

Entidade: *	Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano
ARS	ALENTEJO
Tipologia	ULS
Utilizador:	Presidente do Conselho de Administração
E-mail:	paulo.espiga@ulsia.min-saude.pt

**O preenchimento do formulário e respetiva gravação podem ser feitos por etapas, devendo selecionar os itens que deseja preencher.**

**A informação de cada separador, só ficará disponível após seleção dos itens.**

1. Melhoria da Qualidade Clínica e Organizacional  
 2. Reforço da Segurança dos Doentes  
 3. Monitorização permanente da qualidade e segurança  
 4. Reconhecimento da qualidade das unidades de saúde  
 5. Informação transparente ao cidadão e aumento da sua capacitação  
 6. Plano / Relatório de Atividades

**1. MELHORIA DA QUALIDADE CLÍNICA E ORGANIZACIONAL**

**Diagnóstico de Situação em 2015**

**Prioridade I: Melhoria da qualidade clínica e organizacional**

**Relatório de Atividades (1 de novembro de 2014 a 31 de novembro de 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 nº de profissionais envolvidos; datas.

**Propostas de atividade para 2016**  
 Adicionar Proposta

Efetuar diagnóstico de situação, sobre a análise e divulgação de normas da DGS nas unidades/serviços  
 Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*  
 Não

Analisar as normas: definir quais as aplicáveis na ULS, os profissionais a quem se dirigem e divulgar, após validação pela Direção Clínica  
 Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*  
 Não

Elaborar Norma para a ULSLA, para a divulgação de Normas DGS/ULSLA  
 Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*  
 Não

Criação do Portal na INTRANET para a divulgação de Normas DGS/ULSLA  
 Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*  
 Não

Identificar necessidades de formação e enviar ao Centro de Formação multiprofissional o seu contributo para realização do diagnóstico de necessidades de formação, tendo em vista a elaboração do plano institucional  
 Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*  
 Não

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

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

(anexe evidência) \*

**Propostas de atividade para 2016**  
 Adicionar Proposta

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

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

(anexe evidência) \*

**Propostas de atividade para 2016**  
 Adicionar Proposta

4) Processo Assistencial Integrado

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

**Observações / Apoio**  
 Indicar os valores no espaço a seguir ao símbolo "=" em cada numerador e denominador  
 Exemplo: Número total de pessoas com diabetes com, pelo menos, 2 consultas registadas "com presença" no ano de 2014 = 1268  
 Número total de pessoas com diabetes inscritas a 31-12-2014 =1580

Número total de pessoas com diabetes em vigilância (1) a 30-11-2015 = \*

**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).

4.2) Número total de pessoas com diabetes com relatório do rastreio/consulta oftalmológico(a) no período = \*

**Nota para cálculo dos denominadores**  
 (2) Excluir do total do denominador as pessoas que já estão em tratamento por lesão da retina em consulta hospitalar de oftalmologia (ou equivalente) ou sejam portadoras de cegueira.

Número total de pessoas com diabetes em vigilância (2) a 30-11-2015 = \*

4.3) Processo Assistencial Integrado do Risco Vascular no Adulto está implementado no ACES? \*  Sim  
 Não (indique os motivos)

**Propostas de atividade para 2016**  
 Adicionar Proposta

- Promover momentos de discussão das práticas clínicas, no âmbito da gestão integrada da doença crónica:  
a) Diabetes Mellitus;  
b) Hipocoagulação oral/fratura do colo do fémur.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*  
Não 2016-11-30

- Monitorizar o grau de implementação das normas do ponto anterior, através da criação e aplicação de um instrumento de auditoria interna (por amostragem)

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*  
Não 2016-12-31

## 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

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

0

#### Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

6) 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.

#### Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

7) A instituição desenvolveu e/ou participa em atividades de investigação clínica? \*  Sim  Não

#### Observações / Apoio

Anexar lista de estudos em curso.

#### Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

## 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 houve medidas implementadas

#### Observações / Apoio

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

(anexe evidência) \*

Não houve medidas aplicadas.docx

#### Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

- Dinamização e implementação do calendário da DGS para aplicação do questionário anónimo: "Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários".

