

Ano

Entidade: *

ARS

Tipologia

Utilizador:

E-mail:

PLANO DE ATIVIDADES

Preenchimento do Plano de Atividades concluído? * Sim Não

Validação do Plano de Atividades concluída? * 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.

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

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).

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

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) *

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Elaborar novos procedimentos, sempre que necessários para a melhoria da prescrição de medicamentos e de MCDT

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2018-12-31

4) Processo Assistencial Integrado

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

0

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 anterior = 1268
Número total de pessoas com diabetes inscritas a 31 de Dezembro do ano anterior = 1580

Número total de pessoas com diabetes em vigilância (1) a 30 de Novembro do presente ano =

0

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 =

0

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 de Novembro do presente ano =

0

4.3) Processo Assistencial Integrado do Risco Vascular no Adulto está implementado no ACES?

- Sim
 Não (indique os motivos)

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Não chegou à Comissão de Qualidade e Segurança qualquer documento sobre o PAI da Diabetes

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2018-12-31

5) Tabela Nacional de Funcionalidade

5.1) Taxa de preenchimento:

Nº total de pessoas entradas e elegíveis para a aplicação da TNF =

0

Nº total de pessoas saídas com registo da TNF =

0

Observações / Apoio

Despacho 10218/2014, de 8 de agosto: para utentes entre os 18 e os 64 anos com patologia crónica serviços identificados no Despacho

5.2) Média de ganhos funcionais:

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

0.00

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

0.00

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Iniciar o preenchimento da tabela nacional de funcionalidades	
---------------------------------------------------------------	--

Atividade conjunta *Prazo de Execução *	
-----------------------------------------	--

Não	2018-12-31
-----	------------

6) Auditorias Internas aos registos clínicos das notas de alta médica e de enfermagem (N.7 do Despacho nº 2784/2013, de 20 de fevereiro)

6.1) Qual a percentagem de registos clínicos eletrónicos não conformes no 1º semestre do ano?

0.00	%
------	---



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

100.00	%
--------	---

Observações / Apoio

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

(anexe evidência)

Relatório final AI.pdf  

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Auditar regularmente os registos clínicos e transmitir as conclusões aos Serviços para diminuir pelo menos em 50% as não conformidades.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *	
-----------------------------------------	--

Não	2018-12-31
-----	------------

7) Sistema de Triagem (Norma nº 02/2015, de 06/03/2015 atualizada a 23/10/2015)

A) Serviços de urgência de adulto

7.1) Identificação do Sistema de Triagem

Norma 02/2015 de 06/03/2015

7.2) Indicadores da implementação do sistema:

Observações / Apoio

Indicar a média dos 4 trimestres/ano e anexar na evidência quadro IV) do Formulário de monitorização da Norma nº 02/2015.

Demora média para triagem (hh:mm)

08:12

Demora média entre a triagem e a primeira observação médica:

1.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:11
Laranja	00:16
Amarela	00:56
Verde	01:17
Azul	02:13
Branca	00:41

2.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:08
Laranja	00:16
Amarela	00:40
Verde	01:04

Azul	02:00
Branca	00:38

3.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:10
Laranja	00:12
Amarela	00:40
Verde	01:14
Azul	02:09
Branca	00:46

4.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:09
Laranja	00:14
Amarela	00:47
Verde	01:19
Azul	01:54
Branca	00:42

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

15.00

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

1.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	04:01
Laranja	05:46
Amarela	03:46
Verde	02:56
Azul	03:20
Branca	02:10

2.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	04:05
Laranja	05:01
Amarela	03:22
Verde	02:39
Azul	03:20
Branca	02:13

3.º Trimestre



Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	02:48
Laranja	04:58
Amarela	03:18
Verde	02:40

Azul	03:12
Branca	02:04

4.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	02:47
Laranja	00:00
Amarela	03:28
Verde	02:43
Azul	02:53
Branca	02:26

(anexe evidência) *

Pedido_20180119.docx		
----------------------	-----------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------

B) Serviços de urgência pediátrica (se aplicável)

A instituição dispõe de Serviço de Urgência Pediátrica?

