

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.

(anexe evidência) \*

Adicionar Proposta

Discutir pelo menos uma norma por mês, em cada Serviço

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

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

Adicionar Proposta

Auditar 2 normas por ano e por Serviço

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

4.1) Número total de pessoas com diabetes com, pelo menos, um registo de exame ao pé no período = \*

**Nota para cálculo dos denominadores**

(1) Excluir do total do denominador as pessoas que já estão em tratamento por lesão do pé no Centro de Saúde e/ou Hospital, ou sejam portadoras de amputação do pé (bilateral).

Adicionar Proposta

Uma vez que a implementação do Plano Assistencial Integrado da Diabetes se situa, no final do ano de 2015, em 75%, propõe-se a implementação a pelo menos 95% para o ano de 2016. Implementar a consulta integrada da diabetes em todos os Centros de Saúde.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Adicionar Proposta

Iniciar a implementação da TNF assim que a DGS disponibilizar o suporte informático para o efeito.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

(anexe evidência) \*

Adicionar Proposta

Abrir e organizar o Serviço de Investigação, Epidemiologia Clínica e Saúde Pública. Incentivar os colaboradores a executar projectos de investigação

PS - A recolha sobre a investigação realizada em cada ano é recolhida até Maio do ano seguinte para responder ao IPCTN que disponibiliza a plataforma por essa altura. Assim, foram anexados os trabalhos realizados até 31 de Dezembro de 2014.

Atividade conjunta \*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? \*

A análise dos resultados foi efectuada pela DGS. No que respeita aos resultados obtidos no hospital, não nos foram comunicadas quaisquer resultados ou sugestões a aplicar, dado o baixo nível de participação. Relativamente aos dados dos cuidados de saúde primários vão respeitar-se as orientações emanadas pelo Departamento de Qualidade e Segurança da DGS.

**Observações / Apoio**

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

(anexe evidência) \*

**Propostas de atividade para 2016**

Adicionar Proposta

Promover a participação dos colaboradores do hospital no inquérito sobre a avaliação da cultura de segurança, de forma a conseguir pelo menos 25% de participação. Implementar as sugestões da DGS sobre cultura de segurança.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

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

2.1.) segurança do doente

Formação profissional sobre qualidade e segurança do doente - Sinase  
Workshop sobre úlceras por pressão - Soc. Portuguesa de Feridas  
Acção de formação em úlceras por pressão

**Observações / Apoio**  
Identificar: Tema(s) da formação; Datas; Entidade(s) formadora(s); N.º de profissionais envolvidos / categoria, etc.

2.1.) segurança do profissional

Segurança e higiene no trabalho  
Combate a incêndios  
Meios de protecção individual

(anexe evidência) \*

formação.pdf  

**Propostas de atividade para 2016**

Adicionar Proposta

Manter a formação sobre a qualidade e segurança do doente, entre outros temas pedidos pelos Serviços e tendo também em conta a oferta da Sinase.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2016-12-31

**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

**Propostas de atividade para 2016**

Adicionar Proposta

Fazer uma auditoria por Serviço de internamento, a doentes transferidos de Serviço ou nas passagens de turno de médicos e enfermeiros.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2016-12-31



**Segurança Cirúrgica**

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

16.3 (%)

**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) \*

CIRURGIA SEGURA.pdf  

**Propostas de atividade para 2016**

Adicionar Proposta

Reduzir pelo menos em 50% o número de não conformidades  
Fazer formação na área da cirurgia segura

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2016-12-31

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

Local cirúrgico errado: \*  (%)

Procedimento errado: \*  (%)



Doente errado: \*  (%)

Retenção de objetos estranhos no local cirúrgico: \*  (%)

Morte intraoperatória em doentes ASA1: \*  (%)

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

(anexe evidência) \*

eventos inadmissíveis.pdf  

**Propostas de atividade para 2016**

Adicionar Proposta

Reforçar as boas práticas, pelo cumprimento da norma 2/2013, no sentido de prevenir qualquer evento inadmissível. Analisar sistematicamente, de forma crítica qualquer evento inadmissível no âmbito cirúrgico, num debriefing com toda a equipa envolvida. Propor correcções imediatas e acções que minimizem as consequências do evento.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*



Não 2016-12-31

6) Quantas auditorias internas foram realizadas? \*

2

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

(anexe evidência) \*

n.º de auditorias.pdf  

**Propostas de atividade para 2016**

Adicionar Proposta

Fazer pelo menos duas auditorias que contemplem a amostra MENSAL recomendada pela DGS, dos 12 meses do ano.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2016-12-31

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.

