| <b>SE SIM: Quando será iniciada a construção?</b>  |   |
| <b>SE SIM: Existem planos?</b>   | <input type="checkbox"/> Não  |
|  | <input type="checkbox"/> Sim  |
| <b>SE SIM: Quem financia o projeto?</b>  |   |
| <b>SE SIM: A nova estação PSA vai suportar o projeto?</b>  | <input type="checkbox"/> Não  |
|  | <input type="checkbox"/> Sim  |

| Fornecimento de Oxigénio a Instalações Periféricas   |                              |
|--|------------------------------|
| <b>A unidade planeia encher cilindros para outras unidades de saúde?</b>                                   | <input type="checkbox"/> Não |
|  | <input type="checkbox"/> Sim |
| <b>Enumere abaixo as unidades de saúde periféricas e as suas distâncias em relação à unidade primária:</b> |                              |

| Outra Unidade de Saúde  | Número de Camas | Tempo/distância (km) da estação primária |
|---|-----------------|--|
| 1   |                 |  |
| 2   |                 |  |
| 3   |                 |  |
| 4   |                 |  |
| 5   |                 |  |
| 6   |                 |  |
| 7   |                 |  |
| 8   |                 |  |
| 9   |                 |  |
| 10  |                 |  |
| 11  |                 |  |
| 12  |                 |  |
| 13  |                 |  |
| 14  |                 |  |
| 15  |                 |  |
| <b>Cilindros</b>  |                 |  |
| Qual é a fonte atual de cilindros de oxigénio?                                      |                 |  |
| Quanto tempo é necessário para obter cilindros de oxigénio a partir da fonte atual? |                 |  |
| Existem áreas do hospital ou aplicações que necessitarão de cilindros de oxigénio?  |                 |  |

|  |                          |           |
|--|--------------------------|-----------|
| Qual é o tamanho padrão dos cilindros utilizados?  |                          |           |
| Que tipo de válvulas existem nos cilindros?  |                          |           |
| Grave fotos e vídeos dos cilindros, de todos os ângulos. Não existe um número excessivo de fotos e vídeos. | <input type="checkbox"/> | Concluído |

| Local   |  |           |
|---|--|-----------|
| Foram identificados locais potenciais para a instalação da nova estação de PSA?   | <input type="checkbox"/>                 | Não       |
|   | <input type="checkbox"/>                 | Sim       |
| SE SIM: Coloque os alfinetes GPS de cada opção.   | <input type="checkbox"/>                 | Concluído |
| SE SIM: Registre as dimensões aproximadas de cada local.  | Opção 1:<br><br>Opção 2:<br><br>Opção 3: |           |
| O hospital tem uma planta do local ou um mapa do <i>campus</i> que possa partilhar? Em caso afirmativo, solicite uma cópia. | <input type="checkbox"/>                 | Não       |
|   | <input type="checkbox"/>                 | Sim       |
| Meça o perímetro de cada espaço potencial disponível para a estação de PSA e desenhe um diagrama.                           | <input type="checkbox"/>                 | Concluído |
| Opção 1   |  |           |
| Há alguma coisa no local que precise de ser removida?   | <input type="checkbox"/>                 | Não       |
|   | <input type="checkbox"/>                 | Sim       |
| Comentários   |  |           |
| O hospital tem conhecimento da existência de serviços públicos subterrâneos no local?                                       | <input type="checkbox"/>                 | Não       |
|   | <input type="checkbox"/>                 | Sim       |
| Comentários   |  |           |

|  |                          |           |
|--|--------------------------|-----------|
| Descreva o nivelamento do local e identifique declives ou características importantes:   |                          |           |
| Meça o declive do local. Registe-o aqui. Inclua um diagrama numa folha de papel à parte.   |                          |           |
| Tire fotos e vídeos do local, de todos os ângulos. Não existe um número excessivo de fotos e vídeos.   | <input type="checkbox"/> | Concluído |
| Existem fontes de poluição atmosférica (poeiras, gases de escape de geradores, gases de escape de cozinhas, incineradores, garagens, etc.) na proximidade (menos de 10 m) do local planeado para a estação de PSA? | <input type="checkbox"/> | Não       |
|  | <input type="checkbox"/> | Sim       |
| O local selecionado para a instalação da estação respeita a distância mínima em relação a fontes inflamáveis (por exemplo, depósito de combustível, armazenamento de material inflamável, área de resíduos, etc.)? | <input type="checkbox"/> | Não       |
|  | <input type="checkbox"/> | Sim       |
| Em caso afirmativo: Qual é a fonte de poluição?  |                          |           |
| Existem sinais de inundação perto da localização planeada para a estação de PSA?   |                          |           |
| <b>Opção 2</b>   |                          |           |
| Há alguma coisa no local que precise de ser removida?  | <input type="checkbox"/> | Não       |
|  | <input type="checkbox"/> | Sim       |
| Comentários  |                          |           |
| O hospital tem conhecimento da existência de serviços públicos subterrâneos no local?  | <input type="checkbox"/> | Não       |
|  | <input type="checkbox"/> | Sim       |
| Comentários  |                          |           |

