

Ano

2020

Entidade: *

Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE

Morada:

Código Postal

N.º de camas:

ARS

LVT

ARS:

Tipologia: *

ACES

Hospital/Centro Hospitalar

Unidade Local de Saúde

Utilizador:

Dra. Ana Vila Lobos

E-mail:

cqsd@chmt.min-saude.pt

Utilizador2

email_utilizador_2

Dra. Ana Vila Lobos

cqsd@chmt.min-saude.pt

PLANO DE ATIVIDADES

Preenchimento do Plano de Atividades concluído? * Sim Não

Preenchimento do Relatório de Atividades concluído? Sim Não

— 1. MELHORIA DA QUALIDADE CLÍNICA E ORGANIZACIONAL —

Relatório de atividades / Plano de Ação

1 de janeiro a 31 de dezembro do ano anterior

Prioridade I: Melhoria da qualidade clínica e organizacional

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

15

Observações / Apoio

Identificar as normas analisadas; a tipologia das iniciativas desenvolvidas (ex: sessões clínicas, ação de formação, etc.); o nº de profissionais envolvidos; datas.

(anexe evidência) *

1. Divulgação NOC.zip

Proposta de atividades para o próximo ano

+ 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: NOC DGS "Utilização e seleção de Antiagregantes Plaquetários em Doenças Cardiovasculares", nº 014/2011 de 14/07/2011, atualizada a 08/07/2013.
Implementação da NOC DGS "Cirurgia Segura Salva Vidas", nº 02/2013 de 12/02/2013 atualizada a 25/06/2013, após implementação do ICD10.
Implementação da NOC DGS "Implementação da Tabela Nacional de Funcionalidade no Adulto e no Idoso", nº 001/2019 de 25/01/2019, após implementação do ICD10.
Analisar lista de doenças raras (que serve de referência à DGS) por especialidade.
Enviar e-mail aos Diretores de Serviço, uma vez que existem doenças raras nas várias especialidades.
Implementação da NOC n.º 001/2018 DGS "Cartão da Pessoa com Doença Rara (CPDR)".
Realizar auditoria a todos os doentes com ostomia de eliminação intestinal encaminhados para a consulta de ostomizados, de acordo com a NOC 015_2016 de 28/10 "Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias de Eliminação Intestinal em Idade Pediátrica e no Adulto".
Elaborar Projeto de "Seguimento dos doentes com encerramento da ostomia".
Aplicação do questionário "Qualidade de Vida na Pessoa com ostomia de eliminação", incluídas nas NOC da DGS NOC 015/2016.
Elaborar os seguintes folhetos de recomendações:
- Possíveis complicações relacionadas com o estoma;
- Possíveis complicações relacionadas com a pele periestomal;
Elaborar/rever os seguintes protocolos:
- "Marcação do estoma";
- "Avaliação da pele periestomal";
- "Atuação perante as complicações relacionadas com a ostomia";
- "Ensino à Pessoa ostomizada".
Realizar as auditorias de forma a monitorizar a implementação/taxa de cumprimento da implementação da NOC 18_2014 de 9/12 atualizada em 27/4/2015.
Efetuar a VE das ITU associadas a cateter vesical.
Efetuar a VE das ILC.
Dar continuidade à VE das INCS associadas a CVC.
Elaboração e implementação da Via Verde Coronária e a Via Verde do Trauma.
Formação sobre prevenção da doença renal crónica:
- Participação do Serviço de Nefrologia num Curso de Diabetes M. tipo 2 organizado pela Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar e que terá lugar no Vimeiro de 6 a 9 de Maio de 2020.
- Manter a articulação com o ACES Médio Tejo e Lezíria para a realização de ações de formação.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

Não

2020-12-31

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

11

Observações / Apoio
Anexar relatório(s) de auditoria, identificando:
data, serviço auditado, âmbito da auditoria,
a(s) norma(s) e equipa(s) auditora(s).

(anexe evidência) *

	Selecione...
--	--------------

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta

 Substituição da Coordenadora das auditorias Clínicas.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

Não

2020-12-31

3) Quais as iniciativas desenvolvidas pela instituição para a melhoria da qualidade das prescrições de tratamento, medicamentos e MCDT?

No final de 2018 foi adjudicado o módulo de prescrição online no BO e Cirurgia de Ambulatório. A farmácia já parametrizou a parte dos medicamentos. Aguarda envolvimento do serviço de Cirurgia de Ambulatório para iniciar implementação num piloto (para já proposto serviço de urologia). O Serviço Farmacêutico solicitou ao serviço os protocolos intra operatórios por especialidade. O módulo permite também a prescrição online dos medicamentos para manuseamento da dor no pós operatório. O módulo não permite a prescrição electrónica de intravitreos (prescrição assenta na produção no SONHO, e aplicação neste módulo de Cirurgia de Ambulatório não está preparada para funcionar assente num sistema de agendamento de administrações...).

Relativamente ao PAPA, foi aprovado no início de 2019 a aquisição do módulo da Glinth. A estratégia do PAPA e sua constituição está em construção.

Foram elaborados os protocolos:

PT.NFR.110.00 - Micofenolato de Mofetil nas doenças do foro nefrológico.

PT.RMT.001.00 - Utilização de Rituximab no Serviço de Reumatologia

O processo de requisição de análises pela opção 2 (etiquetas com códigos de barras para a identificação e processamento dos tubos) está implementado em todos os serviços de Torres Novas, estando em falta a implementação nos internamentos em Tomar e Abrantes.

Está estabelecido o protocolo e estão a ser efetuadas as análises para os Centros de Saúde.

Os registos de análises para o exterior já se encontram informatizados. Assim, já é possível os médicos nos Centros de Saúde acederem informaticamente aos resultados.

Foram desenvolvidos painéis de registo ajustados a cada serviço.

Foi instalada a aplicação Modulab Colheitas em todos os computadores do SI.

Encontra-se em falta a formação à equipa de Enfermagem sobre a aplicação Modulab Colheitas e correta utilização das etiquetas com códigos de barras.

Foram desenvolvidos os pontos de saída dos contentores no Modulab.

Manteêm-se os constrangimentos no que se refere ao acesso por parte das Técnicas da Anatomia Patológica, aos resultados no Sclínico.

No SClínico ainda não constam apenas duas categorias possíveis "Exame histológico de Anatomia Patológica" e "Exame citológico de Anatomia Patológica".

Está a ser desenvolvido o questionário de controlo

de qualidade para os Laboratórios contratualizados, de forma a avaliar a qualidade das amostras enviadas.

Mantém-se a necessidade de contratação de um terceiro Técnico de Anatomia Patológica (TAP), cuja autorização se mantém em espera no Gabinete do Tesouro e Finanças, há ainda em falta uma Assistente Operacional (AO) e uma Assistente Técnica (AT).

Atividades propostas pelo Serviço de Imuno-hemoterapia:

Foi ministrada formação a enfermeiros e médicos no âmbito da medicina Transfusional, integrando os profissionais que intervêm na transfusão de produtos sanguíneos.

Atividades propostas pelo Serviço Imagiologia: A Requisição manual de Exames Imagiológicos é usada apenas em caso de falha do sistema informático.

Mantém-se a necessidade de reforço da equipa de Assistentes Operacionais, especialmente na Unidade de Abrantes; com alguma frequência, o doente internado fica sozinho (sem qualquer apoio dum A. O.) enquanto espera pela realização do exame.

Atividades propostas pelo Serviço de Fisioterapia: Ainda não é possível efetuar o registo da avaliação dos doentes que fazem tratamentos em regime ambulatorio em suporte informático, tal como é feito para os doentes em regime de internamento.

Foi definida em março de 2020 a metodologia de atuação da Equipa de Emergência Interna do CHMT (PT.GRL.090).

Foi elaborado um poster que foi enviado à Sociedade Portuguesa de Nefrologia e ao ACES da Lezíria e Médio Tejo para divulgação da Consulta de Nefrologia do CHMT.

Observações / Apoio

Exemplo: incorporação de alertas nos sistemas informáticos; análise de consumos; protocolos internos , etc.

(anexe evidência) *

<input type="text"/>	Selecione...
----------------------	--------------

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Implementar na Cirurgia de Ambulatório e Bloco Operatório a aplicação B-Simple para prescrição online. Esta aplicação já é utilizada na UCIP.

Solicitar aos Serviços a elaboração de protocolos, de modo a facilitar o processo de prescrição eletrónica.

Estruturar e implementar o PAPA na instituição.

Efetuar todos os pedidos (das 3 unidades hospitalares) exclusivamente pela opção 2 (etiquetas com códigos de barras para a identificação e processamento dos tubos), conforme se verifica nos SU e internamentos de Torres Novas.

Enviar e-mail a todos os médicos a informar que as requisições de análises são efetuadas através do Modulab (opção 2). - Ana Vila Lobos

Avaliar a possibilidade de bloquear os parâmetros da Patologia no ícone dos MCDT no SClínico. - Ricardo Dias

Enviar e-mail à Urologia e Gastroenterologia a sensibilizar para a importância de utilizar os painéis de registo específicos para cada Serviço. - Ana Vila Lobos

Analisar ponto de situação sobre a formação à equipa de Enfermagem sobre a aplicação Modulab Colheitas e correta utilização das etiquetas com códigos de barras. - Ricardo Dias

Analisar junto da Responsável da Informática e do Diretor da Anatomia Patológica o ponto de situação relativamente ao acesso por parte das Técnicas da Anatomia Patológica, aos resultados no Sclínico. Resolver eventuais constrangimentos.

Analisar junto do Diretor da Anatomia Patológica o que é necessário para que no SClínico passem a constar apenas duas categorias "Exame histológico de Anatomia Patológica" e "Exame citológico de Anatomia Patológica".

Implementar o questionário de controlo de qualidade para os Laboratórios contratualizados, de forma a avaliar a qualidade das amostras enviadas.

Contratação de um terceiro Técnico de Anatomia Patológica (TAP), cuja autorização se mantém em espera no Gabinete do Tesouro e Finanças. Avaliar a possibilidade de alocar ao Serviço uma Assistente Operacional (AO) e uma Assistente Técnica (AT).

Atividades propostas pelo Serviço de Imuno-hemoterapia:

Formação para enfermeiros e médicos no âmbito da medicina Transfusional, integrando todos os profissionais que intervêm na transfusão de produtos sanguíneos.

Atividades propostas pelo Serviço Imagiologia:

- Reforçar a equipa de Assistentes Operacionais, especialmente na Unidade de Abrantes; com alguma frequência, o doente internado fica sozinho (sem qualquer apoio dum A. O.) enquanto espera pela realização do exame.

Atividades propostas pelo Serviço de Fisioterapia:

Registo da avaliação dos doentes que fazem tratamentos em regime ambulatorio feita em suporte informático tal como é feito para os doentes em regime de internamento.

Otimizar o funcionamento da ERI Pediátrica.

Atividade conjunta *	Prazo de Execução *
Não	2020-12-31

5) Tabela Nacional de Funcionalidade

5.1) Taxa de preenchimento:

Nº total de pessoas entradas e elegíveis para a aplicação da TNF =

0

Nº total de pessoas saídas com registo da TNF =

0

Observações / Apoio
Despacho 10218/2014, de 8 de agosto:
para utentes entre os 18 e os 64 anos
com patologia crónica serviços
identificados no Despacho

5.2) Média de ganhos funcionais:

Média do grau de funcionalidade dos utentes no momento da admissão =

0.00

Média do grau de funcionalidade dos utentes no momento da alta =

0.00

Proposta de atividades para o próximo ano

+ 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, 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	2020-12-31

6) Auditorias Internas aos registos clínicos das notas de alta médica e de enfermagem (N.7 do Despacho nº 2784/2013, de 20 de fevereiro)

6.1) Qual a percentagem de registos clínicos eletrónicos não conformes no 1º semestre do ano? %

6.2) Qual a percentagem de registos clínicos eletrónicos não conformes no 2º semestre do ano? %

Observações / Apoio
Indicar o nº de registos não conformes e o nº total de registos, por semestre.

(anexe evidência)

<input type="text"/>	Selecione...
----------------------	--------------

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Substituição da Coordenadora das auditorias Clínicas.

Revisão da IT.GRL.355 - Auditoria aos registos de Enfermagem para incluir a nota de alta de enfermagem (ponto 4.2).

Efetuar Auditorias Internas aos registos clínicos das notas de alta médica e de enfermagem.

Monitorização semestral de percentagem de registos clínicos eletrónicos não conformes.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

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

A) Serviços de urgência de adulto

7.1) Identificação do Sistema de Triagem

7.2) Indicadores da implementação do sistema:

Observações / Apoio
Indicar a média dos 4 trimestres/ano e anexar na evidência quadro IV) do Formulário de monitorização da Norma nº 02/2015.

Demora média para triagem (hh:mm)

Demora média entre a triagem e a primeira observação médica:

1.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:09
Laranja	00:14
Amarela	00:46
Verde	01:19
Azul	02:13
Branca	00:47

2.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:00
Laranja	00:12
Amarela	00:44
Verde	01:09
Azul	02:04
Branca	00:53

3.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:00
Laranja	00:11
Amarela	00:39
Verde	01:03
Azul	01:54
Branca	01:02

4.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:00
Laranja	00:16
Amarela	00:50
Verde	01:25
Azul	02:27
Branca	01:09

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:

1.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	04:52
Laranja	06:47
Amarela	04:17
Verde	03:23
Azul	03:42
Branca	02:57

2.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	05:18
Laranja	06:41
Amarela	04:25
Verde	03:18
Azul	03:34
Branca	02:59

3.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	04:40
Laranja	07:11
Amarela	04:43
Verde	03:31
Azul	04:24
Branca	04:21

4.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:00
Laranja	00:00
Amarela	00:00
Verde	00:00
Azul	00:00
Branca	00:00

(anexe evidência) *

	Selecione...
--	--------------

B) Serviços de urgência pediátrica (se aplicável)

A instituição dispõe de Sim
 Serviço de Urgência P
 ediátrica? Não

7.3) Identificação do Sistema de Triagem

Triagem de Manchester II

7.4) Indicadores da implementação do sistema:

Observações / Apoio
 Indicar a média dos 4 trimestres/ano e anexar na evidência quadro IV) do Formulário de monitorização da Norma nº 02/2015.

Demora média para triagem (hh:mm)

00:10

Demora média entre a triagem e a primeira observação médica:

1.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:04
Laranja	00:17
Amarela	00:32
Verde	01:00
Azul	00:55
Branca	00:42

2.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:07

Amarela	00:25
Verde	00:46
Azul	01:01
Branca	00:23

3.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:10
Laranja	00:08
Amarela	00:19
Verde	00:31
Azul	00:33
Branca	01:17

4.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:11
Laranja	00:19
Amarela	00:41
Verde	01:17
Azul	01:34
Branca	00:39

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:

1.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	05:25
Laranja	04:39
Amarela	03:33
Verde	03:02
Azul	02:54
Branca	02:23

2.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	06:25
Laranja	04:21
Amarela	04:01
Verde	03:00
Azul	03:45
Branca	03:12

3.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	03:24
Laranja	05:12
Amarela	03:42
Verde	02:48
Azul	03:20

Branca 03:06

4.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	05:15
Laranja	04:55
Amarela	04:02
Verde	03:29
Azul	04:45
Branca	03:02

(anexe evidência) *

	Selecione...
--	--------------

8) A instituição identifica projetos de boas práticas implementadas internamente?

Sim Não

Observações / Apoio

É necessário demonstrar os resultados obtidos.

- 1) Valor acrescentado para o utente/doente, o profissional e a instituição, através de indicadores de monitorização direta ou indireta;
- 2) Capacidade de replicação e/ou implementação em outros serviços.

(anexe evidência) *

	Selecione...
--	--------------

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Dar continuidade aos projetos:

- Consulta de Ostomizados - monitorização de indicadores referentes ao projeto "Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem".
- Projeto de Quedas "Não caias nessa!"
- Ventiloterapia
- Gabinete de informação à família - SUMC Abrantes;
- Hospitalização Domiciliária

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

Não 2020-12-31

9) A instituição desenvolveu e/ou participa em atividades de investigação clínica?

Sim

Não

Observações / Apoio

Anexar lista de estudos em curso.

(anexe evidência) *

	Selecione...
--	--------------

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta

 Desenvolver e/ou participar em atividades de Ensaio Clínicos quando solicitados.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

Não

2020-12-31

2. REFORÇO DA SEGURANÇA DOS DOENTES

Relatório de atividades / Plano de Ação

1 de janeiro a 31 de dezembro do ano anterior

Prioridade II: Reforço da Segurança dos Doentes

Cultura de Segurança

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

Não foi realizada a ação de sensibilização aos profissionais referentes às dimensões: D12; D8 e D9.

Observações / Apoio
Indicar como foi realizada a análise dos resultados, o planeamento das medidas de melhoria, etc.

(anexe evidência) *

Selecione...

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Promover a melhoria na adesão ao questionário de 2020 e posteriormente definir e implementar medidas com vista à melhoria das dimensões com piores resultados.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

Não

2020-12-31

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

2.1.) segurança do doente

A formação dos doentes é efetuada através de ensinamentos e da disponibilização de folhetos e afixação de cartazes.

Existem diversos ensinamentos ao doente protocolados:

- PT.GRL.016 – Ensino ao utente em situação de isolamento;
- PT.GRL.073 – Ensino sobre cuidados com as ostomias de eliminação;

- PT.GRL.094 – Ensino sobre utilização do colete de Jewet;

- PT.GRL. 095 – Ensino sobre a gestão da dor: no SClínico foram mobilizadas 732 status parametrizados pelo PNU para o Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de alívio da dor e 370 do Conhecimento sobre estratégias de alívio da dor.

- PT.GRL.096- Ensino à pessoa com Diabetes: no SClínico foram mobilizadas 900 status parametrizados pelo PNU para o Potencial para melhorar conhecimento sobre Diabetes e 1055 do Conhecimento sobre diabetes.

- PT.GRL.097- Ensino à pessoa submetida a ventiloterapia: no SClínico foram mobilizadas 119 status parametrizados pelo PNU para o Potencial para melhorar conhecimento sobre ventilação e 62 do Conhecimento sobre ventilação.

São fornecidos diversos folhetos Informativos aos utentes nos serviços de urgência:

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

Observações / Apoio
Identificar: Tema(s) da formação; Datas; Entidade(s) formadora(s); Nº de profissionais envolvidos / categoria, etc.

2.1.) segurança do profissional

Foram desenvolvidas diversas ações de formação e sensibilização para os profissionais, respeitantes à segurança do doente e do profissional

(anexe evidência) *

	Selecione...
--	--------------

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Assegurar a formação dos doentes através de ensinamentos e da disponibilização de folhetos e afixação de cartazes.
Promover ensino aos doentes com avaliação da eficácia.
Desenvolver ações de formação e sensibilização para os profissionais, respeitantes à segurança do doente e do profissional.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

Não 2020-12-31

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 auditoria,
identificando: data, serviço auditado e
equipa auditora

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Substituição da Coordenadora das Auditorias Clínicas. Nomeação do grupo de Auditorias Clínicas.
Definição e implementação do plano de auditorias clínicas para 2020.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *
Não 2020-12-31

Segurança Cirúrgica

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

0

Observações / Apoio
Anexar:
Nº de não conformidades registadas em sede de auditoria, i.e., o n.º de respostas do tipo "não" dos critérios de auditoria interna e o n.º total de respostas (excluídas as respostas "NA" não aplicáveis).

(anexe evidência) *

Selecione...

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

A norma será atualizada assim que alterados os sistemas informáticos.
Promover a adesão ao preenchimento do programa LVSC através de ações de formação informais.
Implementar as medidas corretivas resultantes das não conformidades detetadas.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *
Não 2020-12-31

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

Observações / Apoio
Indicar: N.º de incidentes inadmissíveis (por tipo) e o nº de doentes intervencionados.

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) *

	Selecione...
--	--------------

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Promover a adesão ao preenchimento do programa LVSC através de ações de formação informais.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

Não 2020-12-31

6) Quantas auditorias internas foram realizadas?

0

Observações / Apoio
Anexar relatório(s) de auditoria,
identificando: data, serviço auditado e
equipa auditora.

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Promover a adesão ao preenchimento do programa LVSC através de ações de formação informais.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

Não 2020-12-31

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

0

Observações / Apoio
Indicar:
Anexar, por exemplo, quadro-resumo,
plano de intervenção , etc.

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

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

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

Não 2020-12-31

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 medicamentos LASA da instituição em vigor, com data de aprovação e de revisão, se aplicável. Evidenciar como foi realizada a divulgação.

(anexe evidência) *

	Selecione...
--	--------------

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Manter atualizada a lista de medicamentos LASA.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

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 em vigor, com data de aprovação e de revisão, se aplicável, identificando os serviços onde está implementada. Evidenciar como foi realizada a divulgação.

(anexe evidência) *

	Selecione...
--	--------------

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Identificar nas etiquetas de armazenamento as descrições com Tall-man- lettering (atualmente só o medicamento reembalado traz esta nomenclatura).

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

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

Observações / Apoio

Indicar:
Anexar, por exemplo, quadro-resumo, plano de ação , etc.

(anexe evidência) *

	Selecione...
--	--------------

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

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

Implementar na Cirurgia de Ambulatório e Bloco Operatório a aplicação B-Simple para prescrição online. Esta aplicação já é utilizada na UCIP.

Prosseguir com a implementação do módulo e começar a descarregar interações.

Efetuar a análise dos dados resultantes do registo das intervenções farmacêuticas.

Atividade conjunta *	Prazo de Execução *
<input type="radio"/> Não	<input type="text" value="2020-12-31"/>

11) Tem lista de medicamentos de alerta máximo atualizada?

Sim (se sim, anexe evidência)

Não

Observações / Apoio

Anexar cópia da lista de medicamentos de alerta máximo da instituição em vigor, com data de aprovação e de revisão, se aplicável. Evidenciar como foi realizada a divulgação.

(anexe evidência) *

<input type="text"/>	Selecione...
----------------------	--------------

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Manter atualizada a lista de MAM.

Atividade conjunta *	Prazo de Execução *
<input type="radio"/> Não	<input type="text" value="2020-12-31"/>

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

Sim (se sim, anexe evidência)

Não

Observações / Apoio

Anexar cópia da estratégia em vigor, com data de aprovação e de revisão, se aplicável, identificando os serviços onde está implementada. Evidenciar como foi realizada a divulgação.

(anexe evidência) *

<input type="text"/>	Selecione...
----------------------	--------------

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Elaborar as fichas técnicas para os MAM listados na IT.FAR.036 - Orientações no Uso de Medicamentos de Alerta Máximo.

Atividade conjunta *	Prazo de Execução *
<input type="radio"/> Não	<input type="text" value="2020-12-31"/>

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

0

Observações / Apoio
Anexar, por exemplo, quadro-resumo, plano de intervenção , etc.

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

2020-12-31

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

43

Observações / Apoio
Anexar relatório(s) de auditoria, identificando: data, serviço auditado, âmbito da auditoria, nº das normas e equipa(s) auditora(s).

(anexe evidência) *

Selecione...

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Reforçar a atividade no controlo de práticas seguras do medicamento através de auditorias internas.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

Não

2020-12-31

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, referindo a origem da ação de melhoria (norma, auditoria, notificação, outra).

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Propor à Direção Clínica a constituição de uma equipa para desenvolvimento da área da Farmacocinética.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

Não

2020-12-31

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

É feita alguma reconciliação à entrada para os doentes no Internamento, pela farmacêutica, no momento da validação das prescrições.

Observações / Apoio

A RECONCILIAÇÃO DA MEDICAÇÃO é o processo de verificação/avaliação da medicação do doente, incluindo a automedicação, em cada momento da transição entre cuidados de saúde, com o objetivo de evitar erros de medicação, nomeadamente: omissões, duplicações, doses inadequadas, interações, bem como problemas de adesão à medicação.

(anexe evidência) *

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Desenvolver o processo de reconciliação terapêutica.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

Não

2020-12-31

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 em vigor, com data de aprovação, modo de divulgação e revisão, se aplicável.

(anexe evidência) *

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

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

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;

- PT.GRL.019 - Administração de Terapêutica.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

Não

2020-12-31

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

0

Observações / Apoio
Anexar, por exemplo, quadro-resumo, plano de intervenção, etc.

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

2020-12-31

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

15

Observações / Apoio
Anexar relatório(s) de auditoria, identificando: data, serviço auditado, âmbito da auditoria/normas e equipa auditora.

(anexe evidência) *

Selecione...

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

2020-12-31

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

É efetuada colheita de segunda amostra em doentes que efetuam a primeira transfusão no CHMT e que não estão grupados.
Ainda não foi possível implementar um sistema de segurança na transfusão de componentes sanguíneos no serviço de urgência da Unidade de Abrantes.
Monitorização de indicadores que permitem verificar a segurança transfusional:
% Reações transfusionais associadas ao erro na colheita da amostra ou na administração
% Reações transfusionais associadas ao erro no SIH

% de erros na medicina transfusional
% de quase erros na medicina transfusional

Observações / Apoio
Identificar o serviço, o público-alvo e nº de realizações.

(anexe evidência) *

	Selecione...
--	--------------

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

O SIH vai propor a aquisição de um sistema de segurança na transfusão de componentes sanguíneos no CHMT, a iniciar no serviço de urgência da Unidade de Abrantes devido à complexidade e especificação deste serviço.

Este sistema irá substituir a necessidade de colheita de segunda amostra em doentes que efetuam a primeira transfusão no CHMT e que não estão grupados.

Monitorização de indicadores que permitem verificar a segurança transfusional.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

Não

2020-12-31

Prevenir a ocorrência de quedas

21) Implementou atividade Sim (Se sim, anexe evidência)
ades no âmbito da prevenção de quedas? Não

(anexe evidência) *

	Selecione...
--	--------------

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Monitorização contínua de indicadores:

- Taxa de conformidade da aplicação do protocolo;
- Taxa de incidência de quedas;
- Taxa de efetividade diagnóstica do risco de queda;
- Taxa de efetividade na prevenção de quedas.

Garantir o cumprimento das normas internas implementadas:

- IT.GRL.409 – Avaliação do risco de Queda;
- PT.GRL.047 – Medidas de segurança na Prevenção da Queda e Agressão.

A publicação da norma 8/2019 da DGS em 09/12/2019 "Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares" carece de leitura e análise neste ano de 2020, podendo ser um contributo no ajuste das orientações emanadas na IT.GRL.409 e PT.GRL.047, transponíveis também a outros serviços.

'- Reunir mensalmente para efetuar auditorias aos processos clínicos com queda, mantendo-se função dos elementos do grupo das quedas;

- Melhorar a partilha de informação com os Serviços.

Definir estratégias de melhoria face às não conformidades detetadas nas auditorias, nomeadamente: transmitir a informação das não conformidades detetadas ao enfermeiro chefe/responsável de serviço e enfermeiro elo, com o intuito de estes realizarem melhorias no serviço devendo os mesmos realizar evidência das ações tomadas.

Reforçar ao Serviço de Informática e aos Parametrizadores das dificuldades e limitações dos aplicativos em uso, nomeadamente:

- Discrepância de dados entre aplicativo informático PQCE – Indicadores com o programa SGQua@I;
- O não bloqueio do aplicativo informático PQCE – Indicadores e do programa SGQua@I permite a criação de eventos e análise de eventos após exportação de dados a fiabilidade dos dados à posteriori.
- A designação dos serviços diferente entre as plataformas informáticas sendo suscetível de produção de erros, sugerindo-se a sua normalização;

Atividade conjunta * Prazo de Execução *
Não 2020-12-31

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

225

Observações / Apoio
Anexar, por exemplo, quadro-resumo, plano de ação , etc.

(anexe evidência) *

	Selecione...
--	--------------

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 2020-12-31

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

209

Observações / Apoio
Anexar relatório(s) de auditoria, identificando: data, serviço auditado, âmbito da auditoria, nº das normas e equipa(s) auditora(s).

(anexe evidência) *

	Selecione...
--	--------------

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Dar continuidade às auditorias internas no âmbito da prevenção de quedas.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *
Não 2020-12-31

Prevenir a ocorrência de úlceras por pressão

24) Implementou atividade Sim (se sim, anexe evidência) ades no âmbito da prevenção de úlceras de pressão? Não

(anexe evidência) *

	Selecione...
--	--------------

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 Pressão; IT.GRL.354 – Avaliação do Grau de Risco de Úlcera de Pressão; IMP.GRL.360 – Medidas de prevenção de úlceras de pressão.

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.

Promover formação aos enfermeiros na plataforma HER+, quando os eventos de UP forem registados nesta aplicação.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

Não

2020-12-31

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

530

Observações / Apoio
Anexar, por exemplo, quadro-resumo, plano de ação , etc.

(anexe evidência) *

Selecione...

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

- Monitorizar a ocorrência de eventos e definir as ações corretivas e preventivas.
- Efetuar relatório anual (2020) com as propostas das ações de melhoria pelo grupo de Enfermagem das úlceras de pressão.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

Não

2020-12-31

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

506

Observações / Apoio
Anexar relatório(s) de auditoria, identificando: data, serviço auditado, âmbito da auditoria, nº das normas e equipa(s) auditora(s).

(anexe evidência) *

Selecione...

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

- Monitorizar a ocorrência de eventos e definir as ações corretivas e preventivas.
- Efetuar relatório anual (2020) com as propostas das ações de melhoria pelo grupo de Enfermagem das úlceras por pressão.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

Não

2020-12-31

Notificação, análise e prevenção e incidentes

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

Sim (se sim, anexe evidência)

Não

Observações / Apoio

Anexe evidência indicando o número e a categoria dos incidentes notificados.

(anexe evidência) *

	Selecione...
--	--------------

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

'- Solucionar a problemática da integração dos dados do SCLinico para o HER+;
Acompanhar a notificação de eventos no sistema nacional de notificação, avaliar as causas com os profissionais envolvidos, propor as ações corretivas decorrentes das notificações ocorridas e controlar a eficácia das mesmas.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

Não 2020-12-31

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

Em 2019 foram notificados 145 eventos, excluindo úlceras e quedas .
Para as tipologias de eventos mais notificadas foram desenvolvidas medidas para prevenir a sua ocorrência (anexo relatório de eventos) a referir:
• Hotelaria:
- Roupa: Informação e penalização da empresa responsável pela reposição de roupa;
- Limpeza das instalações: Informação e penalização da empresa responsável pela limpeza.

Observações / Apoio

Anexar documento comprovativo da implementação de medidas.

(anexe evidência) *

	Selecione...
--	--------------

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 preventivas.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

Não 2020-12-31

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

Sim (se sim, anexe evidência)

Não

Observações / Apoio
Anexar relatório de auditoria interna.

(anexe evidência) *

	Selecione...
--	--------------

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 dos eventos notificados, de forma a avaliar a metodologia de análise dos incidentes notificados.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

Não 2020-12-31

Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos

30) A Instituição monitorizou as infeções associadas aos cuidados de saúde mais relevantes,

Sim (Se sim, anexe evidência)

Não

através dos programas de vigilância epidemiológica em rede Europeia e/ou Nacional:

Observações / Apoio
Se sim, anexar relatório extraído da plataforma de cada programa com dados da própria instituição.

(anexe evidência) *

	Selecione...
--	--------------

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 das infeções na UCI - HELICS UCI - responsabilidade da UCIP.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

Não 2020-12-31

a) Programa de VE das Infeções do Local Cirúrgico (rede europeia) Sim (Se sim, anexe evidência)

Não

- HAI-Net-SSI

b) Programa de VE das quatro infeções mais relevantes em Unidades de Cuidados Intensivos de Adultos (rede europeia) - HAI-Net-ICU Sim (Se sim, anexe evidência)

Não

- HAI-Net-ICU

(anexe evidência) *

	Selecione...
--	--------------

c) Programa de VE da Sim (Se sim, anexe evidência) s quatro infeções mais Não relevantes em Unidades de Cuidados Intensivos de Neonatologia (rede nacional) - HAI-UCIN

d) Programa de VE da Sim (Se sim, anexe evidência) s Infeções Nosocomiais da Corrente Sanguínea em serviços de internamento de unidades de cuidados de agudos (rede nacional) - HAI-VE-INCS

(anexe evidência) *

	Selecione...
--	--------------

31) A Instituição analisa regularmente os dados dos IACS (ex: semestral/anual) e fornece informação regular de retorno aos profissionais de saúde e gestores? Sim (Se sim, anexe evidência) Não

32) A instituição monitorizou e notificou atempadamente os microrganismos alerta e problema, através da rede europeia de VE, de acordo com a Norma da DGS/PPCIRA nº 004/2013 de 08/08/2013, atualizada a 13/11/2015?

Observações / Apoio
Admite-se evidência por amostragem.
Anexar cópia do mail enviado para notificação dos microrganismos alerta (amostragem) e problema.

(anexe evidência) *

	Selecione...
--	--------------

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	2020-12-31
-----	------------

32.1. A taxa de Staphylococcus aureus resistentes à metilina (MRSA) no total de Staphylococcus aureus (considerando apenas as amostras invasivas (sangue e líquido) e excluindo os duplicados), calculada por 1000 dias de internamento, diminuiu do ano anterior para o ano atual, na Instituição?

Sim (Se sim, anexe evidência)
 Não

Em que percentagem?

45.00 %

Observações / Apoio
Exclusão de duplicados; Exclusão de contaminações. Apenas amostras invasivas de sangue e líquido; Cálculo por 1000 dias/doente (doentes saídos).

(anexe evidência) *

	Selecione...
--	--------------

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Continuar a monitorizar a Implementação do PT.CCI.002.03 - Atuação perante SAMR e a deteção Precoce de SAMR e da IT.CCI.009.01 - Deteção Precoce de Staphylococcus Aureus Metilino-Resistentes, através da realização de auditorias.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

Não 2020-12-31

32.2. Está implementada na Instituição a Norma da DGS/PPCIRA para a prevenção e controlo da transmissão de MRSA, n.º 018/2014 de 09/12/2014, atualizada a 27/10/2015?

Sim (Se sim, anexe evidência)
 Não

Se sim, em que percentagem de serviços clínicos?

100.00 %

(anexe evidência) *

	Selecione...
--	--------------

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Monitorizar a implementação do PT.CCI.002.03 - Atuação perante SAMR, através da realização de auditorias

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

Não 2020-12-31

32.3. A Instituição aplica a a grelha de avaliação do risco individual do doente na admissão, de modo a

Sim (Se sim, anexe evidência)
 Não

Implementar as medidas de isolamento adequadas?

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Desenvolvimento do programa que permita fazer a avaliação do risco individual do doente na sua admissão.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *
Não 2020-12-31

33) A instituição tem implementado 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 programa", o facto do mesmo estar estruturado e implementado.

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Estruturar e implementar o PAPA na instituição.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *
Não 2020-12-31

34) A Instituição recebeu os dados de consumo de antimicrobianos, analisou-os e forneceu informação de retorno aos prescritores/a todos os profissionais de saúde?

Sim (Se sim, anexe evidência)
 Não

Observações / Apoio
Anexar dados de consumo de antimicrobianos da instituição em qualquer métrica escolhida (DDD, DHD, nº embalagens, despesa).

(anexe evidência) *

	Selecione...
--	--------------

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

Sim (Se sim, anexe evidência)
 Não

Observações / Apoio
Anexar dados de consumo de Carbapenemos em DDD (Hospitais).

(anexe evidência) *

	Selecione...
--	--------------

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Articular atividade consequente com GCLPPCIRA/PAPA.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *
Não 2020-12-31

37) A Instituição aderiu aos Feixes de Intervenção (bundles) de prevenção e controlo de infeção associada a dispositivos/procedimentos invasivos:

37.1) Feixe de intervenções para a prevenção da infeção do local cirúrgico Sim
 Não

a) se sim, indique a percentagem de serviços cirúrgicos aderentes? 100.00 %

b) Se sim, indique se o (s) bloco (s) operatório (s) cumpre os respetivos critérios desta bundle

BO Abrantes
BO Tomar
BO Torres Novas

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Monitorizar a adesão às medidas preconizadas nos feixes de intervenções de prevenção e controlo de infeção associada a dispositivos/procedimentos invasivos e o de prevenção da infeção do local cirurgico através da realização de auditorias.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *
Não 2020-12-31

37.2) Feixe de intervenções para a prevenção da infeção do trato urinário? Sim
 Não

Se sim, indique a percentagem de serviços clínicos/áreas de atendimento aderentes? 100.00 %

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Monitorizar a adesão às medidas preconizadas nos feixes de intervenções de prevenção da infeção do trato urinário através da realização de auditorias e dar continuidade á vigilância epidemiológica das ITU associadas a cateterismo vesical.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *
Não 2020-12-31

37.3) Feixe de intervenções para a prevenção da infeção associada ao cateter intravascular? Sim
 Não

Se sim, indique a percentagem de serviços clínicos/áreas de atendimento aderentes 100.00 %

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Continuidade da VE da INCS.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *
Não 2020-12-31

37.4) Feixe de intervenções para a prevenção da pneumonia associada à intubação

o?

Sim

Não

Se sim, indique a percentagem de UCI/outros serviços clínicos aderentes em que esta bundle **deva ser aplicada**

%

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Continuidade da VE do Hellics UCI a realizar pela UCIP

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

38) A Instituição aderiu à Estratégia Multimodal de Promoção das Precauções Básicas de Controlo de Infecção (PBCI), nomeadamente:

38.1) Módulo da Auditoria às PBCI?

Sim (Se sim, anexe evidência)

Não

Se sim, indique a percentagem de serviços clínicos/áreas de atendimento aderentes?

%

Observações / Apoio
Anexar cópia de formulário de adesão/resultados obtidos

(anexe evidência) *

<input type="text"/>	Selecione...
----------------------	--------------

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

- Realização de auditorias à implementação das precauções básicas do controlo da infeção.
- Monitorizar a Implementação da Campanha de precauções básicas de controlo de infeção em todos os serviços clínicos do CHMT.
- Manter a monitorização da higiene das mãos e da utilização de luvas em todos os Serviços clínicos do CHMT.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

38.2) Módulo de monitorização da adesão dos profissionais de saúde à higiene das mãos? Sim (Se sim, anexe evidência)

Não

Observações / Apoio
Anexar cópia de formulário de adesão/resultados obtidos

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

- Manter a monitorização da higiene das mãos em todos os Serviços clínicos do CHMT.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

38.3) Módulo de monitorização do uso de luvas?

Sim (Se sim, anexe evidência)

Não

Observações / Apoio
Anexar cópia de formulário de adesão/
resultados obtidos

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

- Manter a monitorização da utilização de luvas em todos os Serviços clínicos do CHMT.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *
Não 2020-12-31

39) A Instituição elaborou um plano de ação na área da prevenção e controlo de infeção, das resistências aos antimicrobianos e prescrição de antimicrobianos? Sim (Se sim, anexe evidência) Não

Observações / Apoio
Anexar plano interno anual de ação

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Elaborar um plano de ação para 2020 na área da prevenção e controlo de infeção, das resistências aos antimicrobianos e prescrição de antimicrobianos

Atividade conjunta * Prazo de Execução *
Não 2020-12-31

40) A Instituição elaborou um relatório de ação na área da prevenção e controlo de infeção, das resistências aos antimicrobianos e da prescrição antimicrobiana e disseminou a informação pelos gestores e grupos profissionais? Sim (Se sim, anexe evidência) Não

Observações / Apoio
Anexar relatório interno anual de atividades e propostas de melhoria

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Elaborar um relatório de ação na área da prevenção e controlo de infeção, das resistências aos antimicrobianos e da prescrição antimicrobiana e disseminar a informação pelos gestores e grupos profissionais

Atividade conjunta * Prazo de Execução *
Não 2020-12-31

41) A Instituição reuniu os critérios exigidos no Despacho 15423/2013 de 26 de novembro, sobre os recursos humanos e logísticos necessários ao cumprimento deste plano de ação? Sim Não

Indique os FTE* do GCL-PPCIRA, por grupo profissional

a) Coordenador

28:00

b) Médicos

16:00

c) Enfermeiros do Núcleo Executivo do GCL-PPCIRA

70:00

Anexar composição do GCL-PPCIRA e carga horária (FTE*) afeta aos seus membros

Observações / Apoio

*FTE= Número de horas semanais de trabalho: do Coordenador do GCL-PPCIRA; dos Médicos (soma do número de horas de todos os médicos do núcleo executivo do GCL-PPCIRA); Soma do número de horas do (s) Enfermeiro (s) do Núcleo Executivo do GCL-PPCIRA.

(anexe evidência) *

	Selecione...
--	--------------

42) A Instituição definiu um programa interno de formação, a abranger as temáticas Sim da prevenção e controlo de infeções e de resistências aos antimicrobianos e prescrição de antimicrobianos, incluindo a formação dos recém-admitidos? Não

Observações / Apoio

Anexar plano interno anual de formação

(anexe evidência) *

	Selecione...
--	--------------

3. MONITORIZAÇÃO PERMANENTE QUALIDADE E SEGURANÇA

Relatório de atividades / Plano de Ação

1 de janeiro a 31 de dezembro do ano anterior

Prioridade III: Monitorização permanente da qualidade e segurança

1) A instituição avaliou a satisfação do utente?

Sim Não

Observações / Apoio

Identificar instrumento de avaliação da satisfação e apresentar principais resultados.

(anexe evidência) *

	Selecione...
--	--------------

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Foi definido para 2020 um programa interno de formação, que abrange as temáticas da prevenção e controlo de infeções e de resistências aos antimicrobianos e

prescrição de antimicrobianos, e que inclui a formação dos recém-admitidos.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *
Não 2020-12-31

4. RECONHECIMENTO DA QUALIDADE DAS UNIDADES SAÚDE

Relatório de atividades / Plano de Ação

1 de janeiro a 31 de dezembro do ano anterior

Prioridade IV: Reconhecimento da qualidade das unidades de saúde

1) A instituição está acreditada?

Sim Não

Observações / Apoio

Se sim, identificar:

- 1) unidades/serviço ou Hospital
- 2) qual o modelo (ACSA, CHKS, JCI, outros...)
- 3) período de vigência do(s) certificado(s).

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta

 Analisar a implementação modelo ACSA

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

Não 2020-12-31

2) A instituição está certificada?

Sim, anexe evidência Não

Observações / Apoio


OBSERVAÇÕES/APOIO Se sim, identificar:

- 1) unidades/serviço ou Hospital
- 2) qual a Norma (ISO 9001, outras...)
- 3) período de vigência do(s) certificado(s).

(anexe evidência) *

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta

 '- Extensão do âmbito da certificação da UCIP a: consultoria aos serviços de internamento, atividade do SMI na sala de emergência e equipa de reanimação intra-hospitalar (ERI);

- 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.

Dar continuidade ao Benchmarking Hospitalar dos indicadores SINAS com introdução de uma nova área de avaliação na dimensão de Excelência Clínica, Tromboembolismo Venoso (TEV).

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

5

Não

2020-12-31

Relatório de atividades / Plano de Ação

1 de janeiro a 31 de dezembro do ano anterior

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 divulgação de informação ao doente, no âmbito da sua segurança:

- IT.CCI.006 - Sinalização de Utentes em Isolamento
- Cartaz. Sinalização de utentes
- Monitor televisivo nas salas de espera das 4 urgências do CHMT com informação de tempo de espera para atendimento médico segundo as prioridades da triagem de manchester
- folhetos informativos e preparações desenvolvidos internamente

Integrada nas atividades da AESOP foi realizada formação na Consulta externa e Universidade Sénior de Tomar e em Abrantes também na Consulta Externa e Universidade Sénior sobre capacitação do cidadão na segurança cirúrgica , no âmbito da campanha "Os enfermeiros perioperatórios fazem a diferença!".

Observações / Apoio
Anexar entre 1 e 3 exemplos (panfletos, print-screen da página da instituição, etc.).

(anexe evidência) *

1. Informação utentes.zip

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta

🗑 Promover a divulgação de informação ao utente no âmbito da sua segurança através de cartazes, folhetos, sistema televisivo interno, internet, etc.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

Não

2020-12-31

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

Foram realizadas ações de formação destinadas aos utentes:

- "Gestos que salvam vidas";
- "Quedas? Não caias nessa!";
- "Mass training (SBV)".

Observações / Apoio
Identificar tema(s) da formação, datas e nº de utentes.

(anexe evidência) *

2. formação utentes.docx

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta

🗑 Promover as seguintes ações de formação destinadas aos utentes:

- "Gestos que salvam vidas - Suporte Básico de Vida Neonatal e pediátrico";
- "Quedas? Não caias nessa! - Formação a utentes de lares e centros de dia";
- "Mass training SBV - Alunos do ensino secundária da área de abrangência do CHMT".

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

Não

2020-12-31

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

Tendo em conta que compete ao Gabinete do Cidadão propor medidas ou recomendações consideradas necessárias para melhorar o funcionamento e a organização da Instituição, nos aspetos mais visados pelos utentes, sempre que na sequência de algumas exposições, foram identificados procedimentos desadequados ou suscetíveis de melhoria, foram efetuadas propostas de revisão, agilização ou alteração.

No âmbito da otimização de resultados e diminuição do número de reclamações para 2018, propõe-se:

- Implementação de medidas que garantam o cumprimento dos prazos de resposta aos pedidos de audição;
- Reforço de formação sobre comunicação interpessoal e gestão de conflitos com obrigatoriedade de frequência a todos os profissionais em contacto direto com o público;
- Melhorar a qualidade da informação institucional disponibilizada, mediante a clarificação, afinação e uniformização de alguns procedimentos administrativos internos;
- Investimento na vertente educativa dos serviços de saúde, com a divulgação/afixação visível de regras / normas, de modo a proporcionar conhecimento e assimilação progressiva pelos utentes;
- Reforço da comunicação e circulação de informação entre serviços, de modo a evitar incongruência na informação transmitida aos utentes;
- Monitorização dos serviços efetuados por prestadores externos, sobretudo naqueles sobre os quais recaem mais manifestações de insatisfação;
- Monitorização da demora para acessos a serviços de saúde.

Observações / Apoio
Identificar as principais causas de reclamações e quais as principais medidas implementadas.

(anexe evidência) *

3. Reclamações.zip

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

2020-12-31

Relatório de atividades / Plano de Ação

1 de janeiro a 31 de dezembro do ano anterior

Aprovações e Homologações

Plano de Ação aprovado, assinado pelo responsável máximo da Instituição (Presidente do Conselho de Administração/Diretor Executivo) e com o respetivo carimbo. *

Data de aprovação *

2020-07-03

Adicionar documento: *

Selecione...

Homologação do Plano de Atividades pelo Diretor-Geral da Saúde

Data de homologação *

2020-10-02

Adicionar documento:

Centro Hospitalar do Médio Tejo, E...

Ano

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

Plano anos anteriores

retroceder_para_plano_homologado