



Ferramenta de avaliação do estado de preparação V2.0

Esta ferramenta de avaliação do estado de preparação contém informações compiladas em situações sem crise (princípios de *design*, evidências comprobatórias disponíveis, ou traduções dos padrões aplicáveis) em conjunto com documentos emitidos durante a crise da Covid-19. O conteúdo foi preparado com informações abalizadas de profissionais treinados e experientes da área de saúde: arquitetos, projetistas, engenheiros, cientistas, consultores em segurança vital, médicos e enfermeiros e operadores de instalações hospitalares.

Todos os estados e territórios dos EUA devem estar preparados para a chegada de pacientes com a Covid-19. Todos os hospitais e órgãos de saúde pública precisam garantir que locais alternativos de atendimento, tanto um campus de atendimento de saúde quanto instalações comunitárias, estejam preparados para receber pacientes durante uma resposta de saúde pública à pandemia a fim de:

- maximizar a preservação da vida;
- mitigar os riscos de propagação de patógenos, inclusive a SARS-CoV-2, dentro das instalações;
- identificar prontamente os pacientes que requeiram observação e isolamento, enviando-os a instalações adequadas segundo determinação da organização de saúde ou autoridade de saúde pública com jurisdição;
- cuidar de um número maior de pacientes com condições diferenciadas no contexto de uma escalada de surto/epidemia/pandemia; e
- garantir monitoramento e gerenciamento constantes da segurança para funcionamento ininterrupto;
- levar em consideração a diversidade étnica e competência cultural, bem como as populações marginalizadas, rurais, em situação de rua e com problemas mentais/comportamentais.

Aviso: este documento segue o modelo da [Lista de Verificação Detalhada de Preparação Hospitalar para a Doença do Coronavírus 2019](#) dos Centros de Controle e Prevenção de Doenças, com adaptação para a avaliação de locais alternativos de atendimento. Além disso, este documento foi preparado em um período de sete dias de resposta rápida durante a "fase de alerta" em reação a uma pandemia (conforme a definição do Programa Global de Gestão de Risco de Influenza Pandêmica da OMS). A ferramenta de avaliação é o resultado do grupo de trabalho em resposta à Covid-19 do Instituto Americano de Arquitetos (*American Institute of Architects-AIA*) para educar e informar arquitetos, profissionais de atenção de saúde, profissionais de saúde pública e autoridades com jurisdição federal, estadual e/ou municipal competente em resposta à pandemia emergente. Este material não tem por objetivo substituir os regulamentos, as leis ou os padrões profissionais existentes e válidos.

A lista de verificação não descreve os requisitos obrigatórios, mas destaca as áreas importantes para avaliação dos hospitais e órgãos de saúde pública na seleção de locais alternativos de atendimento para o cuidado e tratamento de pacientes com Covid-19 ou que tenham ultrapassado a capacidade. O objetivo é identificar estruturas existentes para reutilização adequada com adaptação rápida, como centros de convenção, estádios esportivos, centros comunitários, hotéis, dormitórios e outros espaços que possam ser ocupados durante a pandemia.

	Sim	Não
<p>Escolha de estruturas adequadas/não adequadas</p> <p>Se a edificação não contar com estes componentes básicos de construção, dificilmente será adequada para o atendimento de pacientes durante uma pandemia, já que não pode ser rapidamente alterada.</p> <p>Antes de finalizar a escolha do local, todas as considerações precisam ser analisadas quanto à sua adequação para atender à população de pacientes a que se destina.</p>	<p>Idade. O local proposto é um edifício mais novo, erguido (ou reformado) segundo códigos contemporâneos (menos de vinte anos).</p> <p>Segurança vital. Confirmar se a edificação atende aos requisitos mínimos de construção e saídas, segundo a autoridade com jurisdição na área.</p> <p>Área útil adequada. Há espaço suficiente para acomodar todas as funções necessárias ao atendimento de pacientes (avaliar segundo as considerações a seguir).</p> <p>Abastecimento municipal de água. A qualidade e pressão da água darão suporte à segurança das operações clínicas (avaliar segundo as considerações a seguir).</p> <p>Tomadas elétricas. Há um número suficiente de tomadas aterradas para a segurança de pacientes e funcionários (avaliar segundo as considerações a seguir).</p>	

