

Ano

Entidade: *

Morada:

Código Postal -

N.º de camas:

ARS

ARS:

Tipologia: * ACES
 Hospital/Centro Hospitalar
 Unidade Local de Saúde

PLANO DE ATIVIDADES

Preenchimento do Plano de Atividades concluído? * Sim Não

Preenchimento do Relatório de Atividades concluído? Sim Não

Utilizador:

E-mail:

Utilizador2 email_utilizador_2

1. MELHORIA DA QUALIDADE CLÍNICA E ORGANIZACIONAL

Diagnóstico de Situação no ano atual

1) Qual o n.º de Normas emitidas pela DGS que foram discutidas e analisadas na Instituição?

Observações / Apoio (DGS)

Identificar as normas analisadas e as ações tomadas (ex: sessões clínicas, ações de formação, etc.)

(anexe evidência) *

 

 Adicionar Proposta

 Divulgar quinzenalmente as Normas de Orientação Clínica (NOC) a todos os profissionais (Intranet).
 Priorizar a implementação de NOC, estabelecendo o plano de ação com referência a:
 Necessidades de formação;
 Discussão de práticas clínicas;
 Cronograma de implementação;
 Realização de auditorias clínicas;
 Monitorização da implementação.
 Implementação: Informação DGS "Programa Assistencial Integrado da Diabetes Mellitus tipo 2", nº 001/2013 de 19/02/2013.
 Implementação: NOC DGS "Utilização e seleção de Antiagregantes Plaquetários em Doenças Cardiovasculares", nº 014/2011
 Implementação: NOC DGS "Cirurgia Segura Salva Vidas", nº 02/2013 de 12/02/2013 atualizada a 25/06/2013.
 Implementação: NOC DGS "Implementação Experimental da Tabela Nacional de Funcionalidade", nº 014/2014 de 01/09/2014.
 Implementação: NOC 012_2016 de 28/10 "Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias de Eliminação Urinária em Idade P
 Implementação: NOC 013_2016 de 28/10 "Regras de Prescrição de Dispositivos Médicos na Retenção/Incontinência em Idade P
 Implementação: NOC 15_2016 de 28/10 "Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias de Eliminação Intestinal em Idade Pe
 Implementação: NOC 18_2014 de 9/12 atualizada em 27/4/2015 "Prevenção e Controlo de Colonização e Infeção por Staphylo
 Internamento de Cuidados Continuados Integrados".
 Implementação: NOC 19_2015 de 15/12 ""Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesic
 Implementação: NOC 20_2015 de 15/12 ""Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico".
 Implementação: NOC 22/2015 de 16/12 ""Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Venoso C
 Implementação: NOC 02/2015 de 06/03 atualizada a 23/10/2015, "Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referência

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

2) Quantas auditorias internas sobre as normas emitidas pela DGS foram realizadas?

 Adicionar Proposta



- Definir o plano de auditorias clínicas.
- Realizar periodicamente auditorias internas para monitorização do grau de implementação das NOC.
- Publicar e promover a discussão de dados/indicadores sucessivos (evolutivos) dos indicadores das NOC selecionadas.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2017-12-31

 Adicionar Proposta

- ✗ Promover a formação aos serviços de Cardiologia e Pneumologia sobre a aplicação da TNF.
 "Implementar a aplicação da Tabela Nacional de Funcionalidade, de acordo com as orientações da DGS, nos seguintes Serviços: Serviço de Pneumologia, no internamento, nos casos clínicos portadores de doença pulmonar obstrutiva crónica;"
 Serviço de Cardiologia ou cirurgia cardiotorácica, no internamento, nos casos clínicos portadores de insuficiência cardíaca avançada;
 Serviço de Psiquiatria, no internamento, nos casos clínicos portadores de psicose funcional, sem causalidade orgânica identificada;"
 "Monitorizar os indicadores:
 nº total de pessoas saídas com registo da TNF / nº total de pessoas entradas e elegíveis para a aplicação da TNF; "
 média do grau de funcionalidade dos doentes no momento da admissão;
 média do grau de funcionalidade dos doentes no momento da alta.
 Recolher trimestralmente os dados e enviar ao DQS.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2017-12-31

