

Ano

2021

Entidade: \*

Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE

Morada:

Código Postal

-TT

N.º de camas:

ARS:

Tipologia: \*

ACES

Hospital/Centro Hospitalar

Unidade Local de Saúde

Utilizador:

Dra. Ivone Caçador

E-mail:

cqsd@chmt.min-saude.pt

Utilizador2

email\_utilizador\_2

Dra. Ivone Caçador

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?

47

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).  
Implementação da NOC DGS "Cirurgia Segura Salva Vidas", nº 02/2013 de 12/02/2013 atualizada a 25/06/2013.  
Implementação da NOC DGS "Implementação da Tabela Nacional de Funcionalidade no Adulto e no Idoso", nº 001/2019 de 25/01/2019.  
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 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".  
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 012/2016.  
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 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.

Atividade conjunta \*    Prazo de Execução \*

Não

2021-12-31

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

1


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) \*

2. Auditorias.zip

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta

 Reunir com Coordenadora das auditorias Clínicas com o objetivo de verificar a possibilidade da sua continuidade na função e definição de estratégias para promover a realização das auditorias.

Atividade conjunta \* Prazo de Execução \*

Não

2021-12-31

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 parametrizou a parte dos medicamentos. Aguarda envolvimento do SInformática para ponto de situação e concluir processo de implementação. 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...). Solicitou recentemente ao SInformática parametrização desta área conforme CAM. Encontra-se implementada BSimple na Cirurgia de Ambulatório e Bloco Operatório . Esta aplicação é utilizada na UCIP, Bloco e UCPC. Relativamente ao PAPA, foi aprovado no início de 2019 a aquisição do módulo da Glinth. A estratégia do PAPA aguarda implementação.

Foram revistos os protocolos:

PT.GRL.082.01 - Intoxicação por Antidepressivos Tricíclicos (ADT)

PT.GRL.084.01 - Intoxicação por Paracetamol

PT.GRL.089.01 - Tratamento do Estado de Mal Epiléptico.

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. De acordo com o Serviço de Informática é possível bloquear os parâmetros da Patologia no ícone dos MCDT no SClinico. No entanto, isso só se poderá fazer desde que se garanta que todos os exames estão configurados no Modulab.

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 ,por isso os Médicos do CHMT já o podem solicitar no programa modulab e os resultados são rececionados no SPC e colocados no processo do doente.

Encontram-se definidos painéis de registo para cada serviço. Os painéis que se encontram atualizados e em uso são: Reumatologia, Diálise, Nefrologia, UCIP e UCPC. Os restantes estão desatualizados ou são pouco utilizados.

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

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

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.

Foi contratado um terceiro Técnico de Anatomia Patológica.

Mantém-se em falta uma Assistente Operacional (AO) e uma Assistente Técnica (AT).

Verificam-se alguns constrangimentos na disponibilização dos resultados de AP. Ainda existem Serviços em que a requisição é efetuada manualmente (ex. Imagiologia), sendo nestes casos os resultados disponibilizados apenas no processo clínico do doente. Sempre que a requisição é eletrónica a AT coloca os resultados no processo clínico do doente e envia-os também por e-mail ao médico.

Atividades propostas pelo Serviço de Imuno-hemoterapia:

Tendo em conta o contexto de pandemia não foi possível ministrar formação a enfermeiros e médicos no âmbito da medicina Transfusional, integrando os profissionais que intervêm na transfusão de componentes sanguíneos.

Atividades propostas pelo Serviço Imagiologia: A Requisição manual de Exames Imagiológicos é usada apenas em caso de falha do sistema informático. No entanto, ainda continuam a aparecer esporadicamente algumas requisições manuais da Urgência e Consulta externa.

Foi reforçada a equipa de Assistentes Operacionais na Unidade de Abrantes.

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).

Observações / Apoio

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

(anexe evidência) \*

3. Prescrições.zip

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Concluir circuito de prescrição eletrónica na Cirurgia de Ambulatório.

Reiterar junto dos Serviços a elaboração de protocolos, de modo a facilitar o processo de prescrição eletrónica.

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.

Verificar se todos os exames estão configurados no Modulab para se avançar com o bloqueio dos parâmetros da Patologia no ícone dos MCDT no SClínico. Depois de implementar o bloqueio referido, enviar e-mail a todos os médicos a informar que as requisições de análises são efetuadas através do Modulab (opção 2). - Ivone Caçador

Verificar se é possível os médicos nos Centros de Saúde acederem informaticamente (RSU) aos resultados das análises da Patologia, quer realizadas internamente, quer as que são realizadas em laboratórios externos.

