

Ano	<input type="text" value="2019"/>
Entidade: *	<input type="text" value="Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE"/>
ARS	<input type="text" value="LVT"/>
Tipologia	<input type="text" value="HOSPITAL"/>
Utilizador:	<input type="text" value="Engª. Nélia Silva"/> ...
E-mail:	<input type="text" value="nelia.silva@chmt.min-saude.pt"/>

PLANO DE ATIVIDADES

Preenchimento do Plano de Atividades concluído? * Sim Não

Validação do Plano de Atividades concluída? * 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?

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) *

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.

Concluir a implementação da 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 de 14/07/2011, atualizada a 08/07/2013.
 Implementação: NOC DGS "Cirurgia Segura Salva Vidas", nº 02/2013 de 12/02/2013 atualizada a 25/06/2013.
 Implementação: NOC DGS "Implementação da Tabela Nacional de Funcionalidade no Adulto e no Idoso", nº 001/2019 de 25/01/2019.

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 urinária encaminhados para a consulta de ostomizados, de acordo com a NOC 012_2016 de 28/10 "Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias de Eliminação Urinária em Idade Pediátrica e no Adulto".
 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".
 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.
 Dar continuidade à VE das ILC.
 Dar continuidade à VE das INCS associadas a CVC.
 Implementação da Via Verde Coronária e a Via Verde do Trauma.
 Formação sobre prevenção da doença renal crónica: Manter a articulação com o ACES Médio Tejo e Lezíria para a realização de ações de formação.

Atividade conjunta * Não Prazo de Execução *

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

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

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta

- Definir o plano de auditorias clínicas às NOC's da cirurgia segura, ostomias e nota de alta clínica.
- 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 * Não Prazo de Execução *

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

No final do ano 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.105.00 - Prescrição de Quelantes de Fósforo na Hiperfosfatemia da Doença Renal Crónica

PT.NFR.106.00 - Prescrição de Rituximab na Nefropatia Membranosa Primária

PT.NFR.107.00 - Tratamento da Disfunção Mecânica do Cateter de Diálise Peritoneal

PT.NFR.108.00 - Atuação em Caso de Necessidade de Realização de Plasmaferese

PT.NFR.109.00 - Prescrição de Imunoglobulina Endovenosa em Patologia Nefrológica

Atividades Propostas pelo Serviço de Patologia Clínica:

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.

Existem constrangimentos informáticos na implementação dos pedidos com impressão do respetivo código de barras. Está aprovada a aquisição das impressoras necessárias mas ainda não estão disponíveis.

Ainda não foi estabelecido o protocolo para efetuar as análises com origem nos Centros de Saúde.

A informatização dos registos de análises para o exterior aguarda a aquisição de uma drive.

Em 2018 foram definidos os painéis de registo ajustados às necessidades para os serviços de Nefrologia, Hemodiálise, Pneumologia e Pediatria.

Ainda não se encontra instalada a aplicação Modulab Colheitas em todos os computadores do SI. Além disto, existem constrangimentos sobre que serviço dará a formação (SPC ou Informática).

O ponto de controlo dos tubos continua a ser feito na Pasta Partilhada do SPC em folha excel através do IMP.SPC.002. Este processo tem limitações na rastreabilidade das amostras.

Atividades Propostas pelo Serviço de Anatomia Patológica:

As técnicas de Anatomia Patológica já têm acesso aos resultados no sistema informático, no entanto, ainda se verificam alguns constrangimentos.

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.

As análises efetuadas aos doadores já se encontram disponíveis no Sclínico.

Atividades propostas pelo Serviço Imagiologia:
 Continua a verificar-se a utilização de Requisição manual de Exames Imagiológicos, sem evidência 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.

Não foi possível implementar devido à inexistência de médicos em Torres Novas, pois a medicina não pode dar resposta à pediatria.

Em Tomar existe a anestesia que poderá dar resposta.

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

(anexe evidência) *

3. Prescrições.rar



Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Iniciar a implementação do módulo de prescrição eletrónica num serviço piloto e estender a implementação aos Serviços de Cirurgia de Ambulatório e Blocos Operatórios.

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.

Estabelecer protocolo e efetuar as análises para os Centros de Saúde.

Informatização dos registos de análises para o exterior.

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.

Estabelecer protocolo e efetuar as análises para os Centros de Saúde.

Informatização dos registos de análises para o exterior.