6) Auditorias Internas aos registos clínicos das notas de alta médica e de enfermagem (Despacho nº 2784/2013, de 20 de fevereiro)

Qual a percentagem de registos clínicos eletrónicos não conformes no âmbito do ponto n. 7 do despacho 2784/2013 de 20/02? 0.00 %

(anexe evidência)

B. Segurança na Comunicação.rar  ✗

Observações / Apoio
Indicar o nº de registos não conformes

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Realização de auditorias internas sobre as transferências de informação nas transições de cuidados.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2017-12-31

7) Sistema de Triagem (Norma nº 02/2015, de 06/03/2015 atualizada a 23/10/2015)

7.1) Identificação do Sistema de Triagem Manchester

7.2) Indicadores da implementação do sistema:

Observações / Apoio
Indicar a média dos 4 trimestres
Norma nº 02/2015.

Demora média para triagem: 10.00

Demora média entre a triagem e a primeira observação médica por prioridade "Vermelha": 3.00

Demora média entre a triagem e a primeira observação médica por prioridade "Laranja": 23.00

Demora média entre a triagem e a primeira observação médica por prioridade "Amarela": 29.00

Demora média entre a triagem e a primeira observação médica por prioridade "Verde": 53.00

Demora média entre a triagem e a primeira observação médica por prioridade "Azul": 74.00

Demora média entre a triagem e a primeira observação médica por prioridade "Branco": 0.00

Ponderação do número de óbitos até à primeira observação médica por nível de prioridade: 0.00

Demora média entre a triagem e saída do doente do serviço de urgência por prioridade "Vermelha":	240.00
Demora média entre a triagem e saída do doente do serviço de urgência por prioridade "Laranja":	267.00
Demora média entre a triagem e saída do doente do serviço de urgência por prioridade "Amarela":	216.00
Demora média entre a triagem e saída do doente do serviço de urgência por prioridade "Verde":	188.00
Demora média entre a triagem e saída do doente do serviço de urgência por prioridade "Azul":	209.00
Demora média entre a triagem e saída do doente do serviço de urgência por prioridade "Branco":	0.00

(anexe evidência)

7. Triagem.rar  

(anexe evidência) *

6. Projetos de Boas Práticas.rar   Adicionar Proposta Desenvolver e/ou participar em atividades de Ensaios Clínicos quando solicitados.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2017-12-31

2.REFORÇO DA SEGURANÇA DOS DOENTES**Diagnóstico de Situação no ano atual****Prioridade II: Reforço da Segurança dos Doentes****Cultura de Segurança**

1) Considerando a última taxa de adesão obtida, quais as medidas de melhoria implementadas?

Foi proposta ação de sensibilização dos profis cultura de segurança, que foi aprovada pelo C

Observações / Apoio

Indicar como foi realizada a

(anexe evidência) *

Cultura.rar  **Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

Promover uma ação de sensibilização aos profissionais referentes às dimensões: D12; D8 e D9.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2017-03-31

2) Que atividades de formação foram desenvolvidas na instituição no âmbito da:

2.1.) segurança do doente

"Existem diversos ensinios ao doente protocol:

- PT.GRL.016 – Ensino ao utente em situaçãc
- PT.GRL.073 – Ensino sobre cuidados com a
- PT.GRL.094 – Ensino sobre utilização do co
- PT.GRL. 095.01 – Ensino sobre a gestão da
- PT.GRL.096.02- Ensino à pessoa com Diabte
- PT.GRL.097.03- Ensino à pessoa submetida

São fornecidos diversos folhetos Informativos

- Imobilizações gessadas – braços;
- Imobilizações gessadas – pernas;
- Orientações ao utente com Diarreia;
- Orientações ao utente com Febre;
- Orientações ao utente com Hipertensão Arte
- Traumatismo Craneano."

Observações / Apoio

Identificar: Tema(s) da form; formadora(s); N° de professic

2.1.) segurança do profissional

A avaliação da cultura de segurança nos Hospitais decorreu até ao dia 15/06/2016. Foi divulgado, internamente, nos recibos de vencimento dos

(anexe evidência) *

Formação utente.profissional.rar  

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

§ Promover ensino aos doentes com avaliação da eficácia.
 Promover uma ação de sensibilização dos profissionais referentes às dimensões D12, D8 e D9 do Questionário da avaliação da Avaliação o volume de notificação de eventos e do empenhamento na eliminação das causas.
 Promover uma ação de sensibilização dos profissionais referentes às dimensões D12, D8 e D9 do Questionário da avaliação d Desenvolver ações de formação e sensibilização para os profissionais, respeitantes à segurança do doente e do profissional.
 Assegurar a formação dos doentes através de ensinios e da disponibilização de folhetos e afixação de cartazes.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2017-12-31

Segurança da Comunicação

3) Quantas auditorias internas sobre a transferência de informação nas transições de cuidados foram realizadas?

0

Observações / Apoio

Anexar relatório(s) de audit

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

"Realização de auditorias internas sobre as transferências de informação nas transições de cuidados."

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2017-12-31

Segurança Cirúrgica

4) Qual a taxa de não conformidade da utilização da lista de verificação de segurança cirúrgica da instituição?

0 (%)

Observações / Apoio

Anexar:
 N° de não conformidades re auditoria interna e o n.º total

(anexe evidência) *

DocBranco.docx  

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Atualizar a norma interna referente aos procedimentos de segurança pré-operatória.
 Promover formação aos profissionais dos Blocos Operatórios e Cirurgias de Ambulatório.
 Monitorizar a taxa de conformidade: n° de respostas do tipo "não" dos critérios de auditoria interna / total de respostas.
 Implementar as medidas corretivas resultantes das não conformidades detetadas.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2017-12-31

5) Quais as taxas de complicações cirúrgicas dos eventos inadmissíveis na instituição:

Observações / Apoio

Indicar: N.º de incidentes in

Local cirúrgico errado: 0 (%)

Procedimento errado: 0 (%)

Doente errado: 0 (%)

Retenção de objetos estranhos no local cirúrgico: 0 (%)

Morte intraoperatória em doentes ASA1: 0 (%)

(anexe evidência) *

UCGIC - Registo de Cirurgia Segura (25.10.2010).pdf  **Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

Monitorizar a taxa de incidentes inadmissíveis por tipo / nº de doentes intervencionados.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2017-12-31

6) Quantas auditorias internas foram realizadas?

0

Observações / Apoio

Anexar relatório(s) de audit

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Realizar auditorias internas aos procedimentos de CSSV.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2017-12-31

7) Quantas notificações de incidentes relacionados com procedimentos cirúrgicos ocorreram na instituição?

1

Observações / Apoio

Indicar:

Anexar, por exemplo, quadr

(anexe evidência) *

Notificação de Eventos.pdf  **Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

§ Monitorizar as notificações de incidentes relacionados com procedimentos cirúrgicos ocorrerem na instituição.
§ Solicitar análise de incidentes e promover a implementação de ações de melhoria.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2017-12-31

Segurança na utilização da medicação

8) Tem lista de medicamentos LASA atualizada e divulgada?

 Sim (se sim, anexe evidência) Não**Observações / Apoio**Anexar cópia da lista de me
aplicável. Evidenciar como f

(anexe evidência) *

1. Medicamentos LASA (IT.FAR.033.00 de 02.11.2016).pdf  **Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

Promover, através da intranet, ações de sensibilização sobre o tema.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2017-06-30

9) Tem implementado estratégia institucional para o armazenamento e identificação de medicamentos LASA?

 Sim (se sim, anexe evidência) Não**Observações / Apoio**Anexar cópia da estratégia e
onde está implementada. E

(anexe evidência) *

2. Estratégia.rar  **Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

Efetuar revisão da check list de auditoria aos Serviços, relativa ao armazenamento e identificação de medicamentos LASA.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2017-01-31

10) Quantas notificações de incidentes relacionados com a utilização de medicamentos LASA, ocorreram na instituição?

8

Observações / Apoio

Indicar:

Anexar, por exemplo, quadr

(anexe evidência) *

3. Eventos medicação.pdf  

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Monitorizar a ocorrência de eventos e definir as ações corretivas e preventivas.
"Implementar prescrição eletrônica no Bloco Operatório e Cirurgia do Ambulatório.
Monitorizar a ocorrência de eventos e definir as ações corretivas e preventivas."