**Propostas de atividade para 2016**

Adicionar Proposta

Prevenir os incidentes cirúrgicos de forma a que o número de notificações não ultrapasse os 5% do total das cirurgias realizadas.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2016-12-31



**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) \*

LISTA LASA.pdf  

**Propostas de atividade para 2016**

Adicionar Proposta

Manter actualizada e divulgada a lista de medicamentos LASA  
Divulgada na intranet

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2016-12-31

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) \*

servicos lasa.pdf  **Propostas de atividade para 2016**

Adicionar Proposta

Manter actualizada a lista e a estratégia de implementação dos medicamentos lasa, com divulgação na intranet.  
Auditar a estratégia de implementação e o armazenamento dos medicamentos em causa.  
Implementar a estratégia nos centros de saúde

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2016-12-31

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.

**Propostas de atividade para 2016**

Adicionar Proposta

Fazer formação, em cada Serviço, sobre a utilização dos medicamentos LASA de forma a prevenir incidentes com esses medicamentos

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2016-12-31

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.

**Propostas de atividade para 2016**

Adicionar Proposta

Foi elaborado o procedimento para identificação e utilização de medicamentos de Alerta Máximo que começou já a ser divulgado com fim á implementação.  
Far-se-á a lista de medicamentos de alerta máximo.  
Os Serviços serão auditados na área destes medicamentos

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2016-12-31

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.

**Propostas de atividade para 2016**

Adicionar Proposta

Implementar estratégia institucional para os medicamentos de alerta máximo  
Auditar a implementação da estratégia

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2016-12-31

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.

**Propostas de atividade para 2016**

Adicionar Proposta

Manter o mais próximo possível do zero as notificações de incidentes com medicamentos de alerta máximo. Para o efeito, deve fazer-se formação sobre os medicamentos e a estratégia institucional, de forma a prevenir os incidentes.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2016-12-31



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

1

**Observações / Apoio**

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

(anexe evidência) \*

HEMO\_TOTAL.pdf  **Propostas de atividade para 2016**

Adicionar Proposta

Fazer 1 auditoria por Serviço aos medicamentos LASA, aos medicamentos de alerta máximo e auditar, de novo, os hemoderivados.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*



Não 2016-12-31

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) \*

boas prat medicamentos.pdf  **Propostas de atividade para 2016**

Adicionar Proposta

Elaborar procedimentos de boas práticas na utilização dos medicamentos, sempre que se justifique e cumprir as normas da DGS sobre o assunto.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2016-12-31



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

Foi iniciado um projecto de reconciliação terapêutica em ortopedia.

**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.

(anexo evidência) \*

Dados da Reconciliação Farmacoterapêutica Ortopedia 2014.docx  

**Propostas de atividade para 2016**

Adicionar Proposta

Implementar a mais Serviços as normas que alguns já cumprem:  
Implementação de acções no âmbito da reconciliação da medicação na admissão no serviço de Ortopedia  
Implementação e apresentação do Projecto de Revisão da medicação no Idoso numa Unidade de Cuidados de Saúde Primários.  
Aplicação de Critérios Stop / Start em idosos numa consulta de hipocoagulação.

