

**ANEXO I**

	<b>DADOS COMPLEMENTARES</b>	<b>CRITÉRIOS DE MEDIÇÃO</b>
<b>INFORMAÇÃO</b>	PREENCHIMENTO TOTAL DO REM (até dia 15 do mês seguinte)	<input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Não preencheu
<b>P.S/PA</b>	EXISTE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NAS 24 H?	<input type="checkbox"/> Integral <input type="checkbox"/> Parcial
	EXISTE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PADRONIZADA?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	PRESENÇA DE PROTOCOLOS CLÍNICOS PARA PATOLOGIAS MAIS PREVALENTES EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA (IAM, AVCI, ICC, PNEUMONIA E SEPSE há pelo menos 4 meses)	<input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> AVCI <input type="checkbox"/> ICC <input type="checkbox"/> PNEUMONIA <input type="checkbox"/> SEPSE
	Protocolos de fácil acesso aos consultórios?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>HUMANIZAÇÃO</b>	ACESSIBILIDADE À PESSOA COM DEFICIÊNCIA (banheiro deficientes; rampa para acesso; bebedouro e telefone acessível; corrimão e sinalização)	<input type="checkbox"/> Banheiro para deficientes <input type="checkbox"/> Rampa de acesso <input type="checkbox"/> Bebedouro <input type="checkbox"/> Telefone <input type="checkbox"/> Corrimão <input type="checkbox"/> Sinalização
	TEM CONSELHO GESTOR IMPLANTADA?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	TEM VOLUNTARIADO?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	VISITA AMPLIADA	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	PERMITE PRESENÇA DE ACOMPANHANTES (cçs, adolescentes, gestantes, idosos e indígenas e portadores de necessidades especiais)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS DE DIAGNÓSTICOS	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	DIVULGAÇÃO DA COMPOSIÇÃO DAS EQUIPES ASSISTENCIAIS E DIRIGENTE?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
TEM BRINQUEDOTECA?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<b>OUVIDORIA</b>	TEM OUVIDORIA IMPLANTADA?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	TEM OUVIDORIA PADRONIZADA ?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	OUVIDORIA CUMPRE PRAZO?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	MONITORAMENTO DA MANIFESTAÇÃO DO CLIENTE	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não