Elaborar um ponto de situação sobre a interação entre utentes e farmacêuticas.
Consolidar estratégias de implementação/sistematização da reconciliação terapêutica
Após análise do trabalho desenvolvido em 2016, serão uniformizados procedimentos, na melhor versão adaptada.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2017-12-31

11) Tem lista de medicamentos de alerta máximo atualizada?

Sim (se sim, anexe evidência)

Não

Observações / Apoio

Anexar cópia da lista de mei
revisão, se aplicável. Evider

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Elaborar a norma para os medicamentos de alerta máximo.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2017-03-31

12) Tem implementada estratégia institucional para os medicamentos de alerta máximo?

Sim (se sim, anexe evidência)

Não

Observações / Apoio

Anexar cópia da estratégia e
onde está implementada. Ev

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Implementar a norma para os medicamentos de alerta máximo.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2017-12-31

13) Quantas notificações de incidentes relacionados com a utilização de medicamentos de alerta máximo ocorreram na instituição?

0

Observações / Apoio

Anexar, por exemplo, quadr

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Monitorizar a ocorrência de eventos e definir as ações corretivas e preventivas.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2017-12-31

14) Quantas auditorias internas foram realizadas no âmbito de práticas seguras do medicamento, na instituição?

0

Observações / Apoio
Anexar relatório(s) de audit
(s) auditora(s).

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Concluir e implementar primeiras abordagens pensadas (farmacocinética) e definir novos campos de atuação.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2017-06-30

15) Foram implementadas outras medidas de melhoria na instituição no âmbito das práticas seguras do medicamento?

- Sim (se sim, anexe evidência)
 Não

Observações / Apoio
Anexar plano de melhoria, r

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

O Serviço Farmacêutico estabeleceu ainda contacto com a Associação Portuguesa de Farmacêuticos Hospitalares, estando ac com reconhecida mestria na área.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2017-12-31

16) Quais as iniciativas desenvolvidas no âmbito da reconciliação terapêutica?

"Encontram-se em análise estratégias de impl Ortopedias. Foi pedida a várias farmacêuticas de situação no final de 2016. Relativamente à medicação do domicílio, a re nenhuma necessidade de alteração ao proces formulário terapeutico interno em ""outra medi

Observações / Apoio
A RECONCILIAÇÃO DA ME automedicação, em cada m medicação, nomeadamente adesão à medicação.

(anexe evidência) *

6. Reconciliação.rar  

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

É projeto do Serviço Farmacêutico, implementar a reconciliação num serviço piloto, no momento da alta.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2017-12-31

Identificação inequívoca dos doentes

17) Tem implementada estratégia local para a identificação inequívoca do doente?

- Sim (se sim, anexe evidência)
 Não

Observações / Apoio
Anexar cópia da estratégia e

(anexe evidência) *

1. Estratégia.rar  

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

"Assegurar o cumprimento das seguintes normas internas através de auditoria interna sobre identificação correta dos doentes:

- PT.GRL.006 - Identificação dos Utentes;
- IT.GRL.018 - Identificação de Recém-Nascidos;
- IT.SIH.016 - Rotulagem e Envio de Componentes Sanguíneos e Hemoderivados;
- IT.SPC.011 - Normas de Identificação do Utente."

Garantir verificação cruzada da identificação com Recetor – Amostra – Pedido - Componentes sanguíneos;

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2017-12-31

18) Quantas notificações de incidentes relacionadas com a identificação do doente ocorreram na instituição?

4

Observações / Apoio
Anexar, por exemplo, quadr

(anexe evidência) *

2. Eventos.rar  

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Monitorizar a ocorrência de eventos e definir as ações corretivas e preventivas.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2017-12-31

19) Quantas auditorias internas foram realizadas no âmbito da identificação inequívoca do doente, na instituição?

11

Observações / Apoio
Anexar relatório(s) de audit

(anexe evidência) *

3. Auditorias.rar  

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

"§ Realizar auditorias internas para monitorização do cumprimento das normas. Implementar as ações preventivas e corretivas decorrentes das auditorias."

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2017-05-30

20) Que práticas seguras foram realizadas para assegurar a verificação entre a identificação do doente e o procedimento a realizar.

"Em 2016 foram implementadas 3 medidas cr
Em doentes grupados pela 1ª vez no Serviço
confirmação de grupo sanguíneo antes da apl
a colheita da amostra para os testes pré-trans
IMP.SIH.090).
Foram efectuadas 2 formações sobre transfus
A Direção do serviço de Imunohemoterapia a
implementar um sistema de segurança na trar
Abrantes devido à complexidade e especificaç
"A classificação do grupo sanguíneo AB0 do c
transfusão sanguínea) é um dos procediment
segurança transfusional.
Esta metodologia é aplicada nos seguintes se
Nefrologia (Internamento e Hemodialise) – To
Hospital de Dia – Tomar;
UCPC – Tomar;
Hospital de Dia – Torres Novas;
Bloco Operatório - Tomar;
UCIP - Abrantes."
"Monitorização de indicadores que permitem \\
(Anexo Mapa de Objetivos e Indicadores 2016

Observações / Apoio
Identificar o serviço, o públic

(anexe evidência) *

4. Práticas seguras.rar  

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

§ Formar os serviços para as medidas de segurança na transfusão, com confirmação do grupo sanguíneo AB0 à cabeceira, an
"implementar um sistema de segurança na transfusão de componentes sanguíneos no serviço de urgência da Unidade de Abra
"

§ Alargar a outros serviços a implementação da classificação do grupo sanguíneo AB0 do doente, à cabeceira (antes da admin
hemovigilância, utilizados no serviço de Imuno-hemoterapia, com o objetivo de aumentar a segurança transfusional.

Monitorização de indicadores que permitem verificar a segurança transfusional.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2017-12-31

21) Implementou atividades no âmbito da prevenção de quedas?

- Sim
 Não

(anexe evidência) *

1. Estratégia.rar  

22) Qual o nº de notificações de incidentes relativas a quedas registradas na instituição?

193

Observações / Apoio

Anexar, por exemplo, quad

(anexe evidência) *

2. Relatório Quedas 2016 Final.pdf  

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Monitorizar a ocorrência de eventos e definir as ações corretivas e preventivas.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2017-12-31

23) Quantas auditorias internas foram realizadas no âmbito da prevenção de quedas, na instituição?

193

Observações / Apoio

Anexar relatório(s) de audit
(s) auditora(s).

(anexe evidência) *

2. Relatório Quedas 2016 Final.pdf  

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

§ Realizar auditorias internas mensalmente aos processos de enfermagem com incidência de quedas.

§ Definir estratégias de melhoria face às não conformidades detetadas nas auditorias.

§ Transmitir mensalmente a informação das não conformidades detetadas ao enfermeiro chefe/responsável de serviço e enfermeiro devendo os mesmos realizar evidência das ações tomadas.

§ Encerrar a edição de eventos até ao primeiro dia útil do mês seguinte.

§ Implementar as ações preventivas e corretivas decorrentes das auditorias.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2017-12-31

Prevenir a ocorrência de úlceras por pressão

24) Implementou atividades no âmbito da prevenção de úlceras de pressão?

(anexe evidência) *

- Sim (se sim, anexe evidência)
 Não

1. Estratégia.rar  

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Garantir o cumprimento das normas internas implementadas: PT.GRL.052 – Medidas de Prevenção Face ao Risco de Úlcera de IMP.GRL.360 – Medidas de prevenção de úlceras de pressão.

"Elaboração de uma ação de sensibilização, nas 3 Unidades, dando especial atenção:

- às atitudes preventivas que deverão ser adotadas pelas equipas de enfermagem;
- ao registo da caracterização da UP (nomeadamente da categoria), da cicatrização da UP, das intervenções adequadas a cada risco de UP identificado e à realização do ensino sobre a prevenção de UP;
- à uniformização da prática dos cuidados."

"Monitorização contínua de indicadores:

- Taxa de incidência de úlceras de pressão;
- Taxa de prevalência de úlceras de pressão;
- Taxa de efetividade diagnóstica do risco de úlceras de pressão;
- Taxa de efetividade de prevalência de úlceras de pressão;
- Taxa de resolução (cicatrização) de úlceras de pressão."

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2017-12-15

25) Qual o nº de notificações de incidentes relativas a úlceras de pressão adquiridas na instituição?

302

Observações / Apoio

Anexar, por exemplo, quad

(anexe evidência) *

Relatório das UP 2016.pdf  **Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

" - Monitorizar a ocorrência de eventos e definir as ações corretivas e preventivas.

- Efetuar relatório anual (2017) com as propostas das ações de melhoria pelo grupo de Enfermagem das úlceras de pressão."

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2017-12-15

26) Quantas auditorias internas foram realizadas no âmbito da prevenção de úlceras de pressão, na instituição?

302

Observações / Apoio

Anexar relatório(s) de auditoria(s) de auditoria(s).

(anexe evidência) *

Relatório das UP 2016.pdf  **Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

" - Realizar auditorias internas aos processos de enfermagem com incidência de úlceras de pressão.

- Implementar as ações preventivas e corretivas decorrentes das auditorias."

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2017-12-15

Notificação, análise e prevenção e incidentes

27) A instituição notifica incidentes noutro sistema sem ser o NOTIFICA?

 Sim (se sim, anexe evidência) Não**Observações / Apoio**

Anexar evidência indicando o

(anexe evidência) *

1. tratamento evento.pdf  **Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

Solicitar ao Conselho de Administração parecer acerca da continuação do desenvolvimento do programa interno SGQu@!, ou acompanhar a notificação de eventos no sistema nacional de notificação, avaliar as causas com os profissionais envolvidos, pr eficácia das mesmas.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2017-12-31

28) Indique quais as medidas preventivas implementadas, considerando os incidentes de segurança do doente com maior prevalência na instituição?

"Em 2016 foram notificados 1076 eventos. Para as tipologias de eventos mais notificadas (relatório de eventos) a referir:

- Atrasos no Transporte de Doentes – Foi feita
- Falhas na Preparação e Dispensa de Medicação
- Consultas, sessões e MCDT – Após envolvidos melhores tempos de resposta e algumas melhorias
- Não Alcance de objetivos Terapêuticos na Urgência médica
- Projeto de reestruturação da Urgência médica
- Dispositivos Médicos Não Conformes – Foi feita
- Roupas (Distribuição, Qualidade e Roturas de diversos constrangimentos. Têm-se efetuado
- Roturas de Stock do Aprovisionamento – Foi

Observações / Apoio

Anexar documento comprov

(anexe evidência) *

2. Relatório Notificação de Eventos Anual.pdf  **Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

Para as tipologias de incidentes de segurança do doente com maior prevalência no CHMT, definir e implementar medidas prev

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2017-12-31

29) Foram realizadas auditorias internas à metodologia de análise de incidentes?

- Sim (se sim, anexe evidência)
 Não

Observações / Apoio

Anexar relatório de auditoria

(anexe evidência) *

3. Relatório auditoria informatica.pdf  

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Promover anualmente uma auditoria interna e outra externa ao Serviço de Gestão da Qualidade, que é responsável pela gestão de incidentes notificados.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2017-12-31

Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos

30) A instituição monitorizou as infeções associadas aos cuidados de saúde através dos 4 programas de incidência de infeção (HAI-SSI; HAI-UCI; UCIN; INCS)?

- Sim
 Não

Observações / Apoio

anexar relatório extraído da

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

"Monitorizar as infeções associadas a cuidados de saúde, através dos programas de incidência de infeção, nomeadamente:
 Infeções da corrente sanguínea - VE-INCS.
 Vigilância da infeção nosocomial do trato urinário.
 Propor à UCIC a implementação do programa de vigilância HELICS UCI.
 Propor aos Serviços cirúrgicos a implementação do programa de vigilância HELICS ILC.
 Realizar o Inquérito de Prevalência da Infeção promovido pelo ECDC."

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2017-12-31

31) A instituição monitorizou e notificou atempadamente os microrganismos alerta e problema?

- Sim (anexe evidência)
 Não

Observações / Apoio

Admite-se evidência por amostragem) e problema.

(anexe evidência) *

2. Notificação MA e MP.rar  

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Monitorizar e notificar atempadamente os microrganismos alerta e problema. para o INSA/DGS/PPCIRA.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2017-12-31

32) A instituição tem conhecimento e analisa os seus dados de consumo de antimicrobianos?

- Sim (anexe evidência)
 Não

Observações / Apoio

Anexar dados de consumo e embalagem, despesa).

(anexe evidência) *

3. ATB.rar  

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Analisar periodicamente o consumo de antimicrobianos na Instituição.	
--	--

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não	2017-12-31
-----	------------

33) A instituição tem um programa de apoio à prescrição de antibióticos, de acordo com o Despacho n.º 15423?

- Sim (se sim, anexe evidência)
 Não

Observações / Apoio

Entende-se por "ter um prog

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Pretende-se no ano 2017 iniciar faseadamente a implementação do PAPA num Serviço piloto e, posteriormente alargar a mais	
--	--

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não	2017-12-31
-----	------------

34) A instituição concluiu e ultrapassou a fase 1 da Campanha de Precauções Básicas de Controlo de Infecção?

- Sim Não

Observações / Apoio

Anexar checklist de atividade

(anexe evidência)

5. CNPB.pdf		
-------------	--	--

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

" - Realização de auditorias à implementação das precauções básicas do controlo da infeção. - Implementar a Campanha de precauções básicas de controlo de infeção em mais Serviços do CHMT: Neonatologia, Ginecol - Manter a monitorização da higiene das mãos em todos os Serviços que aderiram à CNHM."	
---	--

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não	2017-12-31
-----	------------

35) Verificou-se, na instituição, diminuição no consumo de carbapenemes do ano anterior para o ano atual?

- Sim
 Não

Observações / Apoio

Anexar dados de consumo (despesa).

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

" - Monitorizar o consumo de carbapenemes. - Desenvolver ações para diminuição do consumo. "	
--	--

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não	2017-12-31
-----	------------

37) A taxa MRSA/Staphylococcus aureus, considerando todas as amostras, diminuiu do ano anterior para o ano atual, na instituição?

- Sim
 Não

Observações / Apoio

Quando se diz "considerand mesmo doente. Deverão ser incluídas coloni Anexar o nº de amostras coi

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Implementar o PT.CCI.002.02 - Atuação perante SAMR e a deteção Precoce de SAMR.	
---	--

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não	2017-12-31
-----	------------

0.2600	(%)
--------	-----

38) Qual % de doentes que adquiriu colonização ou infeção por microrganismo problema ou alerta conforme definição da Norma n.º 004/2013, de 21/02/2013 atualizada a 05/08/2013?

Observações / Apoio

Anexar o nº doentes com os doentes admitidos no período.
Os dados dos doentes que são fornecidos pelos Laboratórios

(anexe evidência) *

9. VE MEI.png  

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

" - Manter VE de Microrganismos Epidemiologicamente Importantes (MEI): infeção/colonização.
- Manter notificação dos microrganismos alerta ou problema isolados no Laboratório de Patologia Clínica conforme a norma 00 "

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2017-12-31

39) Qual o nº de notificações de infeções associadas a cuidados de saúde, registados na instituição?

121

(anexe evidência) *

10. VE.zip  

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Manter a vigilância epidemiológica das INCS (anual).
Manter a vigilância epidemiológica das ITU (trimestral).
Iniciar a vigilância epidemiológica das ILC.
Promover o Inquérito de Prevalência 2017.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2017-12-31

3. MONITORIZAÇÃO PERMANENTE QUALIDADE E SEGURANÇA

Diagnóstico de Situação no ano atual

Prioridade III: Monitorização permanente da qualidade e segurança

1) A instituição avaliou a satisfação do utente?

Sim Não

(anexe evidência) *

Avaliação da satisfação.rar  

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

" - Avaliar a satisfação dos utentes do CHMT e dos doentes dos serviços certificados, aplicando os questionários aos utentes.
- Implementar medidas de melhoria decorrente dos resultados da avaliação da satisfação dos utentes.
- Elaborar o relatório com os resultados obtidos da avaliação da satisfação dos utentes."