|  |                          |           |
|--|--------------------------|-----------|
| Descreva o nivelamento do local e identifique declives ou características importantes:   |                          |           |
| Meça o declive do local. Registe-o aqui. Inclua um diagrama numa folha de papel à parte.   |                          |           |
| Tire fotos e vídeos do local, de todos os ângulos. Não existe um número excessivo de fotos e vídeos.   | <input type="checkbox"/> | Concluído |
| Existem fontes de poluição atmosférica (poeiras, gases de escape de geradores, gases de escape de cozinhas, incineradores, garagens, etc.) na proximidade (menos de 10 m) do local planeado para a instalação PSA? | <input type="checkbox"/> | Não       |
|  | <input type="checkbox"/> | Sim       |
| O local selecionado para a instalação da estação respeita a distância mínima em relação a fontes inflamáveis (por exemplo, depósito de combustível, armazenamento de material inflamável, área de resíduos, etc.)? | <input type="checkbox"/> | Não       |
|  | <input type="checkbox"/> | Sim       |
| Em caso afirmativo: Qual é a fonte de poluição?  |                          |           |
| Existem sinais de inundação perto da localização planeada para a estação de PSA?   |                          |           |
| <b>Opção 3</b>   |                          |           |
| Há alguma coisa no local que precise de ser removida?  | <input type="checkbox"/> | Não       |
|  | <input type="checkbox"/> | Sim       |
| Comentários  |                          |           |
| O hospital tem conhecimento da existência de serviços públicos subterrâneos no local?  | <input type="checkbox"/> | Não       |
|  | <input type="checkbox"/> | Sim       |
| Comentários  |                          |           |
| Descreva o nivelamento do local e identifique declives ou características importantes:   |                          |           |

|  |                          |           |
|--|--------------------------|-----------|
| Meça o declive do local. Registe-o aqui. Inclua um diagrama numa folha de papel à parte.   |                          |           |
| Tire fotos e vídeos do local, de todos os ângulos. Não existe um número excessivo de fotos e vídeos.   | <input type="checkbox"/> | Concluído |
| Existem fontes de poluição atmosférica (poeiras, gases de escape de geradores, gases de escape de cozinhas, incineradores, garagens, etc.) na proximidade (menos de 10 m) do local planeado para a instalação PSA? | <input type="checkbox"/> | Não       |
|  | <input type="checkbox"/> | Sim       |
| O local selecionado para a instalação da estação respeita a distância mínima em relação a fontes inflamáveis (por exemplo, depósito de combustível, armazenamento de material inflamável, área de resíduos, etc.)? | <input type="checkbox"/> | Não       |
|  | <input type="checkbox"/> | Sim       |
| Em caso afirmativo: Qual é a fonte de poluição?  |                          |           |
| Existem sinais de inundação perto da localização planeada para a estação de PSA?   |                          |           |
| <b>Enumere abaixo os prós e os contras de cada opção:</b>  |                          |           |
|  |                          |           |

| Tipo de Planta   |                          |                             |
|--|--------------------------|-----------------------------|
| A estação de PSA será alojada num contentor ou num edifício? | <input type="checkbox"/> | Contentor                   |
|  | <input type="checkbox"/> | Novo edifício (a construir) |
|  | <input type="checkbox"/> | Edifício autónomo existente |
|  | <input type="checkbox"/> | Sala num edifício existente |
|  | <input type="checkbox"/> | Ainda não foi decidido      |
| Já existe uma estação de PSA?                                | <input type="checkbox"/> | Não                         |

|  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
|  | <input type="checkbox"/> | Sim                      |
| SE SIM: Existe alguma unidade não funcional que tenha de ser removida para a instalação da nova unidade? | <input type="checkbox"/> | Não                      |
|  | <input type="checkbox"/> | Sim                      |
| SE SIM: Quais são as principais dimensões?   | <input type="checkbox"/> | Porta (AxL)              |
|  | <input type="checkbox"/> | Altura do teto:          |
|  | <input type="checkbox"/> | Dimensões da sala (CxL): |