- Sim
 Não

7.3) Identificação do Sistema de Triagem

Norma 02/2015 de 06/03/2015

7.4) Indicadores da implementação do sistema:

Observações / Apoio

Indicar a média dos 4 trimestres/ano e anexar na evidência quadro IV) do Formulário de monitorização da Norma nº 02/2015.

Demora média para triagem (hh:mm)

00:12

Demora média entre a triagem e a primeira observação médica:

1.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:02
Laranja	00:19
Amarela	00:10
Verde	00:12
Azul	00:19
Branca	00:28

2.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:11
Laranja	00:08
Amarela	00:09
Verde	00:11
Azul	00:22
Branca	00:14

3.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:06

Laranja	00:05
Amarela	00:10
Verde	00:09
Azul	00:19
Branca	00:16

4.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:00
Laranja	00:06
Amarela	00:09
Verde	00:10
Azul	00:08
Branca	00:09

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

0.00

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

1.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	01:56
Laranja	02:13
Amarela	01:46
Verde	01:00
Azul	01:21
Branca	01:39

2.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	03:05
Laranja	02:01
Amarela	01:31
Verde	00:49
Azul	01:00
Branca	01:43

3.º Trimestre



Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	01:38
Laranja	02:11
Amarela	01:37
Verde	00:57
Azul	01:18
Branca	01:19

4.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:00

Laranja	01:53
Amarela	01:32
Verde	00:49
Azul	00:58
Branca	00:32

(anexe evidência) *

Pedido_20180119.docx  

8) A instituição identifica projetos de boas práticas implementadas internamente?

 Sim Não**Observações / Apoio**

É necessário demonstrar os resultados obtidos.

1) Valor acrescentado para o utente/doente, o profissional e a instituição, através de indicadores de monitorização direta ou indireta; 2) Capacidade de replicação e/ou implementação em outros serviços.

(anexe evidência) *

MJJGF.pdf  **Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

Estender o projeto a todo o território da área de abrangência da ULS.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *



Não 2018-12-31

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

 Sim Não**Observações / Apoio**

Anexar lista de estudos em curso.

(anexe evidência) *

Relatório 2017 e Plano 2018 - Comissão de Qualidade e Segurança SIFE.pdf  **Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

O Serviço de Investigação, Formação e Ensino apresentou para 2018 o plano de formação constante na evidência em anexo. Relativamente à investigação não foi apresentado qualquer tipo de projeto.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2018-12-31

2. REFORÇO DA SEGURANÇA DOS DOENTES**Relatório de atividades / Plano de Ação****1 de janeiro a 31 de dezembro do ano anterior****Prioridade II: Reforço da Segurança dos Doentes****Cultura de Segurança**

1) Considerando a última taxa de adesão obtida, quais as medidas de melhoria implementadas?

Desconhecido

Observações / Apoio

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

(anexe evidência) *

Não existe evidência relacionada com o pedido efectuado.docx  **Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

Aumentar a taxa de adesão dos colaboradores

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não | 2018-12-31

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

2.1.) segurança do doente



Durante o ano de 2017 não foram reportadas quaisquer informações à CQS sobre a formação nos temas referidos. Existe planeamento para 2018

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

2.1.) segurança do profissional

Durante o ano de 2017 não foram reportadas quaisquer informações à CQS sobre a formação nos temas referidos. Existe planeamento para 2018

(anexe evidência) *

Relatório 2017 e Plano 2018 - SIFE.pdf  **Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

Executar o plano de actividades do SIFE para 2018

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não | 2018-12-31

Segurança da Comunicação

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

0

Observações / ApoioAnexar relatório(s) de auditoria,
identificando: data, serviço auditado e
equipa auditora**Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

Realizar uma auditoria por trimestre

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não | 2018-12-31



Segurança Cirúrgica

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

20 (%)

Observações / ApoioAnexar:
Nº de não conformidades registadas
em sede de auditoria, i.e., o n.º de
respostas do tipo "não" dos critérios de
auditoria interna e o n.º total de
respostas (excluídas as respostas
"NA" não aplicáveis).

(anexe evidência) *

cirurgiasegura0001.pdf  **Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

Diminuir a taxa de não conformidades pelo menos para metade

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não	2018-12-31
-----	------------

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

Observações / Apoio

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

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

(anexe evidência) *

cirurgiassegura0001.pdf		
-------------------------	--	--

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Manter a zero o n.º de incidentes inadmissíveis no processo cirúrgico

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não	2018-12-31
-----	------------

6) Quantas auditorias internas foram realizadas?