Sensibilizar os Serviços para a importância de utilizar os painéis de registo específicos para cada Serviço. Caso constatem que os painéis estão desadequados devem propor a sua atualização.

Analisar ponto de situação sobre a formação às equipa médicas e de enfermagem sobre a aplicação Modulab Colheitas e correta utilização das etiquetas com códigos de barras.

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.

Avaliar a possibilidade de alocar ao Serviço uma Assistente Operacional (AO) e uma Assistente Técnica (AT).

Avaliar os constrangimentos existentes na disponibilização dos resultados de AP aos médicos e promover a sua resolução.

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 componentes sanguíneos.

Atividades propostas pelo Serviço Imagiologia:

- Sensibilização da equipa médica da Urgência e da Consulta externa relativamente ao modo de pedir os exames imagiológicos. Reforçar que a requisição manual de Exames Imagiológicos é usada apenas em caso de falha do sistema informático.

Atividades propostas pelo Serviço de Fisioterapia:

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

Avaliar a necessidade de criar a ERI Pediátrica.

Atividade conjunta \*      Prazo de Execução \*

Não

2021-12-31

## 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.  
Recolher trimestralmente os dados e enviar ao DQS.

Atividade conjunta \*    Prazo de Execução \*  
Não                            2021-12-31

**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?                            47.45 %

6.2) Qual a percentagem de registos clínicos eletrónicos não conformes no 2º semestre do ano?                            47.45 %

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

(anexe evidência)

6. Auditorias.zip

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Reunir com Coordenadora das auditorias Clínicas com o objetivo de verificar a possibilidade da sua continuidade na função e definição de estratégias para promover a realização das auditorias.  
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 \*  
Não                            2021-12-31

**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)

00:09

**Demora média entre a triagem e a primeira observação médica:**

1.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:12
Laranja	00:16
Amarela	00:52
Verde	01:21
Azul	01:36
Branca	00:54

2.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:06
Laranja	00:16
Amarela	00:25
Verde	00:34
Azul	00:56
Branca	00:50

3.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:08
Laranja	00:13
Amarela	00:29
Verde	00:40
Azul	00:52
Branca	00:34

4.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:07
Laranja	00:14
Amarela	00:30
Verde	00:39
Azul	00:54
Branca	00:27

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	04:51
Laranja	07:32
Amarela	05:17
Verde	04:07

Branca 03:28

2.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	04:26
Laranja	08:35
Amarela	05:11
Verde	03:38
Azul	03:27
Branca	04:01

3.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	04:12
Laranja	08:24
Amarela	05:02
Verde	03:25
Azul	03:20
Branca	03:04

4.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	04:19
Laranja	08:58
Amarela	05:35
Verde	03:55
Azul	03:17
Branca	03:13

(anexe evidência) \*

7. Triagem.zip

**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	00:09
Laranja	00:21
Amarela	00:50
Verde	01:17
Azul	01:33
Branca	00:30

2.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh: mm)
Vermelha	00:06
Laranja	00:13
Amarela	00:18
Verde	00:18
Azul	00:19
Branca	00:20

3.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh: mm)
Vermelha	00:16
Laranja	00:16
Amarela	00:19
Verde	00:21
Azul	00:18
Branca	00:13

4.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh: mm)
Vermelha	00:06
Laranja	00:12
Amarela	00:17
Verde	00:21
Azul	00:25
Branca	00:11

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	03:39
Laranja	05:14
Amarela	04:12
Verde	03:41
Azul	02:59
Branca	04:00

2.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	05:14
Laranja	05:32
Amarela	03:45
Verde	03:03
Azul	02:05
Branca	03:17

3.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	01:17
Laranja	04:50
Amarela	03:47
Verde	02:30
Azul	04:09
Branca	02:51

4.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	06:18
Laranja	05:54
Amarela	03:26
Verde	02:33
Azul	02:21
Branca	03:12

(anexe evidência) \*

7. Triagem.zip

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.zip

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
- Aprovação do PT.HDI.013 - Ensino à Pessoa com Esclerose Múltipla

O projeto da Hospitalização Domiciliária pediatríca foi iniciado em janeiro de 2021.  
Rever o PT.GRL.095 - Ensino sobre Gestão da Dor e o PT.GRL.008 - Monitorização da Dor

Atividade conjunta \*    Prazo de Execução \*  
Não                            2021-12-31

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.zip

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta

 Manter prática na área dos ensaios clínicos

Atividade conjunta \*    Prazo de Execução \*

    Não                            2021-12-31

## 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) \*

1.docx

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Promover a melhoria na adesão ao próximo questionário de avaliação da cultura de segurança e posteriormente definir e implementar medidas com vista à melhoria das dimensões com piores resultados.

Atividade conjunta \* Prazo de Execução \*

Não

2021-12-31

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
- PT.GRL.096- Ensino à pessoa com Diabetes
- PT.GRL.097- Ensino à pessoa submetida a ventiloterapia.

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.

No âmbito da Hospitalização Domiciliária são entregues os folhetos com o objetivo de promover o ensino ao utente e cuidador:

- FLT.HDI.001 - Recomendações - Lavagem das mãos
- FLT.HDI.004 - Recomendações - Como devo guardar os medicamentos em casa

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) \*

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Assegurar a formação dos doentes através de ensinios 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

2021-12-31

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

Reunir com Coordenadora das auditorias Clínicas com o objetivo de verificar a possibilidade da sua continuidade na função e definição de estratégias para promover a realização das auditorias.

Atividade conjunta \* Prazo de Execução \*

Não

2021-12-31

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) \*

4.docx

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Atualização da norma na sequência da alteração da codificação para ICD10.  
Continuar a 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

2021-12-31

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: (%)

0

Procedimento errado: (%)

0

Doente errado: (%)

0

Retenção de objetos estranhos no local cirúrgico: (%)

0

Morte intraoperatória em doentes ASA1: (%)

0

(anexe evidência) \*

5.docx

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

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

Atividade conjunta \* Prazo de Execução \*

Não

2021-12-31

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

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

Atividade conjunta \* Prazo de Execução \*

Não

2021-12-31

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 ocorrerem 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

#### 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) \*

#### Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Manter atualizada a lista de medicamentos LASA.

Atividade conjunta \* Prazo de Execução \*

Não

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) \*

#### Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

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

Atividade conjunta \* Prazo de Execução \*

Não

2021-12-31

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.

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 eletrônica.

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 \*

Não

2021-12-31

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.zip

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Manter atualizada a lista de medicamentos de alerta máximo.

Atividade conjunta \* Prazo de Execução \*

Não

2021-12-31

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. IT.FAR.036.00 - Orientações no ...

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Dar continuidade à implementação da IT.FAR.036 - Orientações no Uso de Medicamentos de Alerta Máximo.

Atividade conjunta \* Prazo de Execução \*

Não

2021-12-31

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

2021-12-31

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

62

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.zip

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

2021-12-31

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).

(anexe evidência) \*

15. FW Plano de Formação 2020 20...

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Propor e implementar circuito Farmacocinética.

Atividade conjunta \* Prazo de Execução \*

Não

2021-12-31

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.docx

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Aumentar intervenção farmacêutica na área.

Atividade conjunta \* Prazo de Execução \*

Não

2021-12-31

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) \*

17. Estratégia.zip

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

2021-12-31

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.zip

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

2021-12-31

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) \*

19. Auditorias.zip

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

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) \*

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

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.zip

#### 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

2021-12-31

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

223

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

(anexe evidência) \*

F. Prevenir ocorrência de quedas.zip

#### 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

2021-12-31

23) Quantas auditorias internas foram realizadas no âmbito da prevenção de quedas, 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) \*

F. Prevenir ocorrência de quedas.zip

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 \* Prazo de Execução \*

Não

2021-12-31

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.zip

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

2021-12-31

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

385

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

(anexe evidência) \*

G. Prevenir ocorrências UP.zip

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

- Monitorizar a ocorrência de eventos e definir as ações corretivas e preventivas.
- Efetuar relatório anual (2021) com as propostas das ações de melhoria pelo grupo de Enfermagem das úlceras de pressão.

Atividade conjunta \* Prazo de Execução \*

Não

2021-12-31

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

234

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.zip

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

- Monitorizar a ocorrência de eventos e definir as ações corretivas e preventivas.
- Efetuar relatório anual (2021) com as propostas das ações de melhoria pelo grupo de Enfermagem das úlceras por pressão.

Atividade conjunta \* Prazo de Execução \*

Não

2021-12-31

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) \*

27. Relatório Notificação de Evento...

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

- Solucionar a problemática da integração dos dados do SClínico 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

2021-12-31

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

Em 2020 foram notificados 108 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;

Reforçar a formação na aplicação informática HER+ com o objetivo de melhorar a notificação de incidentes, análise, definição de ações e avaliação de eficácia das mesmas.

Observações / Apoio  
Anexar documento comprovativo da implementação de medidas.

(anexe evidência) \*

28. Relatório Notificação de Evento...

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

2021-12-31

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 i...

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

2021-12-31



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. VE INCS 2020.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 do local cirúrgico - Hellics Cirurgia.  
- Vigilância das infeções na UCI - HELICS UCI - responsabilidade da UCIP.

