

# 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:            |             |                |
| Forneça o número de camas para os diferentes tipos de camas, utilizando a tabela abaixo. |                            |             |                |
| 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)?                                                                                                                                                           |                                  |                                    |                             |                        |

|                                                                                                                                   |                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| SE SIM: Quando é que foi instalada?                                                                                               |                                                                                      |
| SE SIM: Qual é o método de fornecimento de oxigénio da estação de PSA?                                                            | <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                       |
| SE a estação PSA não estiver a funcionar: comente o método de fornecimento de oxigénio previsto, quando avariou e porque avariou. |                                                                                      |

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

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

| 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.                                                                    | <p>Opção 1:</p> <p>Opção 2:</p> <p>Opção 3:</p> |           |
| 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 caraterísticas 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?                                                                                                                                   |                          |           |
| Opção 2                                                                                                                                                                                                            |                          |           |
| 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 caraterísticas 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?                                                                                                                                   |                          |           |
| Opção 3                                                                                                                                                                                                            |                          |           |
| 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 caraterísticas 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?                                                                                                                                   |                          |           |
| Enumere abaixo os prós e os contras de cada opção:                                                                                                                                                                 |                          |           |
|                                                                                                                                                                                                                    |                          |           |

| 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:            |        |
| <i>Forneça o número de camas para os diferentes tipos de camas, utilizando a tabela seguinte.</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:                                                                     |                            |        |

| Unidades de Saúde Adicionais                                                                                      |                            |        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|--------|
| Qual é o número de camas que serão servidas por esta unidade de oxigênio?                                         | Hospital/Unidade anfitriã: |        |
|                                                                                                                   | Total de camas:            |        |
| <p><i>Por favor, forneça o número de camas para os diferentes tipos de camas, utilizando a tabela abaixo.</i></p> |                            |        |
| 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:                                                                                     |                            |        |