56

Observações / Apoio

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

(anexe evidência) *

Relatório final AI.pdf		
------------------------	--	--

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Realizar 2 (dois) momentos anuais de auditoria interna com 4 (quatro) registos clínicos por cada serviço de internamento, totalizando 156 (cento e cinquenta e seis) registos auditados.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não	2018-12-31
-----	------------

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

0

Observações / Apoio

Indicar:

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

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Manter a zero o n.º de incidentes relacionados com o processo cirúrgico

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não	2018-12-31
-----	------------

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) *

printscreen intranet lasa e alerta maximo.docx  **Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

Actualização da lista em 2018

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não | 2018-12-31

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) *

SANDRA.zip  **Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

Actualização do procedimento

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não | 2018-12-31

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

0

Observações / Apoio

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

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Manter a zero ou próximo de zero as notificações sobre incidentes com medicamentos LASA

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não | 2018-12-31

11) Tem lista de medicamentos de alerta máximo atualizada?

- Sim (se sim, anexe evidência)
 Não

Observações / Apoio

Anexar cópia da lista de medicamentos de alerta máximo da instituição em vigor, com data de aprovação e de revisão, se aplicável. Evidenciar como foi realizada a divulgação.

(anexe evidência) *

procedimento alerta maximo intranet.pdf  **Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

Actualização e divulgação em 2018

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não | 2018-12-31

12) Tem implementada estratégia institucional para os medicamentos de alerta máximo?



- Sim (se sim, anexe evidência)
 Não

Observações / Apoio

Anexar cópia da estratégia em vigor,

com data de aprovação e de revisão, se aplicável, identificando os serviços onde está implementada. Evidenciar como foi realizada a divulgação.

(anexe evidência) *

procedimento alerta maximo intranet.pdf  

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Manter actualizada e em divulgação o procedimento em 2018

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2018-12-31

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

0

Observações / Apoio

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

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Manter a zero os incidentes com medicamentos de alerta máximo

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2018-12-31

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).

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Embora não tivessem sido realizadas auditorias formais, os Serviços Farmacêuticos verificam periodicamente a validade e armazenamento de medicamentos nos serviços clínicos.

Em 2018 a proposta é de definição e calendarização de auditorias e práticas seguras de utilização do medicamento

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2018-12-31

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) *

LASA na ULSCBimplementacao tabela.docx  

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Implementação da denominação LASA na aplicação Glintt. Dupla validação no circuito dos medicamentos citotóxicos

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2018-12-31

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

Início da reconciliação terapêutica nos Serviços propostos no plano de 2017. Consulta farmacêutica nos Cuidados de Saúde Primários. Apresentação dos resultados em poster no Congresso Nacional de Farmacêuticos Hospitalares.

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) *

RECONCILIAÇÃO.pdf  

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Manter a execução das tarefas correspondentes à reconciliação terapêutica no ano de 2018

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2018-12-31

Identificação inequívoca dos doentes



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

- Sim (se sim, anexe evidência)
 Não

Observações / Apoio

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

(anexe evidência) *

CN 12 - Pulseiras de Identificacao de doentes - 06.03.2017.pdf  

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Manter os procedimentos atuais para a identificação inequívoca dos doentes e proceder pelo menos a uma auditoria.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2018-12-31

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.

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Manter a zero ou próximo do zero as notificações sobre a identificação inequívoca do doente.
 Revisão do procedimento interno de identificação inequívoca do doente.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2018-12-31

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.

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Realização de dois momentos de auditoria interna por elementos externos ao serviço.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2018-12-31


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

Implementação do sistema de identificação por pulseira em todo o hospital.

Observações / Apoio

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

(anexe evidência) *

Pulseiras de identificação.pdf  

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Formação sobre o procedimento de identificação aberta a todos os profissionais

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2018-12-31

Prevenir a ocorrência de quedas

21) Implementou atividades no âmbito da prevenção de quedas?