Atividade conjunta \*    Prazo de Execução \*

Não

2021-12-31

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) \*

30. VE INCS 2020.pdf

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 Infecções 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) \*

30. VE INCS 2020.pdf

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

(anexe evidência) \*

31. Relatório VE INCS 2020.pdf

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

(anexe evidência) \*

32. Envio MO Alerta.pdf

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

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

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

Atividade conjunta \* Prazo de Execução \*  
 Não

32.1. A taxa de Staphylococcus aureus resistentes à meticilina (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

Observações / Apoio  
Exclusão de duplicados; Exclusão de contaminações. Apenas amostras invasivas de sangue e líquido; 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 \* Prazo de Execução \*  
 Não

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) \*

#### 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

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

Sim (Se sim, anexe evidência)

Não

Se sim, em que percentagem de serviços clínicos/áreas de atendimento?

20.00 %

(anexe evidência) \*

32.3.zip

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

2021-12-31

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

2021-12-31

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.zip

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).

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Articular atividade consequente com GCLPPCIRA/PAPA.

Atividade conjunta \* Prazo de Execução \*

Não

2021-12-31

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

2021-12-31

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 e infeção do trato urinário através da realização de auditorias.

Atividade conjunta \* Prazo de Execução \*

Não

2021-12-31

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

2021-12-31

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

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 \* Prazo de Execução \*

Não

2021-12-31

38) A Instituição aderiu à Estratégia Multimodal de Promoção das Precauções Básicas de Controlo de Infeção (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\_Auditorias PBCI.pdf

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

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

Atividade conjunta \* Prazo de Execução \*

Não

2021-12-31

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

Monitorizar a adesão dos PS à higiene das mãos.

Atividade conjunta \* Prazo de Execução \*

Não

2021-12-31

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

Monitorizar a utilização de luvas.

Atividade conjunta \* Prazo de Execução \*

Não

2021-12-31

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 2021 na área da prevenção e controlo de infeção, das resistências aos antimicrobianos e prescrição de antimicrobianos

Atividade conjunta \* Prazo de Execução \*

Não

2021-12-31

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

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Elaborar um plano de ação para 2021 na área da prevenção e controlo de infeção, das resistências aos antimicrobianos e prescrição de antimicrobianos

Atividade conjunta \*    Prazo de Execução \*  
 Não                     

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) \*

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) \*



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 e?

Sim  Não

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

(anexe evidência) \*

Avaliação da satisfação.zip

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

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

Atividade conjunta \* Prazo de Execução \*

Não

2021-12-31

---

**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

Iniciar a implementação do modelo ACSA.

Atividade conjunta \* Prazo de Execução \*

Não

2021-12-31

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.zip

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

- Extensão do âmbito da certificação ao Gabinete do Cidadão, Consulta de Esclerose Múltipla e Serviço de Saúde Ocupacional;
- 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.

Atividade conjunta \* Prazo de Execução \*

Não

2021-12-31

## 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.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

2021-12-31

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

Não foram realizadas ações de formação destinadas aos utentes devido à pandemia.

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

(anexe evidência) \*

2. Formação utentes.zip

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

2021-12-31

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 2021, propõe-se:

- Implementação de medidas internas que garantam o cumprimento dos prazos de resposta aos pedidos de audição;
- Manutenção do reforço de formação sobre comunicação interpessoal e gestão de conflitos com obrigatoriedade de frequência a todos os profissionais em contacto direto com o público, sobretudo os grupos de profissionais mais abrangidos nas reclamações;
- Melhorar a qualidade da informação institucional disponibilizada, mediante a clarificação, afinação e uniformização de alguns procedimentos administrativos internos e reforço dos circuitos de comunicação e circulação de informação entre serviços, de modo a evitar incongruência na informação transmitida aos utentes;
- Investimento na vertente educativa dos serviços de saúde, com a divulgação/afixação visível de regras / normas / procedimentos, de modo a proporcionar conhecimento e assimilação progressiva pelos utentes;
- Monitorização da repetitividade de reclamações que abrangem 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

2021-12-31

## 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 respetivo carimbo. \*

Data de aprovação \*

2021-10-28

Adicionar documento: \*

CQS - Relatório Atividades 2020 e ...

Validação do Plano de  Sim  Não  Em avaliação

Atividades pela ARS \*

Data: \*

2021-12-06

Homologação do Plano de Atividades pelo Diretor-Geral da Saúde

Data de homologação \*

2021-12-14

Adicionar documento:

Centro Hospitalar do Médio Tejo.pdf

Ano

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