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2017-12-31

4. RECONHECIMENTO DA QUALIDADE DAS UNIDADES SAÚDE

Diagnóstico de Situação no ano atual

Prioridade IV: Reconhecimento da qualidade das unidades de saúde

1) A instituição está acreditada?

Sim Não

Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta

Avaliar a possibilidade de concluir a implementação do modelo de acreditação hospitalar, que o CHMT adotou em 2004, referenc

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

2) A instituição está certificada?

Sim, anexe evidência Não

Observações / Apoio

OBSERVAÇÕES/APOIO Se

1) unidades/serviço ou Hosp

2) qual a Norma (ISO 9001,

3) período de vigência do(s)

(anexe evidência) *



Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta

"

- Consolidação da certificação nos serviços certificados;
- Realização de auditorias internas;
- Identificação das não conformidades e observações;
- Acompanhamento mensal das ações corretivas e preventivas;
- Avaliação do grau de execução das ações corretivas e preventivas;
- Avaliação do grau de eficácia das ações corretivas e preventivas implementadas;
- Realização da auditoria externa.

"

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

5. INFO TRANSP CIDADÃO, AU/TO DA SUA CAPACITAÇÃO

Diagnóstico de Situação no ano atual

Prioridade V: Informação transparente ao cidadão e aumento da sua capacitação

1) Que iniciativas de divulgação de informação ao doente /utente foram realizadas no âmbito da Segurança do Doente?

"O CHMT promove diversas iniciativas de divu

Foi realizada uma reunião (DM, AL, LG, LM n
passar nos monitores das salas de espera. A
A proposta foi novamente enviada e aguarda-

Observações / Apoio

Anexar entre 1 e 3 exemplo:

(anexe evidência) *



Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta

Promover a divulgação de informação utente no âmbito da sua segurança através de cartazes, folhetos, sistema televisivo intern

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

2) Que ações de formação sobre segurança do doente foram realizadas para os utentes?

"Existem diversos ensinios ao doente protocol:

- PT.GRL.016 – Ensino ao utente em situaçã
- PT.GRL.073 – Ensino sobre cuidados com a
- PT.GRL.094 – Ensino sobre utilização do co
- PT.GRL. 095.01 – Ensino sobre a gestão da
- PT.GRL.096.02- Ensino à pessoa com Diab
- PT.GRL.097.03- Ensino à pessoa submetida

São fornecidos diversos folhetos Informativos

- Imobilizações gessadas – braços;
- Imobilizações gessadas – pernas;
- Orientações ao utente com Diarreia;
- Orientações ao utente com Febre;

- Orientações ao utente com Hipertensão Arte
- Traumatismo Craneano."

Observações / Apoio
Identificar tema(s) da formaç

(anexe evidência) *

2. Formação utentes.rar  

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

 Promover ensino aos doentes com avaliação da eficácia.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2017-12-31

3) Quais as iniciativas desenvolvidas no âmbito da análise das principais causas de reclamações?

"No âmbito da otimização de resultados e dim
medidas:
• Implementação de Procedimentos que vise a
audição;
• Alteração do sistema de agendamento de cc
presença do utente à hora real da realização r
• Implementação de referência para pagamen
• Monitorização dos serviços prestados pelas
hospitalar;
• Monitorização do tempo de espera para ater
informação ao utente para eventualidades anc
• Monitorização do cumprimento dos prazos e
• Monitorização do cumprimento dos prazos e
• Reforço da atenção na atualização da previs
• Implementação de um horário para atendime
"

Observações / Apoio
Identificar as principais caus

(anexe evidência) *

3. Reclamações.rar  

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

 Identificar as principais causas de reclamação e definir as medidas a implementar.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2017-12-31

6. APROVAÇÕES E HOMOLOGAÇÕES

Plano de Ação aprovado, assinado pelo responsável máximo da Instituição (Presidente do Conselho de Administração/Diretor Exe

Data de aprovação *

Adicionar documento: *  

Homologação do Plano de Atividades pelo Diretor-Geral da Saúde

Data de homologação *

Adicionar documento:

Ano

Aprovação do Relatório de Atividades pelo Conselho de Administração/Presidente do ACES

Plano anos anteriores

retroceder_para_plano_homologado