I.0 Condições gerais para o uso da ferramenta

I.1 Parâmetros de linha de base

Concluído/
Acordado

I.1.1 Autoridade operacional

- Confirmar quais as autoridades que têm jurisdição (p. ex., hospitais/sistemas de saúde locais; sistemas hospitalares com acordos operacionais entre eles; departamento de saúde/saúde pública federal, estadual ou municipal; Ministério da Defesa, Agência Federal de Gerenciamento de Emergências [FEMA, na sigla em inglês], Guarda Nacional, polícia estadual; outras combinações)
- Confirmar se a autoridade pode mudar durante o curso da ocupação temporária

I.1.2 Principais papéis administrativos de saúde

- Estabelecer uma estrutura de liderança nas operações de saúde no local para dirigir e coordenar as questões médicas e de atendimento ao paciente, e dar apoio adequado a essas operações
- Identificar e confirmar o apoio remoto necessário

I.1.3 Administração específica das instalações

- Estabelecer uma estrutura administrativa baseada nas instalações para monitorar, manter ou gerenciar:
 - TI e comunicações
 - a cadeia de abastecimento
 - o potencial de riscos de incêndio

- a operação de equipamentos AVAC permanentes ou portáteis
- o abastecimento de gases medicinais (ar e oxigênio cirúrgico)
- protocolos de prevenção de infecções
- resíduos de risco biológico
- Desenvolver procedimentos e administrar evacuação/movimento de pacientes e funcionários em condições de emergência
- Criar mapas para saída de emergência e treinar os ocupantes em procedimentos de segurança vital específicos para as instalações

1.1.4 Gestão de risco

- Estabelecer a autoridade do operador local para agir no melhor interesse dos pacientes sob seus cuidados, avaliar o risco dos pacientes, priorizar tratamentos, alocar/designar todos os recursos locais e ajustar o curso conforme for necessário
- Realizar e manter atualizada uma avaliação de riscos de segurança (incluindo controle de infecção, segurança, segurança dos medicamentos, prevenção de infecção, manejo de pacientes e a possibilidade de ferimentos associados à saúde comportamental/mental)
- Obedecer as leis federais, estaduais e municipais (p. ex., Lei dos Americanos Portadores de Deficiências-ADA, Lei de Portabilidade e Responsabilidade do Seguro de Saúde-HIPAA, Administração de Segurança e Saúde Ocupacional-OSHA), garantindo ao mesmo tempo a segurança vital dos pacientes (as condições podem ser diferentes das estratégias empregadas nos casos de cuidados não pandêmicos)
- Confirmar com a autoridade jurisdicional e com o corpo de bombeiros local se é necessário haver monitoramento de incêndio, e se ele está disponível, 24 horas ao dia devido a deficiências existentes no edifício quanto a segurança vital/alarme contra incêndio

1.1.5 Apoio profissional para a escolha e desenvolvimento de locais alternativos de atendimento

- Trabalhar com arquitetos e engenheiros certificados, treinados e experientes na área de saúde e com projetistas profissionais que conheçam o tipo de edificação alternativa de atendimento em consideração

1.2 Recursos temporários

- Confirmar se o operador também terá que fornecer equipe médica temporária, gerador elétrico, equipamento AVAC adicional, geração modular de gás, toaletes e chuveiros, acomodação para o pessoal, alimentação e materiais

1.3 Evolução das recomendações

- Essas recomendações apoiam uma solução de resposta rápida para instalações, e evoluem conforme as condições e os precedentes