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*  
Não 2016-07-31

- Análise e divulgação dos resultados.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*  
Não 2016-09-30

- Levantamento de todos os documentos normativos internos e estratificação por categorias profissionais de destinatários e divulgação pelos mesmos.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*  
Não 2016-05-31

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

2.1.) segurança do doente

Não houve medidas implementadas

#### Observações / Apoio

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

2.1.) segurança do profissional

Não houve medidas implementadas

(anexe evidência) \*

Não houve medidas aplicadas.docx

#### Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

- Identificação e proposta de nomeação do gestor NOTIFIC@, com vista à realização de reuniões trimestrais para identificação de áreas críticas a intervir

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*  
Não 2016-04-30

- Apresentar, divulgar e implementar o registo de notificações/monitorização do NOTIFIC@

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*  
Não 2016-06-30

#### 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

- Criação de um grupo de trabalho para transferência de informação nas transições de cuidados

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2016-12-31

- Estruturação de um modelo de informação que suporte a transferência de informação na transição de cuidados de saúde, incluindo conteúdos mínimos, meios/suportes e fluxos. Este grupo será constituído por representantes das Direções Clínica e de Enfermagem, dos grupos profissionais que registam informação clínica, e de representantes de todos os níveis de cuidados, incluindo cuidados na comunidade. Os elementos constituintes do grupo, serão embaixadores da divulgação da PDS e de outros meios que sejam considerados de igual relevância, e responsáveis pelas auditorias.

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? \*




NA (%)

**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).

(anexo evidência) \*

Não houve medidas aplicadas.docx  **Propostas de atividade para 2016** Adicionar Proposta

- Promover a formalização e divulgação do grupo de trabalho, assim como das normas relativas ao programa "Cirurgia Segura Salva Vidas" da OMS, através do Portal da Qualidade e Segurança

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2016-05-31




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

**Observações / Apoio**

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

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

(anexo evidência) \*


Não houve medidas aplicadas.docx  **Propostas de atividade para 2016** Adicionar Proposta

6) Quantas auditorias internas foram realizadas? \*

0

**Observações / Apoio**

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

**Propostas de atividade para 2016** Adicionar Proposta

- Criar e capacitar uma equipa de auditoria para implementação do instrumento de auditoria integrado no programa "Cirurgia Segura Salva Vidas", cumprindo os objetivos estabelecidos pela OMS, nomeadamente dimensão da amostra, taxa de verificação dos indicadores de processo e de resultado constantes do programa e obrigações de reporte

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

- Implementar o registo de notificações/monitorização do NOTIFIC@

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2016-06-30




**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) \*

Anexo 9.pdf  **Propostas de atividade para 2016** Adicionar Proposta

- Visita aos serviços farmacêuticos para informação ao diretor de Serviço sobre o trabalho a realizar e solicitação da listagem de medicamentos LASA da ULSLA

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2016-04-30

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

 Sim (se sim, anexo 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

- Diagnóstico de situação – visita exploratória a todos os serviços/Unidades Funcionais para aplicação de questionários aos Enfermeiros Chefes e elaboração do respetivo relatório

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2016-05-31

- Propor ao CA a nomeação do grupo de trabalho para elaboração de norma de procedimentos e normalização dos carros de emergência na ULSLA

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2016-05-31

- Elaborar, com os Serviços Farmacêuticos, e propor para homologação do CA, norma de acondicionamento de medicamentos LASA

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2016-05-31

Elaborar, com os Serviços Farmacêuticos, e propor para homologação do CA, norma de acondicionamento de medicamentos psicotrópicos, estupefacientes, quimioterápicos, biológicos, entre outros, incluindo capítulos específicos para os Cuidados de Saúde Primários, Hospitalares e Farmácia de Ambulatório

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2016-07-31

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

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

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

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

14) Quantas auditorias internas foram realizadas no âmbito de práticas seguras do medicamento, 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 ação de sensibilização aos responsáveis de serviço, sobre os riscos associados à utilização do medicamento e a importância da notificação de reações adversas ou outros incidentes críticos/intercorrências no seu uso

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).

**Propostas de atividade para 2016**

 Adicionar Proposta



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

Não aplicável

**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) \*

Não houve medidas aplicadas.docx  

**Propostas de atividade para 2016**

 Adicionar Proposta

**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) \*

Anexo 10.pdf  

**Propostas de atividade para 2016**

 Adicionar Proposta

Promover a implementação durante o ano 2016, da pulseira de identificação inequívoca do doente nos Serviços de Urgência Básica da ULSLA - SUB's de Alcácer do Sal e Odemira

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


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

Propor ao CA a nomeação de grupo de trabalho, com elementos representativos dos serviços envolvidos, para elaborar procedimento transversal que garanta o cumprimento das regras de identificação inequívoca do doente, em todos os serviços da ULSLA

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2016-09-30

Criação de instrumento de auditoria que suporte a avaliação da implementação da norma supra referenciada.