| Acesso   |                          |     |
|--|--------------------------|-----|
| Existe um acesso adequado de camiões para entregar a estação de PSA no local planeado? (min 14 pés (4,3m) de altura, min 10 pés (3m) de largura, estradas são intransitáveis?) | <input type="checkbox"/> | Não |
|  | <input type="checkbox"/> | Sim |
| Comentários:   |                          |     |
| Existe um acesso adequado à grua para os contentores que são entregues no local? (Não há linhas elétricas, árvores, etc.)  | <input type="checkbox"/> | Não |
|  | <input type="checkbox"/> | Sim |
| Comentários:   |                          |     |
| Qual a altura acima do nível do solo que o PB pretende que a laje tenha? Considere o risco de inundação.   |                          |     |
| Existe um acesso adequado à estação para os camiões que recolhem e devolvem os cilindros?  | <input type="checkbox"/> | Não |
|  | <input type="checkbox"/> | Sim |
| Existe espaço para construir uma rampa para ajudar no transporte de cilindros?   | <input type="checkbox"/> | Não |
|  | <input type="checkbox"/> | Sim |

| Programação   |                          |     |
|---|--------------------------|-----|
| A instalação necessita de espaço para armazenar os cilindros?                       | <input type="checkbox"/> | Não |
|   | <input type="checkbox"/> | Sim |
| SE SIM: O armazenamento de cilindros terá de ser projetado na estrutura da estação? | <input type="checkbox"/> | Não |
|   | <input type="checkbox"/> | Sim |
| SE SIM: A estação vai utilizar uma empilhadora para o transporte de cilindros?      | <input type="checkbox"/> | Não |
|   | <input type="checkbox"/> | Sim |
| SE SIM: A estação necessita de uma  | <input type="checkbox"/> | Não |

|   |                          |   |
|---|--------------------------|---|
| rampa e plataforma (por exemplo, cais de carga) para a entrega de cilindros?  | <input type="checkbox"/> | Sim   |
| Se SIM: Qual é a altura da plataforma/doca de carga? Nota: Isto dependerá da altura das camas dos camiões utilizados para transportar os cilindros. |                          |   |
| Existe um espaço disponível para o armazenamento dos cilindros?   | <input type="checkbox"/> | Não   |
|   | <input type="checkbox"/> | Sim   |
| Comentários   |                          |   |
| SE SIM: Forneça pormenores sobre a localização, a distância do local da futura estação de PSA, a adequação e se é suficientemente grande.           |                          |   |
| Existem outras necessidades de programação?   | <input type="checkbox"/> | Casa de banho   |
|   | <input type="checkbox"/> | Escritório  |
|   | <input type="checkbox"/> | Armazenamento (peças sobresselentes, ferramentas, etc.) |
|   | <input type="checkbox"/> | Sala solar/elétrica                                     |
|   | <input type="checkbox"/> | Outro   |
| Comentários   |                          |   |

| Recursos Humanos   |                          |     |
|--|--------------------------|-----|
| Existe pessoal no hospital/centro de saúde com competências e capacidade para operar a estação de PSA? | <input type="checkbox"/> | Não |
|  | <input type="checkbox"/> | Sim |
| SE SIM: Indique os seus nomes, cargos e contactos. Anote o nível de experiência.                       |                          |     |

**SE NÃO:** Descreva as necessidades potenciais em termos de pessoal.

**Unidades de Saúde Adicionais**

|   |                            |  |
|---|----------------------------|--|
| Qual é o número de camas que serão servidas por esta unidade de oxigênio? | Hospital/Unidade anfitriã: |  |
|   | Total de camas:            |  |

*Forneça o número de camas para os diferentes tipos de camas, utilizando a tabela seguinte.*

| Ala                             | Número de Camas | Saídas |
|---------------------------------|-----------------|--------|
| Emergência                      |                 |        |
| Maternidade                     |                 |        |
| Pré e pós-operatório            |                 |        |
| UCIN                            |                 |        |
| UCIP                            |                 |        |
| Unidade de Cuidados Intensivos  |                 |        |
| Unidade de Cuidados Intermédios |                 |        |
| Unidade de Adultos              |                 |        |
| Unidade Pediátrica              |                 |        |
| Tuberculose                     |                 |        |
| COVID-19                        |                 |        |
| Outros:                         |                 |        |
| Número de salas de operações:   |                 |        |

| Unidades de Saúde Adicionais   |                            |        |
|--|----------------------------|--------|
| Qual é o número de camas que serão servidas por esta unidade de oxigênio?                                  | Hospital/Unidade anfitriã: |        |
|  | Total de camas:            |        |
| <i>Por favor, forneça o número de camas para os diferentes tipos de camas, utilizando a tabela abaixo.</i> |                            |        |
| Ala  | Número de Camas            | Saídas |
| Emergência   |                            |        |
| Maternidade  |                            |        |
| Pré e pós-operatório   |                            |        |
| UCIN   |                            |        |
| UCIP   |                            |        |
| Unidade de Cuidados Intensivos   |                            |        |
| Unidade de Cuidados Intermédios  |                            |        |
| Unidade de Adultos   |                            |        |
| Unidade Pediátrica   |                            |        |
| Tuberculose  |                            |        |
| COVID-19   |                            |        |
| Outros:  |                            |        |
| Número de salas de operações:  |                            |        |