- Sim (Se sim, anexe evidência)
 Não

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Formação para correção das não conformidades encontradas em auditoria.
 Elaboração e distribuição de panfletos informativos sobre o tema.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2018-12-31

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

8

Observações / Apoio

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

(anexe evidência) *

NOTIFICA.csv  

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Reduzir em 10% o n.º de quedas

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2018-12-31



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

54

Observações / Apoio

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

(anexe evidência) *

Relatório final AI.pdf  

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Realizar dois momentos de auditoria, com 4 auditorias por serviço em cada momento.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *



Não 2018-12-31

Prevenir a ocorrência de úlceras por pressão

24) Implementou atividades no âmbito da prevenção de úlceras de pressão?

- Sim (se sim, anexe evidência)
 Não

(anexe evidência) *

Fichário1.pdf  

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

1. Divulgar canal de comunicação entre os elos de ligação com o grupo coordenador da CPTF, por forma a facilitar a troca de informação e de boas práticas para os utentes com feridas complexas.
2. Colaborar com os serviços farmacêuticos na aquisição de apósitos profiláticos para as UPP, disponibilizando-os para todos os ambientes assistenciais.
3. Identificar quais os serviços da ULSCB com maior número de UPP adquiridas na instituição, por forma a promover ações de formação centradas nas boas práticas preventivas de UPP, com o objetivo de reduzir o número de novos casos.
4. Colaborar com a equipa de auditores internos, identificando quais os serviços com não conformidades ao nível da monitorização do risco/medidas preventivas de UPP, promovendo ações de formação que visem a sua correção.
5. Realização de evento sinalizando o dia mundial STOP UPP.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não	2018-12-31
-----	------------



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

34

Observações / Apoio

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

(anexe evidência) *

NOTIFICA.csv  

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Diminuir o número de UPP com origem no internamento hospitalar da ULS

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não	2018-12-31
-----	------------



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

54

Observações / Apoio

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

(anexe evidência) *

Relatório final AI.pdf  

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Realizar 2 (dois) momentos anuais de auditoria interna com 4 (quatro) registos clínicos por cada serviço de internamento, totalizando 156 (cento e cinquenta e seis) registos auditados.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não	2018-12-31
-----	------------

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.

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Manter o NOTIFICA como sistema de notificação de incidentes.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não	2018-12-31
-----	------------

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



Como os incidentes com maior prevalência são as úlceras por pressão, as medidas implementadas coincidem com as apresentadas no ponto relativo às UPP's

Observações / Apoio

Anexar documento comprovativo da

implementação de medidas.

(anexe evidência) *

Relatório final A12.pdf  **Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

Coincide com as propostas apresentadas para prevenir as UPP's

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não	2018-12-31
-----	------------

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

- Sim (se sim, anexe evidência)
- Não

Observações / Apoio

Anexar relatório de auditoria interna.

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Realizar pelo menos uma auditoria à metodologia de análise de incidentes

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não	2018-12-31
-----	------------

Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos


30) A Instituição monitorizou as infeções associadas aos cuidados de saúde mais relevantes, através dos programas de vigilância epidemiológica em rede Europeia e/ou Nacional:

- Sim (Se sim, anexe evidência)
- Não

Observações / Apoio

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

(anexe evidência) *

Microsoft Word - relatório de actividades do GCL-PPCIRA 2017.pdf  **Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

Realizar vigilância de incidência dos microrganismos epidemiologicamente significativos em todos os serviços de internamento, Consulta Externa e Hospital de Dia

Participação efectiva no programa Europeu de Vigilância Epidemiológica (VE) HELICS de Cirurgia para avaliação da incidência da Infecção Nosocomial nos serviços de Cirurgia Geral

Participação efectiva no programa Europeu de Vigilância Epidemiológica (VE) das infeções nosocomiais da corrente sanguínea (INCS) no hospital.

Participação no programa Europeu HELICS de Vigilância Epidemiológica (VE) HELICS de UCI no serviço de UCIP

Revisão das Normas da CCI, elaboração de procedimentos operativos

Actividades de formação

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não	2018-12-31
-----	------------

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

- Sim (Se sim, anexe evidência)
- Não

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

- Sim (Se sim, anexe evidência)
- Não

c) Programa de VE das quatro infeções mais relevantes em Unidades de Cuidados Intensivos de Neonatologia (rede nacional) - HAI-UCIN

- Sim (Se sim, anexe evidência)
- Não

d) Programa de VE das Infeções 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


(anexe evidência) *

Microsoft Word - relatorio de actividades do GCL-PPCIRA 2017.pdf  

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

- Sim (anexe evidência)
 Não

(anexe evidência) *

Microsoft Word - relatorio de actividades do GCL-PPCIRA 2017.pdf  

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Não foi apresentada proposta especifica

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2018-12-31

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

Em que percentagem?

