

Ano

Entidade: \*

Morada:

Código Postal

N.º de camas:

ARS:

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

### PLANO DE ATIVIDADES

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?

**Observações / Apoio**  
 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) \*



Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Divulgação das normas emitidas pela DGS aplicáveis ao contexto das atividades desenvolvidas no CHPL:

- na intranet do CHPL - ao longo de todo o ano, em local acessível a todos os clínicos do CHPL

- com a realização de reuniões com o corpo clínico do CHPL, sendo as normas apresentadas por diferentes serviços do CHPL, encontrando-se prevista a apresentação da norma

"Consentimento Informado, Esclarecido e Livre dado por escrito" e aguardando-se a elaboração de nova norma pela Unidade Integrada da Diabetes do CHPL, para posterior divulgação.

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).

(anexo evidência) \*

10º Relatório Auditoria Registos Clínicos Obrigatórios.pdf  X

Proposta de atividades para o próximo ano


Adicionar Proposta

Manter a actividade desenvolvida no âmbito das auditorias internas às notas de alta e às alergias.  
No âmbito da Identificação Inequivoca do Doente, realizar duas auditorias (em maio e em novembro) nos serviços de internamento de agudos e na transição de doentes da urgência para o CHPL.  
Implementar auditorias no âmbito da prevenção de quedas e tratamento de úlceras de pressão.  
Atividade conjunta \*Prazo de Execução\*  
Não 2018-11-30

3) Quais as iniciativas desenvolvidas pela instituição para a melhoria da qualidade das prescrições de tratamento, medicamentos e MCDT?  
No âmbito da melhoria da qualidade das prescrições de tratamentos e medicamentos, mantêm-se divulgadas 11 normas da DGS no sítio da CINC e foram realizadas sessões clínicas abertas a todo o corpo clínico do CHPL, organizadas pela CINC, com intervenção de diferentes serviços clínicos - ver resposta à questão 1.  
No âmbito da melhoria da qualidade das prescrições de MCDTs, a CINC trabalhou no desenvolvimento de perfis específicos de pedidos de análises de sangue, entretanto incorporadas no respetivo aplicativo informático do CHPL e CHLC (onde é prestado o serviço de urgência externa pelos profissionais do CHPL).

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

(anexo evidência) \*

9º RELATÓRIO Auditoria Interna Registos Clínicos Obrigatórios.pdf  X

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Continuar a trabalhar nos perfis específicos de pedidos de análises de sangue, entretanto incorporadas no respetivo aplicativo informático do CHPL e CHLC (onde é prestado o serviço de urgência externa pelos profissionais do CHPL).  
Melhorar a Monitorização de Prescrição Médica.  
Atividade conjunta \*Prazo de Execução\*  
Não 2018-11-30

5) Tabela Nacional de Funcionalidade

5.1) Taxa de preenchimento:  
Nº total de pessoas entradas e elegíveis para a aplicação da TNF = 56

Nº total de pessoas saídas com registo da TNF =

3

**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 =

40.00

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

55.00

**Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

Consolidar a aplicação da TNF no serviço experimental – Pav. 29 1º andar.  
Não está prevista atividade conjunta com outras entidades.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-11-30

**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?

54.00 %

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

53.00 %

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

(anexe evidência)

10º Relatório Auditoria Registos Clínicos Obrigatórios.pdf



**Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

Manter a atividade desenvolvida no âmbito das auditorias internas (trimestral às notas de alta e auditoria mensal às alergias e reações adversas) com observação de não conformidades das aplicações informáticas que condicionam o cumprimento do disposto no despacho nº 2784/2013 de 20 de fevereiro e promoção de medidas no sentido da redução das não conformidades identificadas – ao longo de todo o ano (nomeadamente reenvio de informação dirigida aos clínicos com indicações para a correta elaboração de notas de alta), Divulgação dos resultados das auditorias às notas de alta e alergias, Junto dos serviços auditados – ao longo de todo o ano; Elaboração de relatório semestral das auditorias, para que o resultado possa ser comunicado a ACSS e DGS até ao dia 20 de janeiro e 20 de julho dos respetivos semestres – meses de Janeiro e Julho.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-11-30

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

Não se aplica ao CHPL

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.