2.0 Requisitos funcionais

2.1 Conceito para o funcionamento

Sim/Acordado

- Nível de cuidado do paciente é identificado como:
 - ambulatorial (capaz de autopreservação)
 - agudo (incapaz de autopreservação)
 - crítico (p. ex., necessita de suporte vital/ventilação mecânica)
- O diagnóstico de tratamento do paciente foi identificado como:
 - Covid-19 positivo (Covid)
 - Covid-19 negativo (não-Covid)
 - casos em transição (p. ex., assintomáticos, pessoas sob observação, pós-alta)
- Desenvolver um plano para diagnóstico e tratamento
- Desenvolver um plano para tratamento de pacientes com problemas mentais e comportamentais imprevistos (p. ex., observação, áreas seguras, transferência)

2.2 Atendimento a pacientes no local

2.2.1 Escolha do local/localização (ver também 2.2.6, 2.3.1)

- O local está próximo de socorristas
- O local é de fácil acesso a um hospital
- Confirmar estacionamento para funcionários, ambulâncias, entregas e expurgo de resíduos

2.2.2 Isolar as operações ligadas à Covid-19

- Operações ligadas à Covid-19 podem ser separadas de outras atividades nas instalações
- Estabelecer um fluxo de mão única para pacientes, funcionários e materiais, que passe da área não contaminada para a contaminada
- Isolar espaços de apoio aos funcionários de espaços de atendimento a pacientes
- Estabelecer um plano para a transição do tipo de atendimento ao paciente durante o funcionamento do local alternativo de atendimento

2.2.3 Os espaços dedicados a pacientes são dimensionados para acomodar

- Um número previsto de _____ ocupantes com:
 - monitoramento direto ou remoto do paciente
 - privacidade do paciente
 - entrada de luz do dia no espaço dedicado ao paciente (de preferência, janelas no quarto do paciente)
 - toalete e banheiro para o paciente
 - pia para lavagem das mãos do pessoal
 - espaço/conexões para ventiladores, haste de suporte de IV, monitores, expurgo de material biológico de risco, etc.
- Espaço para o carrinho de armazenamento e receptáculo (para reciclagem) de equipamento de proteção individual (EPI) disponível no momento
- Lugar para para o pessoal pôr e remover as peças de EPI em áreas de atendimento a pacientes com espaço para um sistema de supervisão dos colegas (ou mediante observação por câmera)
- Área segura para os pertences do paciente

2.2.4 Os espaços para os postos de enfermagem/médicos precisam acomodar:

- área para documentação médica e de enfermagem
- área para comunicação da equipe de enfermagem/clínica
- carrinho de ressuscitação cardiopulmonar
- pia para a lavagem das mãos do pessoal
- um espaço para testes no local de atendimento (p. ex., glicosímetro, i-STAT, equipamento de gasometria arterial)
- anunciador de chamada do pessoal de enfermagem
- monitores de vigilância

2.2.5 O suporte ao pessoal de enfermagem deve incluir:

- disponibilização de uma sala de preparação de medicamentos (segura) ou um dispensário isolado com iluminação adequada
- copa com pia, bancada para preparação, geladeira, máquina de gelo e pia para lavar as mãos
- cômodo(s) para utensílios de limpeza
- sala para guardar materiais sujos com uma pia lavável e uma bancada que possa ser limpa

- sala para armazenamento de toalhas e lençóis limpos
- sala para armazenamento de equipamentos e materiais
- sala de serviços ambientais
- local para guarda segura de pertences do pessoal
- instalações sanitárias e chuveiros para os funcionários
- área para o armazenamento de EPI da instalação/unidade (segura, se necessário)
- descontaminação e conserto de ventiladores
- sala de recreação ou descanso com acesso à luz do dia (quando possível)
- quarto para o descanso de plantonistas

2.2.6 Admissão e alta

- Estabelecer o espaço necessário para protocolos de segurança
- Disponibilizar uma área coberta para a chegada de ambulâncias
- Acomodação para transferência de pacientes no caso de doença ou óbito