1.23 %

Observações / Apoio

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

Observações / Apoio

Exclusão de duplicados; Exclusão de contaminações. Apenas amostras invasivas de sangue e líquor; Cálculo por 1000 dias/doente (doentes saídos).

(anexe evidência) *

Microsoft Word - relatorio de actividades do GCL-PPCIRA 2017.pdf  

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Não foi apresentada proposta especifica

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2018-12-31


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

Se sim, em que percentagem de serviços clínicos?

100.00 %

(anexe evidência) *

Microsoft Word - relatorio de actividades do GCL-PPCIRA 2017.pdf  

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Não foi apresentada proposta especifica

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2018-01-31

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

Não foi apresentada proposta para o ano de 2018 sobre o assunto em questão.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2018-12-31

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

- Sim (se sim, anexe evidência)
 Não

Observações / Apoio

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

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Apresentação do programa de Assistência à Prescrição Antibiótica, aos Directores de Serviço da ULSCB; Rever e validar as prescrições de, pelo menos, Carbapenemes e Fluoroquinolonas, nas primeiras 96 horas de terapêutica; Anular o uso de antibióticos em situações em que não estão indicados ou quando utilizados por tempo superior ao necessário. Informação trimestral ao CA e directores de Serviço sobre a prescrição de antibióticos.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2018-12-31

34) A Instituição recebeu os dados de consumo de antimicrobianos, analisou-os e forneceu informação de retorno aos prescritores/a todos os profissionais de saúde?

- Sim (Se sim, anexe evidência)
 Não

Observações / Apoio

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

(anexe evidência) *

Microsoft Word - relatorio de actividades do GCL-PPCIRA 2017.pdf  

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

- Sim (Se sim, anexe evidência)
 Não

Observações / Apoio

Anexar dados de consumo de Carbapenemos em DDD (Hospitais) ou em número de embalagens/despesa (ACES).

(anexe evidência) *

Microsoft Word - relatorio de actividades do GCL-PPCIRA 2017.pdf  

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Não foi adicionada proposta específica

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2018-12-31

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) *

Microsoft Word - relatorio de actividades do GCL-PPCIRA 2017.pdf  

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Não foi adicionada proposta específica

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2018-12-31

37) A Instituição aderiu aos Feixes de Intervenção (bundles) de prevenção e controlo de infeção associada a dispositivos/procedimentos invasivos:

37.1) Feixe de intervenções para a prevenção da infeção do local cirúrgico

Sim

Não

a) se sim, indique a percentagem de serviços cirúrgicos aderentes?

100.00 %

b) Se sim, indique se o (s) bloco (s) operatório (s) cumpre os respetivos critérios desta bundle

Sim

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Não foi apresentada proposta específica

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2018-12-31

37.2) Feixe de intervenções para a prevenção da infeção do trato urinário?

Sim

Não

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

100.00 %

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Não foi apresentada proposta específica

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2018-12-31

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

Sim

Não

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

100.00 %

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Não foi apresentada proposta específica

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2018-12-31

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

Sim

Não

Se sim, indique a percentagem de UCI/outros serviços clínicos aderentes em que esta bundle **deva ser aplicada**

100.00 %

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Não foi apresentada proposta

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2018-12-31

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

38.1) Módulo da Auditoria às PBCI?

Sim (Se sim, anexe evidência)

Não

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

100.00 %

Observações / Apoio

Anexar cópia de formulário de adesão/resultados obtidos

(anexe evidência) *

Relatórios auditorias_2017.pdf  

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Não foi apresentada proposta pelo GCL-PPCIRA

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2018-12-31

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?