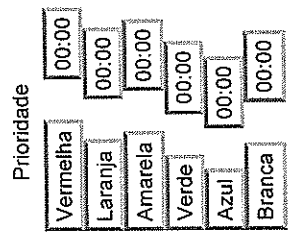
00:00

Demora média para triagem (hh:mm)

Demora média entre a triagem e a primeira observação médica:

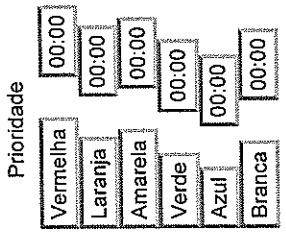
1.º Trimestre

Demora média (hh:mm)



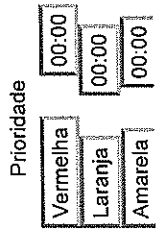
2.º Trimestre

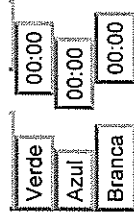
Demora média (hh:mm)



3.º Trimestre

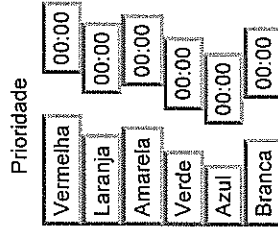
Demora média (hh:mm)





4.º Trimestre

Demora média (hh:mm)



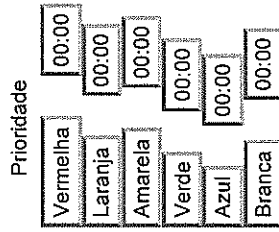
Ponderação do número de óbitos até à primeira observação médica por nível de prioridade:

0.00

Demora média entre a triagem e saída do doente do serviço de urgência:

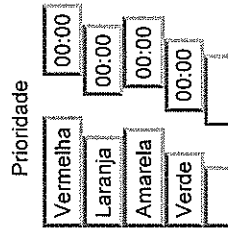
1.º Trimestre

Demora média (hh:mm)



2.º Trimestre

Demora média (hh:mm)



Azul	00:00
Branca	00:00

3.º Trimestre

Demora média (hh:mm)

Prioridade	
Vermelha	00:00
Laranja	00:00
Amarela	00:00
Verde	00:00
Azul	00:00
Branca	00:00

4.º Trimestre

Demora média (hh:mm)

Prioridade	
Vermelha	00:00
Laranja	00:00
Amarela	00:00
Verde	00:00
Azul	00:00
Branca	00:00

(anexe evidência) \*  
  

**B) Serviços de urgência pediátrica (se aplicável)**  
 A instituição dispõe de Serviço de Urgência Pediátrica?

Sim  
 Não

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.

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

O CHPL vai perspetivar a identificação de Projetos de Boas Práticas implementados internamente.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*


Não 2018-11-30

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

Sim  
 Não

Observações / Apoio  
Anexar lista de estudos em curso.

(anexe evidência) \*

LISTA DE ESTUDOS EM CURSO NO CHPL DURANTE 2017.pdf 

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Continuar a acompanhar os estudos de investigação clínica em curso e dar receitividade a novas propostas após análise pela Comissão Científica e Pedagógica e Conselho Diretivo.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-11-30

## 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?

1) A última taxa de adesão obtida em 2016 foi de 19,1%. Como não atingimos os mínimos (25% de adesão) não recebemos o relatório da DGS. Deste modo continuámos a investir na divulgação de procedimentos de segurança do utente relativos principalmente a quedas e identificação inequívoca do doente. Foi também incentivado o uso de EPI's e as BPCI nomeadamente na Higienização das mãos.

Observações / Apoio

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

(anexe evidência) \*

PBCI\_2017.pdf 

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Manter e atualizar o Plano de Formação previsto para 2017.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não  2018-11-30

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

2.1.) segurança do doente

"Segurança do Doente: Incidentes, eventos adversos, Risco Clínico e Não Clínico"

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

2.1.) segurança do profissional

"Uso e Gestão de Luvas", "USO de EPI e Limpeza de Superfícies", "Noções Básicas de Primeiros Socorros"

(anexe evidência) \*

Anexo 7 - Formação-higiene das mãos.pdf

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Manter e atualizar o Plano de Formação previsto para 2017.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não  2018-11-30

Segurança da Comunicação

3) Quantas auditorias internas sobre a transferência de informação nas transições de cuidados foram realizadas?

16

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

(anexe evidência) \*

10º Relatório Auditoria Registos Clínicos Obrigatórios.pdf

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Manter a atividade desenvolvida no âmbito das auditorias internas (trimestral às notas de alta e auditoria mensal às alergias e reações adversas) com observação de não conformidades das aplicações informáticas que condicionam o cumprimento do disposto no despacho nº 2784/2013 de 20 de fevereiro e promoção de medidas no sentido da redução das não conformidades identificadas – ao longo de todo o ano (nomeadamente reenvio de informação dirigida aos clínicos com indicações para a correta elaboração de notas de alta); Divulgação dos resultados das auditorias às notas de alta e alergias, junto dos serviços auditados – ao longo de todo o ano; Elaboração de relatório semestral das auditorias, para que o resultado possa ser comunicado à ACSS e DGS até ao dia 20 de janeiro e 20 de julho dos respetivos semestres – meses de janeiro e julho;

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não  2018-11-30

Segurança Cirúrgica



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


(%)

**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) \*



Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

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 intervencionados.

(anexe evidência) \*



Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

6) Quantas auditorias internas foram realizadas?

**Observações / Apoio**

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

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

NÃO TEMOS SERVIÇO DE CIRURGIA NO CHPL

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não

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

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

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

NÃO TEMOS SERVIÇO DE CIRURGIA NO CHPL

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) \*

Ponto 8 - divulgação intranet\_CFT\_LASA.pptx  X

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Rever a lista.

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) \*

Ponto 9 - Prescrição LASA.pptx  X





Ponto 15 - Implementação de Avançados.pdf 

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Implementação de Armazéns Avançados de medicamentos nos serviços de internamento e Hospital de Dia

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-11-30


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

Informatização da Reconciliação da Terapêutica em Excel

**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) \*

Ponto 16 - Reconciliação da Terapêutica\_Excel.pptx 

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Melhorar o sistema

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-11-30

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.

(anexe evidência) \*

21- identificação inequívoca dos Doentes.pdf 

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Divulgar e rever a norma caso seja necessário.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-11-30

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.

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Passar a ser incluído nos Indicadores de Risco da Plataforma do CHPL.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

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.

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Realizar duas auditorias (em maio e em novembro) nos serviços de internamento de agudos e na transição de doentes da urgência para o CHPL.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

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

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

(anexe evidência) \*

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Efetuar duas auditorias aos procedimentos

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Prevenir a ocorrência de quedas

21) Implementou atividades no âmbito da prevenção de quedas?

Sim (Se sim, anexar evidência)

Não

Proposta de atividades para o próximo ano

## Adicionar Proposta

- Implementar em todos os serviços do CHPL a utilização do instrumento de avaliação de Escala de Braden disponível no Scfinc.
- Propor aos elementos dinamizadores dos serviços momentos de formação interna no âmbito da prevenção das quedas sensibilizando para a melhoria da prestação dos cuidados aos doentes.
- Incentivar os profissionais a notificarem todos os eventos relacionados com as quedas na plataforma interna do CHPL e no da DGS e dar feedback aos dirigentes e profissionais sobre as notificações efetuadas.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-11-30

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

25

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

(anexe evidência) \*

QuadroResumoQuedasNotificadasPlataformaInterna.pdf  X

Proposta de atividades para o próximo ano

## Adicionar Proposta

Efetuar análise do Tipo de Quedas e realizar atividades preventivas.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-11-30

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).

Proposta de atividades para o próximo ano

## Adicionar Proposta

Prever a realização de auditorias internas neste âmbito em junho.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*


Não 2018-11-30

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) \*

63 - Formação - Prevenção e Tratamento de Úlceras de Pressão.pdf  X

Proposta de atividades para o próximo ano






Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

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

A maior prevalência foram as Quedas. Colocação de piso anti derrapante nas instalações sanitárias no pav 24 R/C

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

(anexe evidência) \*

 X

Proposta de atividades para o próximo ano  
Adicionar Proposta

Implementar em todos os serviços do CHPL a utilização do instrumento de avaliação da Escala de Braden disponível no Sclenic. Propor momentos de formação interna no âmbito da prevenção das quedas sensibilizando para a melhoria da prestação dos cuidados aos doentes. Elaborar campanhas de prevenção e promoção da saúde.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

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) \*

 X

Proposta de atividades para o próximo ano  
Adicionar Proposta

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

**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.

**Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

Somos um hospital monovalente de Psiquiatria

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-11-30

a) Programa de VE das Infecções do Local Cirúrgico (rede europeia) - HAI-Net-SSI

Sim (Se sim, anexe evidência)

Não

b) Programa de VE das quatro infecções mais relevantes em Unidades de Cuidados Intensivos de Adultos (rede europeia) - HAI-Net-ICU

Sim (Se sim, anexe evidência)

Não

c) Programa de VE das quatro infecções 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

31) A Instituição analisa regularmente os dados das IACS (ex: semestral/anual) e fornece informação regular de retorno aos profissionais de saúde e gestores?

Sim (Se sim, anexe evidência)

Não

32) A instituição monitorizou e notificou atempadamente os microrganismos alerta e problema, através da rede europeia de VE, de acordo com a Norma da DGS/PPCIRA nº 004/2013 de 08/08/2013, atualizada a 13/11/2015?

Sim (anexe evidência)

Não

**Observações / Apoio**

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

**Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

Estabelecer ligação com o laboratório do CHLC - definir interlocutor e vias de comunicação regulares

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-11-30

32.1. A taxa de Staphylococcus aureus resistentes à meticilina (MRSA) no total de Staphylococcus aureus (considerando apenas as amostras invasivas (sangue e líquor) 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 líquor; Cálculo por 1000 dias/doente (doentes saídos).

**Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

Estabelecer ligação com o laboratório do CHLC - definir interlocutor e vias de comunicação regulares

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não  2018-11-30

32.2. Está implementado 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

**Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

A Comissão de Farmácia e Terapêutica diz que não há condições para fazer isolamentos no CHPL.. Iremos estudar um plano de contingência para encaminhar o doente do CHPL para outra unidade hospitalar.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não  2018-11-30

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

Sim (Se sim, anexe evidência)

Não

**Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

A Comissão de Farmácia e Terapêutica diz que não há condições para fazer isolamentos no CHPL.. Os doentes que aparecem no CHPL com MRSA provêm de outras instituições. Quando há uma ocorrência o CHPL tem de encaminhar o doente do para outra unidade hospitalar.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não  2018-11-30

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



Submeter uma proposta ao Conselho Diretivo  
Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*  
Não 2018-11-30

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) \*

Anexo 1 - utilização de AB CHPL\_2017.xlsx  

35) Verificou-se, na instituição, diminuição no consumo de carbapenems do ano anterior para o ano atual?

Sim (Se sim, anexe evidência)  
 Não

**Observações / Apoio**  
Anexar dados de consumo de Carbapenems em DDD (Hospitais) ou em número de embalagens/despesa (ACES).

**Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta



Não há consumo de carbapenems no CHPL  
Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*  
Não 2018-11-30

36) Verificou-se, na instituição, diminuição do consumo de quinolonas do ano anterior para o ano atual?

Sim (Se sim, anexe evidência)  
 Não

**Observações / Apoio**  
Anexar dados de consumo de Quinolonas em DDD (Hospitais) ou em número de embalagens/despesa (ACES)

(anexe evidência) \*

Anexo 2 - utilização de Quinolonas\_2016-2017.xlsx  

**Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

 Manter atividade

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

 Não  2018-11-30

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

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

 NÃO TEMOS SERVIÇO DE CIRURGIA NO CHPL

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

 Não  2018-11-30

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?

 %

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

 Manter atividade

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

 Não  2018-11-30

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

 Sim Não

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

 Não fazemos este tipo de intervenção no CHPL

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

 Não  2018-11-30

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

 Sim Não

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Não fazemos este tipo de intervenção no CHPL

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-11-30

38) A Instituição aderiu à Estratégia Multimodal de Promoção das Precauções Básicas de Controlo de Infecção (PBCi), nomeadamente:

38.1) Módulo da Auditoria às PBCi?


Sim (Se sim, anexe evidência)

Não

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

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

(anexe evidência) \*

Anexo 4 - relatório pbcí chpl 2017 - serviços.pdf 

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Manter a atividade

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-11-30

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

Sim (Se sim, anexe evidência)

Não

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

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

(anexe evidência) \*

Anexo 5 - HDM\_919191.pdf 

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Manter a atividade

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-11-30

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

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

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

(anexe evidência) \*

**Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

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

**Observações / Apoio**  
Anexar relatório interno anual de atividades e propostas de melhoria

**Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

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

**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.

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) \*

[Proposta de Plano Formativo 2016-Final.pdf](#) 

**3. MONITORIZAÇÃO PERMANENTE QUALIDADE E SEGURANÇA**

**Relatório de atividades / Plano de Ação**


1 de janeiro a 31 de dezembro do ano anterior

**Prioridade III: Monitorização permanente da qualidade e segurança**

1) A instituição avaliou a satisfação do utente?

- Sim  Não

(anexe evidência) \*

[SRPF - 2016 - Relatório Inquérito de Satisfação dos Utentes Internados.pdf](#) 

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Privilegiar uma intervenção mais específica nas áreas com menor índice de satisfação, por forma a implementar melhorias na prestação de cuidados tendo como fim último a satisfação dos utentes e a melhoria da eficácia, e da eficiência da prática assistencial

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não

**Observações / Apoio**

Identificar instrumento de avaliação da satisfação e apresentar principais resultados.

**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).

(anexe evidência) \*

29 - Certificação pelo Modelo ACSA-DGS - SRPF e PGT .pdf  X

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

A CQS tem incentivado a melhoria contínua da qualidade no dois serviços já acreditados no modelo ACSA. Em Maio de 2018 prosseguiremos esse trabalho com Visitas de avaliação de acompanhamento, a realizar por avaliadores qualificados do Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde. Esta fase destina-se a assegurar a estabilidade de cumprimento dos standards ao longo do tempo e, por isso mesmo, a manutenção do nível de qualidade obtido na avaliação inicial.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não

2018-11-30

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).

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

O Conselho de Administração do CHPL não tem condições a curto prazo de iniciar outro tipo de processo de certificação da qualidade.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não

2018-11-30

**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?

Foi efetuado introdução de panfletos de apoio/ajuda com informação ao utente no site/Portal da Saúde Mental, afeto ao Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa: [www.saudemental.pt](http://www.saudemental.pt)

**Observações / Apoio**

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

(anexe evidência) \*

[folheto acesso informação saúde.pdf](#)

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Continuar a elaborar informação de apoio ao utente, sobre saúde mental, melhorando os conteúdos do Portal.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não

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

Entre outras que foram efetuadas no CHPL, no Serviço de Psicogeriatría foram realizadas diversas atividades formativas ligadas às demências para cuidadores e famílias dos utentes.

Observações / Apoio

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

(anexe evidência) \*

[DOC141.pdf](#)

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Continuar a propor atividades informativas e formativas de apoio ao utente, sobre saúde mental, melhorando as atividades já programadas e propondo novas.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não

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

As reclamações sobre condicionais do funcionamento dos serviços, sobretudo da Consulta Externa, são sujeitas a intervenção direta, e, quando possível, em colaboração com a Equipa Multidisciplinar para a Implementação da Reorganização da Consulta Externa, solucionados de imediato. Verificou-se uma contínua melhoria no tempo de resposta ao exponente, (de 27 para 25 dias) devido o GC no entanto, tal como referenciado no ano anterior continuar a tentar minorá-lo, nomeadamente fazendo insistências junto dos profissionais no que respeita ao cumprimento do prazo de resposta às audições. Propostas de melhoria a efetuar: ? Sinalética indicativa do GC, Solicitação de Ações de Formação, Divulgação/Participação nas atividades do GC.

Observações / Apoio

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

(anexe evidência) \*

[Painel informativo - Gabinete Cidadão e Serviço Social.pdf](#)

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Sensibilizar para a importância que assume o preenchimento do espaço relativo à proposta de melhoria dos serviços, como parte integrante do formulário de audição, assumindo importância para a melhoria da qualidade da prestação de cuidados e do nível organizacional dos serviços, fator que de alguma forma tem obstado a que as sugestões/reclamações sejam utilizadas como instrumento de gestão e contribuído para a melhoria dos mesmos. Incentivar o envolvimento simultâneo dos cidadãos utilizadores dos serviços, dos respetivos profissionais e dos dirigentes, assumindo-se todos como agentes de mudança, no sentido de melhorar a qualidade das respostas do serviço de saúde no CHPL e simultaneamente aumentar o grau de satisfação dos seus utentes e profissionais.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não