2.2.7 Admissão e alta de pacientes ambulatoriais

- Área separada para o registro de paciente ambulatorio ou no carro (*drive through*)
- Área de triagem fechada, coberta ou de passagem para carros (p. ex., para coleta de amostra e avaliação)
- Saída separada de pacientes, longe da entrada de pacientes

2.2.8 Final da vida

- Acomodar o acesso virtual da família (wi-fi adequado)
- Oferecer áreas de visita para o final da vida (com base em políticas e protocolos permitidos)
- Disponibilizar uma janela externa se possível (e se o paciente estiver consciente)

2.3 Suporte geral

2.3.1 O suporte no local deve incluir:

- segurança do local
- área separada para entrada e saída de funcionários de acordo com a avaliação de riscos de segurança
- recepção e logística

- farmácia satélite e segurança pertinente
- laboratório STAT (ver também local em 2.2.4 para suporte à enfermagem)
- necrotério (móvel, se necessário)
- manejo de resíduos normais e de risco biológico
- oficina para descontaminação e limpeza de ventiladores
- entrega e preparação de alimentos

2.3.2 Suporte externo

- Caso não esteja disponível no local, confirmar os acordos operacionais entre organizações para:
 - processamento de esterilização
 - processamento de toalhas e lençóis
 - armazenamento e logística para equipamentos e materiais gerais, laboratório geral
 - farmácia geral
 - laboratório
 - serviços de alimentação

2.3.3 Administração

- Áreas de apoio à gerência do local

2.3.4 Área de apoio aos cuidadores para descanso, condições de auto-isolamento/quarentena

- Confirmar o(s) local(is) para alojamento temporário (pessoal médico, de enfermagem e de apoio)
- Analisar a possibilidade de contratação de hotéis e outros que ofereçam alojamento nas adjacências

3.0 Modificações requeridas nas instalações no âmbito de projeto/construção

3.1 Arquitetônicas

3.1.1 Tipo de construção

- Evitar construções combustíveis
- Preferíveis: NFPA 101, nível de proteção contra incêndio e segurança vital dos ocupantes Life Safety Code tipo II ou maior

3.1.2 Segurança vital passiva

- Confirmar se as escadas permitem a evacuação em macas, se os pacientes forem incapazes de autopreservação
- Confirmar as vias de saída para classificação adequada da edificação quanto a incêndio e fumaça
- Rever a compartimentação de incêndio e fumaça com base no número de pacientes (principalmente se não houver amortecedores de fumaça ou se estes forem limitados)
- Confirmar se as salas de armazenamento geral têm mais de 10 m² e se as salas de armazenamento de oxigênio têm classificação contra incêndio, incluindo fechos positivos
- Confirmar que haja pelo menos uma saída horizontal
- Proporcionar ao menos duas saídas por andar onde houver pacientes
- Adequar a sinalização e iluminação das saídas

3.1.3 Defesa no local

- Quando os pacientes forem incapazes de autopreservação, avaliar planos de segurança vital para defesa no local ou desenvolver um plano ativo com base operacional para segurança vital

3.1.4 Geometria da edificação

- Confirmar a disposição (paredes, portas, corredores, etc.) para permitir que o pessoal movimente facilmente macas e equipamentos médicos
- Confirmar visibilidade para que o pessoal mantenha linhas de visão em áreas de atendimento dos pacientes a fim de monitorá-los de maneira ativa e mitigar riscos de incidentes comportamentais (p. ex., fuga, agressão – no caso de comorbidades de saúde mental/comportamental)

3.1.5 Componentes da edificação

- Dispor de entradas/portas para pacientes que:
 - incluam painéis com visão para observação externa
 - detenham esporos em aerossol
 - permitam a passagem de equipamento e entrada e saída de macas
- Permitir acabamentos laváveis e de fácil limpeza nas áreas de pacientes (avaliar a remoção de acabamentos existentes, como revestimentos de paredes, cortinas e carpete)
- Proporcionar piso de superfície dura e antiderrapante