100.00 %

Observações / Apoio

Anexar cópia de formulário de adesão/ resultados obtidos

(anexe evidência) *

maos_categoria.pdf  

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Não foi apresentada proposta pelo GCL-PPCIRA

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2018-12-31

38.3) Módulo de monitorização do uso de luvas?

- Sim (Se sim, anexe evidência)
 Não

Observações / Apoio

Anexar cópia de formulário de adesão/ resultados obtidos

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

"Adesão em projeto"

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2018-12-31

39) A Instituição elaborou um plano de ação na área da prevenção e controlo de infeção, das resistências aos antimicrobianos e prescrição de antimicrobianos?

- Sim (Se sim, anexe evidência)
 Não

Observações / Apoio

Anexar plano interno anual de ação

(anexe evidência) *

PLANO DE ACÇÃO _2018.pdf  

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Executar o plano de ação

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2018-12-31

40) A Instituição elaborou um relatório de ação na área da prevenção e controlo de infeção, das resistências aos antimicrobianos e da prescrição antimicrobiana e disseminou a informação pelos gestores e grupos profissionais?

- Sim (Se sim, anexe evidência)
 Não

Observações / Apoio

Anexar relatório interno anual de atividades e propostas de melhoria

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Não foi apresentada proposta pelo GCL-PPCIRA

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não

2018-12-31

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) *

Relatório 2017 e Plano 2018 - SIFE.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

Observações / Apoio

Identificar instrumento de avaliação da satisfação e apresentar principais resultados.

(anexe evidência) *

IST_Dados draft.xlsx  

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

4. RECONHECIMENTO DA QUALIDADE DAS UNIDADES SAÚDE**Relatório de atividades / Plano de Ação****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) *

Fichário1.pdf  **Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

Manter a acreditação pelo referencial ACSA, dos Serviços acreditados - Gastroenterologia, Unidade de Cuidados Intensivos, Pediatria e Nefrologia.

Iniciar os trabalhos de acreditação pelo referencial ACSA aos Serviços de Medicina, Urologia, Farmácia e UCSP de S. Miguel.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não | 2018-12-31

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  **Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

Manter a certificação do Serviço de Patologia Clínica pela norma ISO 9000.2015, ou iniciar os trabalhos para acreditação pelo referencial ACSA.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não | 2018-12-31

5. INFO TRANSP CIDADÃO, AUMENTO DA SUA CAPACITAÇÃO**Relatório de atividades / Plano de Ação****1 de janeiro a 31 de dezembro do ano anterior****Prioridade V: Informação transparente ao cidadão e aumento da sua capacitação**



1) Que iniciativas de divulgação de informação ao doente /utente foram realizadas no âmbito da Segurança do Doente?

Impressão de folhetos e cartazes com informação destinada aos utentes do Hospital e dos Cuidados de Saúde Primários

Observações / Apoio

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

(anexe evidência) *

Fichário1.pdf  **Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

Implementar um programa de literacia em saúde e, nesse âmbito, criar uma escola de doentes.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não | 2018-12-31

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

Observações / Apoio

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

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

Abertura de uma consulta coimplementar nos Centros de saúde, das 20 à 22 horas.
Reorganização das escalas das equipas médicas
Sistema de senhas no Laboratório

Aumentado o n.º de médicos na Patologia Clínica
 Vacinação efectuada pelas enfermeiras da unidade
 Alterado o procedimento do atendimento a migrantes
 Algumas extensões sem acessibilidade aos utentes
 com dificuldades motoras passaram a tê-las
 Solucionado o problema das notificações da Saúde 24

Observações / Apoio

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

(anexe evidência) *

GABINETE DO CIDADAO.pdf  

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Sem propostas.



Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não	2018-12-31
-----	------------

6. APROVAÇÕES E HOMOLOGAÇÕES**Relatório de atividades / Plano de Ação****1 de janeiro a 31 de dezembro do ano anterior****Aprovações e Homologações**

Plano de Ação aprovado, assinado pelo responsável máximo da Instituição (Presidente do Conselho de Administração/Diretor Executivo) e com o respetivo carimbo. *

Data de aprovação *

Adicionar documento: *  

Validação do Plano de Atividades pela ARS *

Sim Não Em avaliação

Data: *

Adicionar documento:  

Homologação do Plano de Atividades pelo Diretor-Geral da Saúde

Adicionar documento: