

Entidade: *

Morada:

Código Postal -

N.º de camas:

ARS:

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

PLANO DE ATIVIDADES

Preenchimento do Plano de Atividades concluído? * Sim Não

Preenchimento do Relatório de Atividades concluído? Sim Não

Utilizador:

E-mail:

Utilizador2 email_utilizador_2

6. Plano / Relatório de Atividades

1. MELHORIA DA QUALIDADE CLÍNICA E ORGANIZACIONAL

Diagnóstico de Situação em 2015

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

Observações / Apoio

(DGS)

Identificar as normas analisadas; a tipologia das iniciativas desenvolvidas (ex: sessões clínicas, ação de formação, etc.); o n.º de profissionais envolvidos; datas.

(anexo evidência) *

Adicionar Proposta

- Discutir e analisar as seguintes normas emitidas pela DGS:
 - Norma nº 011/2013 de 30/07/2013 atualizada a 28/10/2014 Abordagem da Transfusão Maciça
 - Norma nº 003/2014 de 31/03/2014 atualizada a 06/11/2014 Rastreio Oportunistico do Cancro do Cólon e Reto
 - Norma nº 029/2013 de 31/12/2013 atualizada a 24/04/2015 Avaliação pré-anestésica para procedimentos eletivos
 - Norma nº 020/2013 de 06/12/2013 atualizada a 27/04/2015 Tratamento do cancro da orofaringe
 - Norma nº 021/2013 de 06/12/2013 atualizada a 15/06/2015 Tratamento do cancro da cavidade oral
 - Norma nº 019/2013 de 26/11/2013 atualizada a 16/06/2015 Abordagem Diagnóstica do Nódulo da Tireoide em Idade Pediátrica e no Adulto
 - Norma nº 018/2013 de 26/11/2013 atualizada a 08/05/2015 Tratamento do Carcinoma Medular da Tireoide
 - Norma nº 005/2013 de 19/03/2013 (versão validada pela Comissão Científica para as Boas Práticas Clínicas a 26/11/2013) atualizada a 21/01/2015 Avaliação do Risco Cardiovascular SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation)
 - Norma nº 014/2012 de 16/12/2012 atualizada a 18/12/2014 Anafilaxia: Abordagem Clínica
 - Norma nº 009/2012 de 16/12/2012 atualizada a 02/12/2015 Utilização Clínica de Plasma no Adulto

Atividade conjunta *Identifique a entidade * Prazo de Execução *

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

(anexo evidência) *

Adicionar Proposta

- Monitorização do plano de auditorias de 2015;
- Identificação em curso das auditorias para 2016;

Atividade conjunta *Identifique a entidade * Prazo de Execução *

Adicionar Proposta

(anexo evidência) *

Adicionar Proposta

- Dar continuidade às atividades de investigação clínica em diversas áreas clínicas (Ver EIXO ESTRATÉGICO – GESTÃO INTEGRADA DA DOENÇA E INOVAÇÃO, Objetivo 2, atividade 1.2 e 1.3)

Atividade conjunta *Identifique a entidade * Prazo de Execução *

2. REFORÇO DA SEGURANÇA DOS DOENTES

Diagnóstico de Situação em 2015

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 foram implementadas medidas de melhoria, uma vez que o IPO de Coimbra devido à taxa de adesão obtida não obteve o feedback do preenchimento dos questionários à "Avaliação da Cultura de Segurança".

Observações / Apoio

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

(anexo evidência) *

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

- Divulgação e incentivo aos colaboradores do IPO de Coimbra para o preenchimento dos questionários à "Avaliação da Cultura de Segurança", através:
 - da disponibilização de "ligação" na página da Intranet para o site de preenchimento do questionário;
 - dos Interlocutores do Risco Clínico nas reuniões internas dos serviços clínicos;
 - de circular informativa institucional com esta informação.

Atividade conjunta *Identifique a entidade * Prazo de Execução *

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

2.1.) segurança do doente

- Ações de Formação:**
- Política do Medicamento;
 - Monitorização e Desfibrilhação Cardíaca;
 - Saúde e Segurança - Técnicas de Mobilização de Doentes;
 - Gases Medicinais;
 - Qualidade de Vida e Ajustamento Emocional em Doentes c/ Cancro Ginecológico e da Mama;
 - Campanha de Implementação das Precauções Básicas de Controlo da Infecção (PBCI);
 - Noções Básicas em Distúrbio Temporomandibular;
 - Segurança do Doente - Identificação dos Medicamentos usados em Anestesia;
 - Risco de Contaminação - Uso correto de luvas;
 - Ação de formação sobre "Utilização do código de cores na identificação dos medicamentos utilizados em anestesia";