3.1.6 Equipamentos e mobiliário

- Usar para pacientes leitos e cadeiras que possam ser desinfetados
- Avaliar o espaço necessário para mobiliário e equipamentos médicos
- Remover os equipamentos ou o mobiliário que não estejam sendo usados diretamente para o atendimento ao paciente

3.1.7 Transporte

- Os elevadores devem permitir que o funcionário mova o paciente em maca ou, se for ambulatorial, em cadeira de rodas
- Considerar a separação do fluxo de funcionários e pacientes nos elevadores

3.2 Estruturais

- Confirmar se o sistema estrutural existente pode suportar a carga estrutural (ativa) revista para uma quantidade maior de ocupantes, equipamento médico e equipamento adicional no telhado

3.3 Mecânicas

3.3.1 Isolamento e pressão negativa

- Se for clinicamente necessário, tomar providências para manter uma sala, zona ou andar de pressão negativa
- Se possível ou clinicamente necessário, utilizar/criar salas de isolamento para infecções transmitidas por via aérea
- Onde for possível, localizar os exaustores perto da cabeça do paciente
- Garantir que os espaços adjacentes estejam protegidos contra contaminação cruzada

3.3.2 Trocas de ar e filtração

- Onde for possível, a preferência são dez trocas de ar por hora, mais duas trocas de ar externo por hora
- Onde for possível, a preferência é usar filtros MERV 7 nas áreas com pacientes e filtros finais MERV 14

3.3.3 Teste e ajuste

- Realizar testes após a construção/reforma e ajustar os sistemas AVAC

3.3.4 Limitações potenciais dos sistemas existentes

- Considerar as unidades de parede e os exaustores de banheiro quanto à capacidade de exaustão, filtração e taxas de renovação de ar existentes (podem ser afetados pelo tamanho dos dutos)

- Considerar unidades de telhado acondicionadas com aquecimento elétrico para fornecer ventilação adicional
- Considerar melhorias nos sistemas de ventilação do edifício (p. ex., ventiladores de maior volume) para manter a pressão negativa
- Avaliar os controles de umidade para oferecer níveis otimizados de umidade para atendimento e tratamento eficazes dos pacientes
- Considerar unidades de recirculação com filtro HEPA nos quartos dos pacientes

3.3.5 Controle de fumaça

- Confirmar a capacidade dos sistemas de controle de fumaça. Se não for possível, o número de pacientes deve ser limitado

3.4 Elétricas

3.4.1 Eletricidade

- Oferecer circuitos elétricos com base na demanda de equipamentos em todos os recintos para pacientes e funcionários
- Confirmar a localização dos quadros de distribuição de circuitos para a distribuição elétrica geral

3.4.2 Disponibilidade de circuitos terminais

- Confirmar a disponibilidade de circuitos terminais para apoio ao atendimento de pacientes

3.4.3 Eletricidade de emergência

- Com base nas necessidades dos pacientes (ou seja, tratamento ambulatorial ou crítico), disponibilizar circuitos elétricos críticos ininterruptos e de segurança vital para apoiar áreas de atendimento aos pacientes durante pelo menos 24 horas para serviços essenciais, inclusive:
 - equipamento de sustentação da vida e equipamentos/refrigeradores para armazenamento de medicamentos
 - tomadas para equipamentos médicos em postos de tratamento de pacientes e nas cabeceiras
 - sistema de chamada de enfermeiros
 - TI (relativa aos pacientes, comunicação da equipe médica e infraestrutura)
 - iluminação das saídas
 - sistema de alarme de incêndio, elevadores, infraestrutura de TI, etc.
 - elevadores
 - chave de transferência automática

3.4.4 Iluminação

- Disponibilizar iluminação (luminárias vedadas) e lâmpadas portáteis de exame para apoio aos procedimentos clínicos
- Verificar a iluminação das saídas de emergência

3.5 Encanamento/gás medicinal

3.5.1 Gás medicinal

- Disponibilizar acomodações para oxigênio, ar medicinal e vácuo em apoio aos procedimentos de intubação e ventilação para acomodar demanda alta ou plena
- Confirmar a disponibilidade de espaço para geradores de tanques de oxigênio modulares temporários quando necessário
- Confirmar a disponibilidade de recipientes ou salas adequados resistentes a incêndio para armazenamento de oxigênio engarrafado
- Confirmar a disponibilidade para armazenamento de tanques de oxigênio vazios

3.5.2 Água

- Disponibilizar água potável para apoio aos procedimentos clínicos (pode incluir desinfecção da tubulação principal e do sistema de distribuição de água, e testagem analítica da edificação para confirmar se o sistema de água é seguro para o atendimento a pacientes)
- Caso necessário, planejar o processamento de água para descontaminação ou esterilização no local
- Planejar o gerenciamento contínuo do sistema de água de modo a incluir descarga, monitoramento da temperatura e níveis residuais de desinfetantes

3.6 Proteção contra incêndios/segurança vital

- Confirmar as condições e expectativas quanto a incêndios/segurança vital junto às autoridades com jurisdição local
- Confirmar a presença de sistemas e funcionalidade de alarmes contra incêndio em cenários de atendimento a pacientes. Caso não haja nenhum sistema de alarme contra incêndio, reavaliar a adequação da edificação para uma resposta a pandemias, ou instalar um sistema de alarme contra incêndios
- Preferência: sistema totalmente automático de supressão de fogo
- Confirmar a disponibilidade e espaçamento adequados de extintores de incêndio

3.7 Comunicação

3.7.1 Tecnologia da informação

- Confirmar ou instalar infraestrutura segura de tecnologia da informação adequada para apoio ao atendimento a pacientes, em conformidade com a HIPAA

3.7.2 Comunicações para serviços médicos de emergência

- Confirmar ou instalar um sistema de comunicação adequado para serviços médicos de emergência em apoio ao atendimento a pacientes, em conformidade com a segurança da HIPAA

3.7.3 Chamada/comunicação com enfermagem

- Confirmar ou instalar um sistema de chamada de enfermeiros adequado e seguro para suporte do atendimento a pacientes ou método semelhante de comunicação do paciente com a enfermagem
- Estabelecer um método para a comunicação dos clínicos (p. ex., celular, sem fio)

3.7.4 Alarme contra incêndio

- Confirmar ou instalar um alarme contra incêndio conectado aos serviços de emergência locais
- Verificar a disponibilidade de estações com alarme manual contra incêndio

3.7.5 Vigilância de segurança

- Avaliar as necessidades de segurança e disponibilizar um sistema de vigilância conforme for adequado (câmeras, monitores, detectores de movimento, alarme para portas e janelas, etc.)
- Considerar sistemas sem fio quando necessário

4.0 Considerações adicionais

4.1 Populações etnicamente diversas ou marginalizadas

- Rever as necessidades de espaço para atender à competência cultural
- Considerar acomodações para práticas culturais e espirituais específicas
- Considerar a acessibilidade do local alternativo de atendimento e opções de transporte dentro ou adjacentes a comunidades residenciais
- Disponibilizar espaço adequado para assistentes sociais e serviços de interpretação de idiomas

4.2 População rural

- Considerar a acessibilidade do local alternativo de atendimento e o transporte até ele, avaliando o tempo de deslocamento e a distância
- Considerar a necessidade de transporte por helicóptero
- Avaliar as necessidades de hospedagem e alojamento para profissionais de saúde e familiares dos pacientes
- Avaliar a necessidade de transporte por ambulância de pacientes mais graves
- Verificar os sistemas de comunicação (telefone celular, repetidores para uma cobertura melhor)
- Verificar se as necessidades críticas de infraestrutura (saneamento, água potável, eletricidade) são adequadas à demanda prevista

4.3 Populações em situação de rua ou desabrigadas

- Disponibilizar banheiros com chuveiros perto da entrada
- Designar uma área de armazenamento para pertences, bicicletas, etc.

4.4 Pacientes com problemas mentais e comportamentais

- Segundo a sessão 1.1.4, realizar uma avaliação de risco de segurança em todos os locais de acesso a pacientes com problemas mentais e comportamentais em potencial para eliminar a possibilidade de automutilação e danos contra terceiros
- Caso pacientes com problemas mentais ou comportamentais sejam identificados, proporcionar espaço para observação individual contínua até sua transferência ou alta
- Considerar quartos seguros, se necessário para o plano operacional identificado

Contribuições do grupo de trabalho e dos autores

Membros do grupo de trabalho

(MS) Molly M. Scanlon, PhD, FAIA, FACHA – Presidente
(DA) Diana Anderson, MD, ACHA
(EE) Eve A. Edelstein, PhD, MArch, Assoc. AIA, EDAC, FAAA
(JF) John Fowler, AIA, NCARB, EDAC, LEED AP
(WH) William Hercules, FAIA, FACHA, FACHE
(EP) Erin Peavey, AIA, EDAC, LEED AP
(YS) Yiselle Santos, AIA, LSSYB, WELL AP, LEED AP
(ET) Ellen Taylor, PhD, AIA, MBA, EDAC
(KW) Kirsten Waltz, AIA, ACHA, EDAC, LEED AP
(MW) Marvina Williams, RN, BSN, LSSBB
(FZ) Frank Zilm, DArch, FAIA, Emérito FACHA
(DP) Doug Paul, Equipe do AIA

Ferramenta de avaliação do estado de preparação de locais alternativos de atendimento para Covid-19

Os itens seguintes representam as contribuições principais do autor: conceptualização, MS; análise de códigos e padrões, JF, WH, KW e ET; administração de projetos, ET, MS e DP.

Reuniões

O grupo de trabalho realizou reuniões diárias de 24 de março a 2 de abril de 2020 para a preparação do Sumário #1 sobre o Impacto na Saúde e de trabalhos afins para revisão, consenso e aprovação. Foram realizadas reuniões de subgrupos adicionais durante o mesmo período de tempo. Atualizações foram preparadas até o dia 22 de abril de 2020 para o lançamento da versão revisada

Contribuidores adicionais para a Ferramenta de avaliação do estado de preparação de locais alternativos de atendimento para Covid-19

Amanda Abney, Associate AIA, EDAC	Isaac Karley
Patricia Acevedo, AIA	Ed Ledoux
Javan Arroyo	Christopher Lynch, PE
Joe Bonanno	Zach Mathern
Gabrielle Bullock, FAIA, NOMAC, IIDA, LEED AP	Don MacAlister, CHPA
Daniel Caron, PE, LEED AP	Todd Medd, AIA, NCARB
Jason Costello, AIA, EDAC	Christopher O'Brien, AIA, ACHA, EDAC, LEED AP
Ashleigh Cotter, CID, CHID, IIDA, LEED AP BD+C, CLGB	Sam Olbekson, AIA, NCARB, AICAE
Rachael Farrell, EDAC, LSSGB, LEED AP, BD+C	John P. Riordan, MD
David Frum, FAIA, FACHA	Nick Schumacher, PE
Ruth Fanning, MD	Michael Sheerin, PE, LEED AP
Angel Gomez	Hannah Shultz
Jeff Hankin, PE	Tom Smith, CHPA, CPP
Anita Honkanen, MD	Rick Taylor, RCDD
Nathan Howell, AIA	Kevin Tuohey, CHPA
Jennifer Burke Jackson, AIA, LEED AP	Scott Waltz, RA
	Julie Wellik
	Tony York, CHPA, CPP