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 aplicável

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

(anexo evidência) \*

Não houve medidas aplicadas.docx  

**Propostas de atividade para 2016**



 Adicionar Proposta

**Prevenir a ocorrência de quedas**


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

Sim  
 Não

(anexo evidência) \*

Anexo7.pdf  

**Propostas de atividade para 2016**

 Adicionar Proposta

Propor uma abordagem integrada da temática da ocorrência de quedas na ULSLA, consolidando o trabalho do Grupo de Prevenção de Risco de Quedas e do Projeto Prevenir para não cair, integrando um capítulo dirigido ao cenário hospitalar e outro à comunidade, tendo em vista a formalização de uma norma transversal homologada pelo CA.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*



Não 2016-06-30

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


205

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

(anexo evidência) \*

Anexos 14.zip  

**Propostas de atividade para 2016**



 Adicionar Proposta

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


2

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

(anexo evidência) \*

Anexo 15.pdf  

**Propostas de atividade para 2016**

 Adicionar Proposta

Formação dos profissionais e realização de duas auditorias no hospital

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? \*

Sim (se sim, anexo evidência)  
 Não

(anexo evidência) \*

Anexo 12.pdf  

**Propostas de atividade para 2016**

 Adicionar Proposta

Propor ao CA a nomeação de grupo de trabalho com representatividade transversal na ULSLA

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2016-05-31

Revisão das normas em vigor, relativas a utentes com risco ou diagnóstico de úlcera de pressão na ULSLA, com capítulos destinados aos CSP e hospitalares e submeter à homologação do CA

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*


Não 2016-09-30

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

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

Proceder à divulgação e auditoria da norma na ULSLA

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, anexo evidência)  
 Não

**Observações / Apoio**  
Anexo evidência indicando o número e a categoria dos incidentes notificados.

**Propostas de atividade para 2016**



 Adicionar Proposta

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

Não aplicável

**Observações / Apoio**  
Anexar documento comprovativo da implementação de medidas.

(anexo evidência) \*

Não houve medidas aplicadas.docx  

**Propostas de atividade para 2016**


 Adicionar Proposta

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


**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

- Monitorização das infeções associadas a cuidados de saúde:  
 • Dar continuidade ao Programa de VE Helics UCI  
 • Dar continuidade ao Programa de VE INCS  
 • Reativar o programa de VE Helics ILC no S. Cirurgia  
 • Iniciar o programa de VE Helics ILC no S. Ortopedia

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) \*

Anexos 4.zip  

**Propostas de atividade para 2016**

 Adicionar Proposta

- Monitorização e notificação atempadamente dos microrganismos problema ou alerta  
 • Implementar a Norma da DGS 004/2013

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) \*

Anexo 5.pdf  

**Propostas de atividade para 2016**

 Adicionar Proposta

- Compilação, análise e reporte aos profissionais dos dados de consumo de antimicrobianos  
 • Implementar a Norma da DGS 004/2013

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.

(anexe evidência) \*

Anexos 6.zip  

**Propostas de atividade para 2016**

 Adicionar Proposta

- Apoio à prescrição de antibióticos  
 • Ações de dinamização do PAPA dos CSP  
 • Desenvolvimento de sistema de alerta rápido de prescrição de antimicrobianos a ser validados pelo GCL PPCIRA de acordo com o despacho 15423/2013, para o HLA

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 Infeção? \*


- Sim  Não

**Observações / Apoio**  
Anexar checklist de atividades da CPBCL.

(anexe evidência) \*

Anexo 7.pdf  

**Propostas de atividade para 2016**



 Adicionar Proposta

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

- Sim  
 Não

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

(anexe evidência) \*

Anexo 5.pdf  

**Propostas de atividade para 2016**



 Adicionar Proposta

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) \*

Anexo 5.pdf  

**Propostas de atividade para 2016**

 Adicionar Proposta



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) \*

MRSA IH St aureus.zip  

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? \*

0.0000

**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



Prevenção da Transmissão de microrganismos Alerta e Problema

- Divulgação Semestral da % de doentes que adquiriu infeção por microrganismos problema ou alerta de acordo com norma 004/2013 DGS
- Criar condições para iniciar o rastreio de MRSA em todos os doentes de risco internados na ULSLA, tal como consta da Norma 018/2014 DGS

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2016-12-31

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


0

(%)

**Observações / Apoio**

Anexar, por exemplo, quadro-resumo, etc.

Propostas de atividade para 2016

 Adicionar Proposta

3. MONITORIZAÇÃO PERMANENTE QUALIDADE E SEGURANÇA

4. RECONHECIMENTO DA QUALIDADE DAS UNIDADES SAÚDE

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

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.

Adicionar documento: \* CQS\_Plano de Ação 2016.pdf  