Desenvolver painéis de registo ajustados a cada serviço, sempre que identificada essa necessidade.

Instalar a aplicação Modulab Colheitas em todos os computadores do SI.

Dar formação à equipa de Enfermagem sobre a aplicação Modulab Colheitas e correta utilização das etiquetas com códigos de barras.

Desenvolver os pontos de saída dos contentores no Modulab.

Resolver os constrangimentos existentes no que se refere ao acesso, por parte das técnicas de Anatomia Patológica, aos resultados no sistema informático.

No SClínico deveriam 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, há ainda em falta 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:
 - Eliminar a Requisição manual de Exames Imagiológicos, que apenas deve ser utilizada em caso de falha informática.

- 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.
 Constituição da Equipa de Emergência interna em TN e TMR.

Atividade conjunta * Não Prazo de Execução * 2019-12-31

5) Tabela Nacional de Funcionalidade

5.1) Taxa de preenchimento:

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

Nº total de pessoas saídas com registo da TNF =

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 =

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

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.

Atividade conjunta * Não Prazo de Execução * 2019-12-31

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)

6. Auditorias.rar



Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Revisão da IT.GRL.355 - Auditoria aos registos de Enfermagem para incluir a nota de alta de enfermagem.
 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 * Não Prazo de Execução * 2019-12-31

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

Triagem de Manchester II

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)

00:10

Demora média entre a triagem e a primeira observação médica:

1.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:00
Laranja	01:14
Amarela	01:25
Verde	01:37
Azul	02:05
Branca	00:00

2.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:21
Laranja	01:05
Amarela	01:06
Verde	01:14
Azul	02:06
Branca	00:10

3.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:20
Laranja	01:14
Amarela	01:02

Verde	01:15
Azul	01:43
Branca	00:50

4.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:00
Laranja	01:40
Amarela	00:56
Verde	01:03
Azul	01:28
Branca	00:49

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	04:07
Laranja	07:15
Amarela	05:02
Verde	03:58
Azul	03:57
Branca	02:46

2.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	05:29
Laranja	06:57
Amarela	04:27
Verde	03:24
Azul	03:58
Branca	02:30

3.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	04:23
Laranja	06:45
Amarela	04:21
Verde	03:14
Azul	03:38
Branca	02:44

4.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:00
Laranja	01:40
Amarela	00:56

Verde 01:28
Azul 01:28
Branca 00:49

(anexe evidência) *

7. Triagem.rar



B) Serviços de urgência pediátrica (se aplicável)

A instituição dispõe de Serviço de Urgência Pediátrica?

Sim

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)

00:08

Demora média entre a triagem e a primeira observação médica:

1.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:00
Laranja	00:29
Amarela	00:58
Verde	01:23
Azul	01:18
Branca	00:29

2.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:16
Laranja	00:18
Amarela	00:28
Verde	00:36
Azul	00:36
Branca	00:41

3.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:10
Laranja	00:19
Amarela	00:21
Verde	00:26
Azul	00:17

Branca 00:25
4.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:09
Laranja	00:18
Amarela	00:27
Verde	00:41
Azul	00:31
Branca	00:31

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	03:45
Laranja	05:11
Amarela	04:22
Verde	03:47
Azul	02:52
Branca	02:21

2.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	04:42
Laranja	04:23
Amarela	03:48
Verde	03:01
Azul	03:40
Branca	02:35

3.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	06:32
Laranja	04:15
Amarela	03:39
Verde	02:38
Azul	02:16
Branca	03:05

4.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	03:48
Laranja	04:06
Amarela	03:36
Verde	02:53
Azul	02:56

Branca 02:56
(anexe evidência) *

7. Triagem.rar



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) *

8. Boas práticas.rar



Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Dar continuidade aos projetos:

- Consulta de Ostomizados
- Consulta de Apoio ao doente com Esclerose Multipla
- Ventiloterapia - Pneumologia TN
- Gabinete de informação à família - SUMC Abrantes;

Implementar o projeto:

- Consulta de Enfermagem em Reumatologia e Fototerapia

Atividade conjunta * Não

Prazo de Execução *

2019-12-31

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

Sim

Não

Observações / Apoio

Anexar lista de estudos em curso.

(anexe evidência) *

9. Investigação.rar



Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta



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

Atividade conjunta * Não

Prazo de Execução *

2019-12-31

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?