Auditar a prática da reconciliação terapêutica num centro de saúde (aleatório) e em pelo menos 3 Serviços Hospitalares (aleatório)

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2016-12-31

**Identificação inequívoca dos doentes**

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



Sim (se sim, anexo evidência)

Não

**Observações / Apoio**

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

(anexo evidência) \*

IDENTIFICAÇÃO 1.pdf  

**Propostas de atividade para 2016**

Adicionar Proposta

Manter e, se possível, melhorar, a implementação da identificação inequívoca do doente

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2016-12-31

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

0

**Observações / Apoio**

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

**Propostas de atividade para 2016**

Adicionar Proposta

Manter o número de incidentes relacionados com a identificação do doente o mais próximo possível do zero

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2016-12-31

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

0

**Observações / Apoio**

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

**Propostas de atividade para 2016**

Adicionar Proposta

Auditar, em todos os Serviços, a implementação da identificação inequívoca do doente

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2016-12-31



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

Não foram realizadas acções de verificação entre a identificação do doente e o procedimento a realizar.

**Observações / Apoio**

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

(anexo evidência) \*

evidencia não realização.pdf  

**Propostas de atividade para 2016**

Adicionar Proposta

Pelo menos em 50% dos Serviços com internamento devem ser realizadas práticas seguras que permitam a verificação entre a identificação do doente e o procedimento a realizar.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2016-12-31



**Prevenir a ocorrência de quedas**

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

Sim

Não

(anexo evidência) \*

QUEDAS.pdf  

**Propostas de atividade para 2016**

Adicionar Proposta

Rever o plano de prevenção das quedas  
Melhorar a implementação das actividades propostas no âmbito da prevenção de quedas.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2016-12-31

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

0

**Observações / Apoio**

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

**Propostas de atividade para 2016**

Adicionar Proposta

Manter o número de incidentes relacionados com queda do doente o mais próximo possível do zero

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2016-12-31

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

0

**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

Realizar uma auditoria em pelo menos 50% dos Serviços e num dos Centros de Saúde, sobre a prevenção das quedas.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*



|     |            |
|-----|------------|
| Não | 2016-12-31 |
|-----|------------|

**Prevenir a ocorrência de úlceras por pressão**

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

 Sim (se sim, anexe evidência)

 Não

 feridas.pdf  
**Propostas de atividade para 2016**

Adicionar Proposta

 Implementar em todos os Serviços hospitalares as atividades propostas para a prevenção das úlceras de pressão  
 Auditar pelo menos 50% dos Serviços onde foram implementadas as práticas preventivas de úlcera por pressão

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

|     |            |
|-----|------------|
| Não | 2016-12-31 |
|-----|------------|

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

0

**Observações / Apoio**

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

**Propostas de atividade para 2016**

Adicionar Proposta

Manter o número de incidentes relacionados com úlceras por pressão nos doentes o mais próximo possível do zero

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

|     |            |
|-----|------------|
| Não | 2016-12-31 |
|-----|------------|

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

0

**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

Fazer pelo menos uma auditoria por Serviço de internamento sobre as práticas preventivas da úlcera por pressão.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

|     |            |
|-----|------------|
| Não | 2016-12-31 |
|-----|------------|

**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.

**Propostas de atividade para 2016**

Adicionar Proposta

Manter o sistema NOTIFIQ@

Fazer mais formação aos colaboradores sobre o NOTIFIQ@

Manter a divulgação através da intranet

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

|     |            |
|-----|------------|
| Não | 2016-12-31 |
|-----|------------|

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

Considerando os incidentes notificados, apenas um tinha a ver com a segurança do doente. Foi escrito um procedimento operativo e implementadas as medidas para a sua resolução.

**Observações / Apoio**

Anexar documento comprovativo da implementação de medidas.

(anexe evidência) \*

PO\_Farmacia.doc  **Propostas de atividade para 2016**

Adicionar Proposta

Manter um mês como prazo de resolução de qualquer notificação sobre incidentes e eventos adversos

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

|     |            |
|-----|------------|
| Não | 2016-12-31 |
|-----|------------|

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

 Sim (se sim, anexe evidência)

 Não
**Observações / Apoio**

Anexar relatório de auditoria interna.

**Propostas de atividade para 2016**

Adicionar Proposta

Realizar duas auditorias

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

|     |            |
|-----|------------|
| Não | 2016-12-31 |
|-----|------------|

**Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos**

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

 Sim

 Não
**Observações / Apoio**

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

**Propostas de atividade para 2016**

Adicionar Proposta

 Manter a monitorização das infeções associadas aos cuidados de saúde.  
 Inscrever os restantes programas  
 Propor procedimentos para melhorar a situação e diminuir o número de infeções associadas aos cuidados de saúde.

(NÃO HÁ LUGAR PARA INSERIR O RELATÓRIO)

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

|     |            |
|-----|------------|
| Não | 2016-12-31 |
|-----|------------|

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

 Sim (anexe evidência)

 Não
**Observações / Apoio**

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

(anexe evidência) \*

emails PPCIRA.pdf  

**Propostas de atividade para 2016**

Adicionar Proposta

Continuar a monitorização sistemática e respectiva notificação  
Fazer pelo menos uma auditoria a este item do plano de actividades

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2016-12-31



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

- Sim (anexe evidência)  
 Não

**Observações / Apoio**

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

(anexe evidência) \*

Consumos Antibióticos 2010\_2011\_2012\_2013\_2014\_2015.xls  

**Propostas de atividade para 2016**

Adicionar Proposta

Envio mensal do mapa de consumos de antimicrobianos com análise crítica de consumos, aos directores de serviço.  
Monitorização do registo dos tratamentos com carbapenems e outros antimicrobianos.  
Elaborar protocolos de utilização de antimicrobianos, em parceria com GCL-PPCIRA e CFT, com base nas normas da DGS em particular para os grupos de maior consumo e de reserva e monitorização dos mesmos. (iniciar em Janeiro de 2016).

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2016-12-31

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

- Sim (se sim, anexe evidência)  
 Não

**Observações / Apoio**

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

**Propostas de atividade para 2016**

Adicionar Proposta

Fazem parte dos objectivos da unidade Orgânica (2015/2016) o controlo da prescrição e consumo de carbapenems e outros antimicrobianos de reserva, com registo dos mesmos.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2016-12-31

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

- Sim  Não

**Observações / Apoio**

Anexar checklist de actividades da CPBICI.

(anexe evidência) \*

checklistPPCIRA.pdf  

**Propostas de atividade para 2016**

Adicionar Proposta



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

- Sim  
 Não

**Observações / Apoio**

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

(anexe evidência) \*

Cópia de Carbapenems-2014\_2015.xlsx  

**Propostas de atividade para 2016**

Adicionar Proposta

Envio mensal do mapa de consumos de antimicrobianos com análise crítica de consumos, aos directores de serviço.  
Monitorização do registo dos tratamentos com carbapenems e outros antimicrobianos.  
Elaborar protocolos de utilização de antimicrobianos, em parceria com GCL-PPCIRA e CFT, com base nas normas da DGS em particular para os grupos de maior consumo e de reserva e monitorização dos mesmos. (iniciar em Janeiro de 2016).

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2016-12-31



36) Verificou-se, na instituição, diminuição do consumo de quinolonas de 2014 para 2015? \*

- Sim  
 Não

**Observações / Apoio**

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

(anexe evidência) \*

Cópia de Quinolonas-2014\_2015.xlsx  

**Propostas de atividade para 2016**

Adicionar Proposta

Envio mensal do mapa de consumos de antimicrobianos com análise crítica de consumos, aos directores de serviço.  
Monitorização do registo dos tratamentos com quinolonas e outros antimicrobianos.  
Elaborar protocolos de utilização de antimicrobianos, em parceria com GCL-PPCIRA e CFT, com base nas normas da DGS em particular para os grupos de maior consumo e de reserva e monitorização dos mesmos. (iniciar em Janeiro de 2016).

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2016-12-31

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

- Sim  
 Não

**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.

(anexe evidência) \*

Digitalizado de um Dispositivo Multifuncional da Xerox.pdf  

**Propostas de atividade para 2016**

Adicionar Proposta

Vigilância contínua e sistemática  
Formação aos colaboradores  
Ensino aos doentes

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2016-12-31

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? \*

2,0000

38) Qual % de doentes que adquiriu colonização ou infeção por microrganismo problema ou alerta conforme definição da Norma n.º 004/2013,

2

de 21/02/2013  
atualizada a 05/08/2013? \*

**Observações / Apoio**

Anexar o nº de 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.

(anexe evidência) \*

Digitalizado de um Dispositivo Multifuncional da Xerox.pdf  

**Propostas de atividade para 2016**

Adicionar Proposta

Diminuir o número de doentes que adquiram colonização ou infeção pelos microrganismos em causa.  
Auditar as boas práticas sobre prevenção das infeções ligadas a cuidados de saúde.

NOTA: segundo os dados fornecidos pelo GCL-PPCIRA, a percentagem solicitada nesta pergunta é de 1,6%; o sistema não aceita números decimais, daí ter apresentado o arredondamento por excesso.  
N.º de problemas = 132; N.º de doentes = 8136; (132 / 8136) x 100 = 1,6%

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não  2016-12-31

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

(%)

**Observações / Apoio**

Anexar, por exemplo, quadro-resumo, etc.

**Propostas de atividade para 2016**

Adicionar Proposta

Manter o número de incidentes relacionados com infeções associadas a cuidados de saúde o mais próximo possível do zero

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não  2016-12-31

**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.

(anexe evidência) \*

SATISFAÇÃO 2015.pdf  

**Propostas de atividade para 2016**

Adicionar Proposta

Manter pelo menos 95% de satisfação positiva o nível médio de satisfação dos utentes do hospital  
Determinar o grau de satisfação dos utentes dos centros de saúde

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não  2016-12-31

**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).

**Propostas de atividade para 2016**

Adicionar Proposta

Acreditar os Serviços de Pediatria, Nefrologia, Gastroenterologia e cuidados intensivos, pela norma ACSA

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não  2016-12-31



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) \*

Certificado de conformidade patologia.pdf  

**Propostas de atividade para 2016**

Adicionar Proposta

Manter a certificação do Serviço de Patologia Clínica pela Norma ISO

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não  2016-12-31

**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? \*

Informação verbal a todo o tempo, seja no internamento, como noutro serviço do hospital de dia. Distribuição de desdobráveis. Afixação de cartazes.

**Observações / Apoio**

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

(anexe evidência) \*

COMBINADO.pdf  

**Propostas de atividade para 2016**

Adicionar Proposta

Manter ou melhorar o nível de divulgação das normas a respeitar no sentido de prevenir quaisquer acidentes ou eventos adversos. Elaborar mais informação escrita destinada à promoção da segurança dos utentes.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não  2016-12-31

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

Não foram realizadas ações de formação para os utentes.

**Observações / Apoio**

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

(anexe evidência) \*

ensino.pdf  

**Propostas de atividade para 2016**

Adicionar Proposta

Realizar uma sessão de formação para os utentes.  
Fazer ensino caso a caso

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2016-12-31



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

De todas as notificações foi dado conhecimento ao Conselho de Administração, com as respectivas propostas de melhoria. Houve sempre disponibilidade do CA para resolver os problemas. Dos reparos que os utentes escrevem nos inquéritos de satisfação, é também dado conhecimento ao CA e ao Gabinete do Cidadão. Das reclamações é dado conhecimento ao CA. Em ambas as situações, qualquer que seja o problema, há sempre disponibilidade para a sua resolução. Anexo um exemplo.

**Observações / Apoio**

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

(anexo evidência) \*

NOT RESOL.pdf  

**Propostas de atividade para 2016**

Adicionar Proposta

Analisar sempre cada reclamação, notificação ou sugestão dos utentes e tentar, com apoio e autorização superior, resolver da melhor forma, a contento de todas as partes.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*



Não 2016-12-31

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 \* 2016-01-18

Adicionar documento: \* Aprovação.pdf  

Homologação do Plano de Atividades pelo Diretor-Geral da Saúde

Data de homologação \* 2016-03-30

Adicionar documento:  Selecione...

Ano \*

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

Plano anos anteriores