- Reuniões de trabalho:**
- Reuniões do Risco Clínico;
 - Reuniões da Comissão da Qualidade e Segurança do Doente;
 - Reuniões do Grupo de Tromboembolismo Venoso;
 - Ação de formação aos grupos de análise e interlocutores do risco clínico, com o objetivo de apresentar o novo software de participação de Ocorrências do Risco Clínico - HER+;

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

2.1.) segurança do profissional

Ver lista de formações em anexo

(anexo evidência) *

Prioridade II - 2_Doc 2016.pdf  

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

Ação de formação a realizar no âmbito da Comissão de Qualidade e Segurança do Doente:
 - Projeto de realização das "1as Jornadas sobre a Segurança do Doente Oncológico" para Maio de 2016;
 Ações de formação a todos os colaboradores, com o objetivo de apresentar e divulgar o novo software de participação de Ocorrências do Risco Clínico - HER+;

Atividade conjunta	Identifique a entidade *	Prazo de Execução *
Sim	Direção Clínica, Direção de Enfermagem e Comissão da Qualidade e Segurança do Doente	2016-06-01

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

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

Realização de auditorias sobre a Nota de Alta do IPO de Coimbra,

Atividade conjunta	Identifique a entidade *	Prazo de Execução *
Sim	Direção Clínica, Direção de Enfermagem	2016-12-30



Segurança Cirúrgica

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

1 (%)

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).

(anexo evidência) *

Prioridade II - 4_5_6_7_Doc 2016 - Segurança Cirúrgica.pdf  

Propostas de atividade para 2016



Adicionar Proposta

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

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

Local cirúrgico errado: *	0 (%)
Procedimento errado: *	0 (%)
Doente errado: *	0 (%)
Retenção de objetos estranhos no local cirúrgico: *	0 (%)
Morte intraoperatória em doentes ASA1: *	0 (%)

(anexo evidência) *

Prioridade II - Sem evidência.pdf  

Propostas de atividade para 2016



Adicionar Proposta

6) Quantas auditorias internas foram realizadas? *

1

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

(anexo evidência) *

Prioridade II - 4_5_6_7_Doc 2016 - Segurança Cirúrgica.pdf  

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

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.

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta



Segurança na utilização da medicação

8) Tem lista de medicamentos LASA atualizada e divulgada? *

- Sim (se sim, anexo 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.

(anexo evidência) *

Prioridade II - 8_Doc 2016 - Q+12 Julho 2015.pdf  

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

Revisão e atualização da lista de medicamentos LASA constantes no formulário de medicamentos do IPO de Coimbra

Atividade conjunta *Identifique a entidade *	Prazo de Execução *
Sim Farmácia Hospitalar, Gestão do Risco Clínico	2016-12-30



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

- Sim (se sim, anexe evidência)
 Não

Observações / Apoio

Anexar cópia da estratégia 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) *

Prioridade II - 9_Doc 2016 - Proc.pdf  

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

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

1

Observações / Apoio

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

(anexe evidência) *

Prioridade II - Estatística Risco Clínico - 2015.pdf  

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta



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) *

Prioridade II - 11_Doc 2016 - Lista de Medicamentos de Alerta Maximo 2015.pdf  

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

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.

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

Elaboração de procedimento institucional para os medicamentos de alerta máximo.

Atividade conjunta *Identifique a entidade *

Prazo de Execução *

Sim Direção Clínica, Direção de Enfermagem, Serviço de Farmácia Hospitalar e Gestão do Risco Clínico 2016-06-30

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

79

Observações / Apoio

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

(anexe evidência) *

Prioridade II - Estatística Risco Clínico - 2015.pdf  

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta



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

253

Observações / Apoio

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

(anexe evidência) *

Prioridade II - 14_Doc 2016.pdf  

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

Manutenção das auditorias a realizar no âmbito de práticas seguras do medicamento;

Atividade conjunta *Identifique a entidade *

Prazo de Execução *

Sim Direção de Enfermagem e Grupo de Enfermeiros Auditores Internos 2016-12-30



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

- Sim (se sim, anexe evidência)
 Não

Observações / Apoio

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

(anexe evidência) *

Prioridade II - 15_Doc 2016.pdf  

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta



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

Divulgação das boas práticas em matérias de reconciliação terapêutica e sua implementação na Nota de Alta.

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) *

Prioridade II - Sem evidência.pdf  

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

Revisão da newsletter Q+ sobre Reconciliação Terapêutica.

Atividade conjunta *Identifique a entidade *

Prazo de Execução *

Sim Gestão do Risco Clínico Farmácia Hospitalar 2016-12-30

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.

(anexo evidência) *

Prioridade II - 17_Doc 2016 - OS n° 03 de 2012.zip  

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

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

Observações / Apoio

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

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

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

Observações / Apoio

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

(anexo evidência) *

Prioridade II - 19_Doc 2016.pdf  

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

Manutenção das auditorias a realizar no âmbito da identificação inequívoca do doente.

Atividade conjunta *Identifique a entidade *



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

- * Alargamento da utilização do Sistema de Segurança Transfusional com uso de pulseira com código de barras impresso e incluso um chip RFID para amostra, requisição e unidade de componente sanguíneo.
- * Identificação dos doentes na base de dados do software utilizado no serviço de Radioterapia com fotografia;
- * Auditorias à Qualidade dos Cuidados de Enfermagem nomeadamente ao item pertinente sobre esta matéria: Pulseira de identificação.

Observações / Apoio

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

(anexo evidência) *

Prioridade II - 20_Doc 2016.pdf  

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

Alargamento do uso de pulseira de identificação a doentes submetidos a tratamentos de Quimioterapia em Hospital de Dia e tratamentos de Radioterapia, de acordo com a Orientação da Direção Geral da Saúde n.º 18/2011, de 23 de Maio de 2011, sobre o tema "Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde"



Atividade conjunta *Identifique a entidade *

Prevenir a ocorrência de quedas

21) Implementou atividades no âmbito da prevenção de quedas? *

- Sim
 Não

(anexo evidência) *

Prioridade II - 21_Doc 2016.pdf  

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

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

Observações / Apoio

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

(anexo evidência) *

Prioridade II - Estatística Risco Clínico - 2015.pdf  

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

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).

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta



Incluir na revisão de 2016 do Manual de Auditoria à Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, critérios no âmbito da prevenção de quedas, de forma a poderem ser incluídos nas respetivas auditorias de qualidade aos cuidados.

Atividade conjunta *Identifique a entidade *

Prevenir a ocorrência de úlceras por pressão

24) Implementou atividades no âmbito da prevenção de úlceras de pressão? * (anexo evidência) *

- Sim (se sim, anexo evidência)
 Não

Prioridade II - 24_Doc 2016.pdf  

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

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.

Propostas de atividade para 2016



Adicionar Proposta

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).

(anexo evidência) *

Prioridade II - 26_Doc 2016.pdf  

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

Manutenção das auditorias a realizar no âmbito da prevenção de úlceras de pressão.



Atividade conjunta *Identifique a entidade *

Notificação, análise e prevenção e incidentes

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

- Sim (se sim, anexe evidência)
 Não

(anexe evidência) *

Prioridade II - 27_Doc 2016.pdf  **Propostas de atividade para 2016**

Adicionar Proposta



Observações / Apoio

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

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

Medidas descritas nos restantes critérios.
De referir , a alteração do pavimento de acesso ao edifício de Oncologia Médica e Laboratórios de forma a evitar quedas.

(anexe evidência) *

Prioridade II - Sem evidência.pdf  **Propostas de atividade para 2016**

Adicionar Proposta

Observações / Apoio

Anexar documento comprovativo da implementação de medidas.

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

- Sim (se sim, anexe evidência)
 Não

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

Observações / Apoio

Anexar relatório de auditoria interna.

Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos

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

- Sim
 Não

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

Observações / Apoio



anexar relatório extraído da plataforma de cada programa com dados da própria instituição.

Manutenção da monitorização das infeções associadas aos cuidados de saúde de acordo com os programas de incidência de infeção (HAI-SSI; INCS);
 Reforço dos recursos humanos do GCL-PPCIRA;
 Atividade conjunta *Prazo de Execução *
 Não 2016-12-30

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

- Sim (anexe evidência)
 Não

(anexe evidência) *

Prioridade II - 31_Doc 2016.pdf  **Propostas de atividade para 2016**

Adicionar Proposta



Observações / Apoio

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

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

- Sim (anexe evidência)
 Não

(anexe evidência) *

Prioridade II - 32_Doc 2016 - Antimicrobianos.pdf  **Propostas de atividade para 2016**

Adicionar Proposta

Observações / Apoio

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

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

- Sim (se sim, anexe evidência)
 Não

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta



Observações / Apoio

Entende-se por "ter um programa", o facto do mesmo estar estruturado e implementado.

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

- Sim Não

(anexe evidência) *

Prioridade II - 34_Doc 2016.pdf  **Propostas de atividade para 2016**

Adicionar Proposta



Observações / Apoio

Anexar checklist de atividades da CPBCI.

35) Verificou-se, na instituição, diminuição no consumo de carbapenemes de 2014 para 2015? *

- Sim
 Não

(anexe evidência) *

Prioridade II - 35_Doc 2016 - Carbapenemos 2015.pdf  **Propostas de atividade para 2016**

Adicionar Proposta



Observações / Apoio

Anexar dados de consumo de carbapenemes em qualquer métrica escolhida (DDD, DHD, nº embalagens, despesa).

37) A taxa MRSA/Staphylococcus aureus, considerando todas as amostras, diminuiu de 2014 para 2015, na instituição? *

- Sim
 Não

(anexe evidência) *

Prioridade II - 37_38_39_Doc 2016.pdf  **Observações / Apoio**Quando se diz "considerando todas as amostras" implica todos os isolamentos, ie, sem exclusão de repetições no mesmo doente.
Deverão ser incluídas colonizações e infeções e excluídas contaminações.
Anexar o nº de amostras com isolamento de MRSA e o nº de amostras com isolamento de Staphylococcus aureus.

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

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

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

Observações / Apoio

Anexar o nº doentes com colonização/infeção por microrganismo alerta/problema no período em análise e o nº de doentes admitidos no período em análise.
Os dados dos doentes que adquiriram colonização ou infeção por microrganismos alerta e problema são fornecidos pelos Laboratórios de Microbiologia.

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

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

(%)

Observações / Apoio

Anexar, por exemplo, quadro-resumo, etc.

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

3. MONITORIZAÇÃO PERMANENTE QUALIDADE E SEGURANÇA

Diagnóstico de Situação em 2015



Prioridade III: Monitorização permanente da qualidade e segurança

1) A instituição avaliou a satisfação do utente? *
 Sim Não

Observações / Apoio

Identificar instrumento de avaliação da satisfação e apresentar principais resultados.

(anexo evidência) *

Prioridade III - 1_Doc 2016.pdf  

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

Continuação da avaliação da satisfação do utente

Atividade conjunta *Identifique a entidade *

Prazo de Execução *

Sim Gabinete da Qualidade e Comunicação, Grupo Coordenador da Informação, Serviços Clínicos 2016-12-30

4. RECONHECIMENTO DA QUALIDADE DAS UNIDADES SAÚDE

Diagnóstico de Situação em 2015

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).

(anexo evidência) *

Prioridade IV - 1_Doc 2016 - Certificados OECl e CHKS.pdf  

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

Realização de auditorias pela OECl (Maio/Junho de 2016) e pelo CHKS (Novembro de 2016).

Atividade conjunta *Identifique a entidade *

Prazo de Execução *

Sim Todos os serviços do IPO de Coimbra 2016-12-30



2) A instituição está certificada? *

Sim, anexo 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).

(anexo evidência) *

Prioridade IV - 2_Doc 2016 - Certificação Imuno.pdf  

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

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

Diagnóstico de Situação em 2015

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? *

- Sensibilização dos doentes e acompanhantes para a prevenção da infeção associada aos cuidados de saúde;
- Elaboração de cartaz sobre manuseamento de cadeiras de rodas destinado aos doentes e acompanhantes;
- Concretização de protocolo com a Escola Avelar Brotero - Ação de formação sobre HPV;
- Revisão e atualização de diversos folhetos informativos para o doente/utente (2 exemplos em anexo);

Observações / Apoio

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

(anexo evidência) *

Prioridade V - 1_Doc 2016.pdf  

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta



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

• Ação de sensibilização e rastreio da diabetes dirigida à comunidade hospitalar: Fórum "IPO Coimbra & Diabetes"

Observações / Apoio

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

(anexo evidência) *

Prioridade V - 2_Doc 2016.pdf  

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta



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

- Está em implementação a resolução tendo em vista a remodelação das instalações sanitárias dos internamentos dos serviços cirúrgicos;
- Em 2015, o IPO iniciou consulta ao mercado para a aquisição de um novo sistema de Gestão de Atendimentos, resolução baseada no feedback dos utentes;
- Substituição de alguns carros para o transporte das refeições dos doentes entre o serviço de alimentação e dietética e os serviços de internamento, garantindo o aumento da qualidade das dietas fornecidas aos doentes.

Observações / Apoio

Identificar as principais causas de reclamações e quais as principais medidas implementadas.

(anexe evidência) *



Prioridade V - Sem evidência.pdf  **Propostas de atividade para 2016**

Adicionar Proposta

Inserir Atividade

6. 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 * 2016-01-15

Adicionar documento: * CQSD - RA2015 e PA2016 - ASSINADO.pdf   Homologação do Plano de Atividades pelo Diretor-Geral da Saúde

Data de homologação * 2016-03-30

Adicionar documento: Seleccione...Ano * Aprovação do Relatório de Atividades pelo Conselho de Administração/Presidente do ACES Plano anos anteriores