O CHMT não atingiu a taxa de resposta de 25%, necessária para ter acesso aos resultados individualizados, desta forma desconhecem-se as dimensões com piores resultados.

No entanto, uma vez que em anos anteriores as dimensões D8, D9 e D12 foram as que apresentaram piores resultados, propõe-se a continuidade da ação de formação incidindo sobre estas dimensões.

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

(anexe evidência) *

1. Medidas melhoria.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 * Não Prazo de Execução *

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 892 status parametrizados pelo PNU para o Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de alívio da dor e 881 do Conhecimento sobre estratégias de alívio da dor.

- PT.GRL.096- Ensino à pessoa com Diabetes: no SClínico foram mobilizadas 1419 status parametrizados pelo PNU para o Potencial para melhorar conhecimento sobre Diabetes e 1231 do Conhecimento sobre diabetes.

- PT.GRL.097- Ensino à pessoa submetida a ventiloterapia: no SClínico foram mobilizadas 68 status parametrizados pelo PNU para o Potencial para melhorar conhecimento sobre ventilação e 39 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.

A avaliação da cultura de segurança em 2018 foi promovida através do envio de e-mails a todos os profissionais a solicitar colaboração, envio de mensagem no recibo de vencimento, disponibilização de um pop-up nos PCV's dos utilizadores.

No entanto, a taxa de resposta foi muito baixa, não tendo passado dos 133 respondentes. Assim, por não termos atingido a taxa de resposta de 25%, o CHMT não irá receber um relatório da DGS.

Efetuada o acompanhamento e o relatório eventos.

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) *

2. Segurança do doente e profissional.rar



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

2019-12-31

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

Propor ao grupo SIE que uma das auditorias aos registos de enfermagem seja de um doente com transferência inter-hospitalar.

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

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

Atividade conjunta * Não

Prazo de Execução *

2019-12-31

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.º 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) *

4..docx



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 * Não

Prazo de Execução *

2019-12-31

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

Observações / Apoio
Indicar: N.º de incidentes inadmissíveis (por tipo) e o n.º de doentes intervencionados.

Local cirúrgico errado: (%)Procedimento errado: (%)Doente errado: (%)Retenção de objetos estranhos no local cirúrgico: (%)Morte intraoperatória em doentes ASA1: (%)

(anexe evidência) *

5..docx



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 * Não Prazo de Execução * 2019-12-31

6) Quantas auditorias internas foram realizadas?

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 * Não Prazo de Execução * 2019-12-31

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

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

(anexe evidência) *

7. Relatório de Eventos_2018.pdf



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 * Não Prazo de Execução * 2019-12-31

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) *

8. Medicamentos LASA (IT.GRL.033.02).pdf



Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Manter atualizada a lista de medicamentos LASA.

Atividade conjunta * Não

Prazo de Execução *

2019-12-31

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) *

9. Armazenamento e identif LASA.rar



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 * Não

Prazo de Execução *

2019-12-31

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

0

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

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Monitorizar a ocorrência de eventos e definir as ações corretivas e preventivas.
 Implementação do módulo de prescrição eletrônica num serviço piloto e estender a implementação aos Serviços de Cirurgia de Ambulatório e Blocos Operatórios.
 Prosseguir com a implementação do módulo e começar a descarregar interações.
 Consolidar estratégias de implementação/sistematização da reconciliação terapêutica.
 Efetuar a análise dos dados resultantes do registo das intervenções farmacêuticas.

Atividade conjunta * Não Prazo de Execução * 2019-12-31

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) *

11. MAM.rar



Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Promover, através da intranet, ações de sensibilização sobre o tema, nomeadamente através da criação de fichas técnicas para cada MAM identificada no CHMT.

Atividade conjunta * Não Prazo de Execução * 2019-12-31

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) *

12. Estratégia MAM.rar



Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Implementar a metodologia nas etiquetas dos armazéns de produtos farmacêuticos em todos os serviços.
 Elaborar as fichas técnicas para os MAM listados na IT.FAR.036 - Orientações no Uso de Medicamentos de Alerta Máximo.

Atividade conjunta * Não Prazo de Execução * 2019-12-31

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 * Não Prazo de Execução * 2019-12-31

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

44

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

(anexe evidência) *

14. Auditorias.rar



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 * Não Prazo de Execução * 2019-12-31

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

Reforçar a necessidade de formação na área da farmacocinética, através de novo contacto com a Associação Portuguesa de Farmacêuticos Hospitalares, uma vez que tinha ficado acordada uma formação/implementação com apoio no terreno, por profissionais com reconhecida mestria na área.

Atividade conjunta * Não Prazo de Execução * 2019-12-31

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) *

16. Reconciliação.rar



Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

O SF deve reconsiderar a capacidade de implementar a reconciliação num serviço piloto, no momento da alta, conforme previsão feita para ano anterior.

Atividade conjunta * Não Prazo de Execução * 2019-12-31

Identificação inequívoca dos doentes

17) Tem implementada Sim (se sim, anexe evidência) estratégia local para a identificação inequívoca do doente? Não

Observações / Apoio
Anexar cópia da estratégia em vigor, com data de aprovação, modo de divulgação e revisão, se aplicável.

(anexe evidência) *

17. Estratégia.rar



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.

Implementação da nova metodologia de identificação de doentes através de pulseiras estanques, que permitirão manter a integridade dos dados.

Atividade conjunta * Não Prazo de Execução * 2019-12-31

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

1

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

(anexe evidência) *

18. Eventos.rar



Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Monitorizar a ocorrência de eventos e definir as ações corretivas e preventivas.
Implementação da nova metodologia de identificação de doentes através de pulseiras estanques, que permitirão manter a integridade dos dados.

Atividade conjunta * Não Prazo de Execução * 2019-12-31

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

13

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

(anexe evidência) *

19. 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 * Não Prazo de Execução * 2019-12-31

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

Foram formados alguns serviços (Bloco Operatório - ABT, UCIP, Hospital de Dia - TN, Hemodiálise, Hospital de Dia - TMR, UCPC, Bloco Operatório - TMR) para a realização da confirmação do grupo sanguíneo AB0 à cabeceira, antes da administração da transfusão. A metodologia de classificação do grupo sanguíneo AB0 do doente, à cabeceira (antes da administração da transfusão sanguínea) vai deixar de se realizar, pelo facto do material utilizado ter sido descontinuado. Depois de analisadas outras opções, concluiu-se que não existe no mercado um método simples para sangue capilar.

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) *

20. Práticas seguras.rar



Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Implementar um sistema de segurança na transfusão de componentes sanguíneos no serviço de urgência da Unidade de Abrantes devido à complexidade e especificação deste serviço.
Monitorização de indicadores que permitem verificar a segurança transfusional.

Atividade conjunta * Não Prazo de Execução * 2019-12-31

Prevenir a ocorrência de quedas

21) Implementou atividades no âmbito da prevenção de quedas?

Sim (Se sim, anexe evidência)

Não

(anexe evidência) *

F. Prevenir ocorrência de quedas.rar



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.

Melhorar a operacionalidade dos documentos de trabalho existentes.

- Reunir no primeiro trimestre de 2019 com os elementos dinamizadores/chefes de cada serviço;
- Atualização do nome dos elementos dinamizadores por serviço no CHMT;
- Reunir mensalmente para efetuar auditorias aos processos clínicos com queda, mantendo-se função dos elementos do grupo das quedas
- 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 elemento dinamizador, com o intuito de estes promoverem melhorias no serviço devendo os mesmos realizar evidência das ações tomadas;

Efetuar relatório anual (2019) com as propostas das ações de melhoria pelo grupo de Enfermagem das quedas.

Analisar a sugestão de melhoria proposta pelo grupo da especialidade de saúde mental para definir estratégias de melhoria para diminuir o impacto dos fatores desencadeantes das quedas identificadas.

Atividade conjunta * Não Prazo de Execução * 2019-12-31

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

218

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

(anexe evidência) *

F. Prevenir ocorrência de quedas.rar



Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

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

Atividade conjunta * Não Prazo de Execução * 2019-12-31

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

207

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

(anexe evidência) *

F. Prevenir ocorrência de quedas.rar



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.

Atividade conjunta * Não Prazo de Execução * 2019-12-31

Prevenir a ocorrência de úlceras por pressão

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

Sim (se sim, anexe evidência)

Não

(anexe evidência) *

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

Elaboração e divulgação da Instrução de Trabalho "Tratamento de Úlceras por 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 de formação aos enfermeiros na plataforma HER+, quando os eventos de UP forem registados nesta aplicação.

Atividade conjunta * Não Prazo de Execução *

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

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

(anexe evidência) *

G. Prevenir ocorrências UP.rar



Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

- Monitorizar a ocorrência de eventos e definir as ações corretivas e preventivas.
- Efetuar relatório anual (2019) com as propostas das ações de melhoria pelo grupo de Enfermagem das úlceras de pressão.

Atividade conjunta * Não Prazo de Execução *

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

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

(anexe evidência) *

G. Prevenir ocorrências UP.rar



Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

- Monitorizar a ocorrência de eventos e definir as ações corretivas e preventivas.
- Efetuar relatório anual (2019) com as propostas das ações de melhoria pelo grupo de Enfermagem das úlceras de pressão.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

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) *



Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

- Formação na aplicação informática de gestão do risco HER+.
- 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 *

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

Em 2018 foram notificados 167 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:

- Atrasos no Transporte de Doentes – Contactos sistemáticos com a central de transportes.
- Consultas, sessões e MCDT:
 - Efetuadas reuniões com a empresa de análises de anatomia patológica para solucionar os problemas existentes;
 - Abertura de TAC na unidade de Tomar.
- Recursos e gestão organizacional: Solicitados pedidos à tutela dos Recursos humanos em falta.
- Hotelaria:
 - Roupa: Informação e penalização da empresa responsável pela reposição de roupa;
 - Limpeza das instalações: Informação e penalização da empresa responsável pela limpeza. Substituição da empresa de limpeza no início do corrente ano (2019).
- Sistemas de informação: Desenvolvimento de medidas que permitam o interface de sistemas.

Observações / Apoio
Anexar documento
comprovativo da
implementação de medidas.

(anexe evidência) *

28. Relatório de Eventos_2018.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 preventivas.

Atividade conjunta * Não Prazo de Execução * 2019-12-31

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) *

29. Auditorias metodologia analise incidentes.rar



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 * Não Prazo de Execução * 2019-12-31

Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos

30) A Instituição monitorizou as infeções associadas aos cuidados de saúde mais relevantes, através dos programas de vigilância epidemiológica em rede Europeia e/ou Nacional:
 Sim (Se sim, anexe evidência)
 Não

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

(anexe evidência) *

30. INCS.pdf



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.
 - Vigilância da ILC - HELICS ILC.

Atividade conjunta * Não Prazo de Execução *

a) Programa de VE das Infeções do Local Cirúrgico (rede europeia)
 - HAI-Net-SSI
 Sim (Se sim, anexe evidência)
 Não

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

(anexe evidência) *



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

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

(anexe evidência) *



31) A Instituição analisa regularmente os dados das IACS (ex: semestral/anual) e fornece informação r

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?

- Sim (anexe evidência)
 Não

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

(anexe evidência) *

32. Notificação INSA.docx  

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 * Não Prazo de Execução *

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 atual, na Instituição?

- Sim (Se sim, anexe evidência)
 Não

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

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 Meticilino-Resistentes, através da realização de auditorias

Atividade conjunta * Não Prazo de Execução *

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?

%

(anexe evidência) *

32.2 PT.CCI.002.03 - Atuação perante SAMR.pdf



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 * Não Prazo de Execução *

32.3. A Instituição aplica a grelha de avaliação do risco individual do doente na admissão, de modo a implementar as medidas de isolamento adequada?

Sim (Se sim, anexe evidência)

Não

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 * Não Prazo de Execução *

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 * Não Prazo de Execução * 2019-12-31

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) *

34. Dashboard_medicamentos.pdf



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) *

35. Dashboard_medicamentos.pdf



Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Articular atividade consequente com GCLPPCIRA/PAPA.

Atividade conjunta * Não Prazo de Execução * 2019-12-31

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 * Não Prazo de Execução * 2019-12-31

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 * Não Prazo de Execução * 2019-12-31

37.3) Feixe de intervenções para a prevenção da infeção associada ao cateter intra vascular?

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 * Não Prazo de Execução * 2019-12-31

37.4) Feixe de intervenções para a prevenção da pneumonia associada à intubaçã o?

Sim

Não

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

100.00 %

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Continuidade da VE do Hellics UCI a realizar pela UCIP

Atividade conjunta * Não Prazo de Execução * 2019-12-31

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?

100.00 %

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

(anexe evidência) *

38.1 Auditoria PCBI.pdf



Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

- Manter a monitorização das PBCI nos Serviços clínicos do CHMT.

Atividade conjunta * Não Prazo de Execução * 2019-12-31

38.2) Módulo de monitorização da adesão dos profissionais de saúde à higiene das mãos?

Sim (Se sim, anexe evidência)

Não

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

100.00 %

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

(anexe evidência) *

38.2 Observação Higiene das mãos.pdf



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 * Não Prazo de Execução * 2019-12-31

38.3) Módulo de monitorização do uso de luvas?

Sim (Se sim, anexe evidência)

Não

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

100.00 %

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

(anexe evidência) *

38.3 Uso de luvas.pdf



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 * Não

Prazo de Execução *

2019-12-31

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) NãoObservações / Apoio
Anexar plano interno anual de ação

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Elaborar um plano de ação para 2019 na área da prevenção e controlo de infeção, das resistências aos antimicrobianos e prescrição de antimicrobianos

Atividade conjunta * Não

Prazo de Execução *

2019-12-31

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) NãoObservações / 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 * Não

Prazo de Execução *

2019-12-31

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
- b) Médicos
- c) Enfermeiros do Núcleo Executivo do GCL-PPCIRA

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) *

Nomeação GCL PPCIRA.pdf



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

- Sim
 Não

Observações / Apoio
Anexar plano interno anual de formação

(anexe evidência) *

42. Formação - controlo de infeção e HST_2018.docx



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 Sim Não a satisfação do utente e?

Observações / Apoio
Identificar instrumento de avaliação da satisfação e apresentar principais resultados.

(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 * Não

Prazo de Execução *

2019-12-31

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

Avaliar a possibilidade de concluir a implementação do modelo de acreditação hospitalar, que o CHMT adotou em 2004, referencial Joint Commission International.

Atividade conjunta * Não

Prazo de Execução *

2019-12-31

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) *

2. Certificação.rar



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.

Avaliar o desenvolvimento do CRI para a Imagiologia e para a Unidade de Diabetes e Obesidade.

Atividade conjunta *

Não

Prazo de Execução *

2019-12-31

5. INFO TRANSP CIDADÃO, AUMENTO DA SUA CAPACITAÇÃO

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

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

(anexe evidência) *

1. Informação utentes.rar



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 * Não Prazo de Execução * 2019-12-31

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

Existem diversos ensinios 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;
 - PT.GRL.096- Ensino à pessoa com Diabetes;
 - PT.GRL.097- Ensino à pessoa submetida a ventiloterapia.
 São fornecidos diversos folhetos Informativos aos utentes:
 - Imobilizações gessadas – braços;
 - Imobilizações gessadas – pernas;
 - Orientações ao utente com Diarreia;
 - Orientações ao utente com Febre;
 - Orientações ao utente com Hipertensão Arterial;
 - Traumatismo Craneano;
 - FLT.PED.003 - Recomendações para vômitos e diarreia
 - FLT.IMA.001 - Decidir informado - Exames imagiológicos com administração intravascular de contraste iodado
 FLT.PNE.005 - Estudo do sono
 FLT.PNE.001 - Recomendações - O que é a Tuberculose Pulmonar
 FLT.PNE.002 - Recomendações - Hábitos de Vida Saudável no Tratamento da Tuberculose Pulmonar (I)
 FLT.PNE.003 - Recomendações - Hábitos de Vida Saudável no Tratamento da Tuberculose Pulmonar (II)
 FLT.PNE.004 - Recomendações - Tratamento da Tuberculose Pulmonar

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

(anexe evidência) *

2. Formação utentes.rar



Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta

Promover ensino aos doentes com avaliação da eficácia, relativamente a:

- PT.GRL. 095.01 – Ensino sobre a gestão da dor;
- PT.GRL.096.02- Ensino à pessoa com Diabetes;

 Atividade conjunta * Não Prazo de Execução *

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.rar



Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta

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

 Atividade conjunta * Não Prazo de Execução *

6. APROVAÇÕES E HOMOLOGAÇÕES

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 respectivo carimbo. *

Data de aprovação *

2019-02-28

Adicionar documento: *

Relatório 2018 e Plano 2019_CQS_aprovado 28 02 2019.pdf

Validação do Plano de Sim Não Em avaliação

Atividades pela ARS *

Data: *

2019-03-01

Adicionar documento:

Selecione...

 Homologação do Plano de Atividades pelo Diretor-Geral da Saúde

Data de homologação *

2019-07-19

Adicionar documento:

Selecione...

ADICIONAR COPIA P

LANO HOMOLOGAD

O

Selecione...