

Ano:

Entidade: \*

Morada:

Código Postal:  \_

N.º de camas:

ARS:

ARS:

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

Utilizador:

E-mail:

Utilizador2:  email\_utilizador\_2

## PLANO DE ATIVIDADES

Preenchimento do Plano de Atividades concluído? \*  Sim  Não

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

 Divulgar quinzenalmente as Normas de Orientação Clínica (NOC) a todos os profissionais (Intranet).

Priorizar a implementação de NOC, estabelecendo o plano de ação com referência a:

Necessidades de formação;  
 Discussão de práticas clínicas;  
 Cronograma de implementação;  
 Realização de auditorias clínicas;  
 Monitorização da implementação.

Implementação: Informação DGS "Programa Assistencial Integrado da Diabetes Mellitus tipo 2", nº 001/2013 de 19/02/2013.

Implementação: NOC DGS "Utilização e seleção de Antiagregantes Plaquetários em Doenças Cardiovasculares", nº 014

implementação: NOC DGS "Cirurgia Segura Salva Vidas", nº 02/2013 de 12/02/2013 atualizada a 25/06/2013. /2011 de 14/07/2011, atualizada a 08/07/2013.

Implementação: NOC DGS "Implementação Experimental da Tabela Nacional de Funcionalidade", nº 014/2014 de 01/09/2014.

Implementação: NOC DGS "Doença Rara".

Realizar auditoria a todos os doentes com ostomia de eliminação urinária encaminhados para a consulta de ostomizados, de acordo com a NOC 012\_2016 de 28/10 "Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias de Eliminação Urinária em Idade Pediátrica e no Adulto".

Realizar auditoria a todos os doentes com ostomia de eliminação intestinal encaminhados para a consulta de ostomizados, de acordo com a NOC 015\_2016 de 28/10 "Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias de Eliminação Intestinal em Idade Pediátrica e no Adulto".

Implementação: NOC 18\_2014 de 9/12 atualizada em 27/4/2015 "Prevenção e Controlo de Colonização e Infeção por Staphylococcus aureus Resistente à Metilina (MRSA) nos Hospitais e Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados".

Implementação: NOC 19\_2015 de 15/12 ""Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical" através da monitorização da adesão às medidas preconizadas nos feixes de intervenções de prevenção e infeção do trato urinário com a realização de auditorias e dar continuidade à vigilância epidemiológica das ITU associadas a cateterismo vesical

Implementação: NOC 20\_2015 de 15/12 ""Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico" através da monitorização da adesão às medidas preconizadas nos feixes de intervenções de prevenção e controlo de infeção associada a dispositivos/procedimentos invasivos e de prevenção da infeção do local cirúrgico através da realização de auditorias e dar

continuidade ao programa de VE  
Implementação: NOC 22/2015 de 16/12 ""Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central" com continuidade de VE das INCS  
Implementação: NOC 02/2015 de 06/03 atualizada a 23/10/2015, "Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata".  
Formação sobre prevenção da doença renal crónica", de acordo com o ponto 9 do Despacho nº 3635/2013, As comissão do CHMT deve articular-se com a comissão do ACES, para o desenvolvimento de atividades conjuntas que promovam a monitorização e melhoria da qualidade.  
A Comissão Nacional de Acompanhamento da Diálise (Despacho nº 8234/2015), através da sua subcomissão de epidemiologia e prevenção da doença renal crónica, disponibilizou-se para organizar e ministrar as ações de formação referidas, podendo, para esse efeito, o coordenador da mencionada subcomissão, o Sr. Prof. Doutor Edgar Almeida, contactar o serviço de Nefrologia do CHMT.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-12-31


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


0

#### 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

-  - Definir o plano de auditorias clínicas.
- Realizar periodicamente auditorias internas para monitorização do grau de implementação das NOC.
- Publicar e promover a discussão de dados/indicadores sucessivos (evolutivos) dos indicadores das NOC selecionadas.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-12-31

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



A implementação da prescrição eletrónica na cirurgia do ambulatório continua presa por questões informáticas, que têm a ver com a necessidade de uma ligação no programa da Glint, que não está funcionante por incompatibilidade dos sistemas. Relativamente ao BO esta necessidade também foi identificada pela ACSS, no âmbito dos relatórios enviados pelo Monitor da Prescrição. Dora Melo vai falar com a Direção Clínica acerca da elaboração de protocolos de antibioterapia.  
PTs de antibioterapia deveriam ser os serviços (médicos) a propor à CFT e esta, se assim entender, pedir tb opinião ao GCL PPCIRA. (pasta prescrições)  
O CHMT através da sua CFT divulgou na intranet 1 formulário terapêutico interno com os medicamentos disponíveis e regras de prescrição.  
Têm sido introduzidos no SGICM stop order de acordo com recomendações de duração de tratamento de medicamentos, nomeadamente do Infarmed ou RCM.  
Têm sido apresentados junto do CA e outras comissões, nomeadamente CFT, com regularidade relatórios sobre evolução de consumos.  
Têm sido pedidos análise por grupo/área terapêutica, de forma a detetar oportunidades de intervenção.  
Trimestralmente tem sido elaborado o relatório da monitorização do consumo com medicamentos e MCDT, em articulação entre o Monitor da prescrição médica, Informática e Farmácia. No âmbito deste relatório, são enviados trimestralmente relatórios individuais aos médicos da instituição, para as prescrições internas e externas.  
Todos os serviços estão a fazer pedidos online, através do Sclínico, numa das seguintes opções:  
1- "MCDT"ou  
2- "Requisição análises (Modulab)". Na opção 1 obriga a impressão da requisição para posterior registo no SPC.  
Na opção 2 saem as etiquetas com códigos de barras para a identificação e processamento dos tubos. Só são utilizados pedidos em formato de papel quando falha informática.  
Os painéis gerais que têm todas as análises realizadas no SPC, estão desenvolvidos.  
Relativamente os painéis específicos para cada serviço existem apenas alguns (UCIP, Nefrologia, Saúde Ocupacional, Cirurgia). As impressoras "Zebras" já foram instaladas no SI de Torres Novas, no entanto não estão a ser utilizadas, estando dependentes da aplicação Modulab Colheitas (MC).

Está em curso a elaboração dos protocolos para os Serviços de Internamento. Existem constrangimentos sobre que serviço dará a formação (SPC ou Informática).  
Existem constrangimentos sobre que serviço dará a formação (SPC ou Informática).  
O ponto de controlo dos tubos está a ser feito na Pasta Partilhada do SPC em folha excel através do IMP.SPC.002/julho 2015.  
Não é viável porque a entrada é a data em que é colhido e não da realização da análise.  
As Técnicas da AP ainda não têm conhecimento se todos os resultados chegaram ao CHMT, mas não conseguem aceder ao relatório. O conhecimento, ou não, dos resultados não resolverá o problema de saber se existe algum problema com o acondicionamento e processamento das amostras. Propõe-se que o Diretor de Serviço reúna com a empresa solicitando um feedback destes assuntos em tempo útil.  
Neste momento a Informática procura uma forma de ser atribuído o código de exame pelo SAP, criando uma ligação do SIAP com a plataforma de emissão dos TR, e ainda incluir os exames complementares de imunohistoquímica, de forma a serem também emitidos na plataforma informática. Quando a amostra fosse recebida no SAP, juntamente com a requisição, e fosse registada no sistema informático de Anatomia Patológica, o código seria atribuído de acordo com os critérios estabelecidos.  
Imuno-hemoterapia: Já está implementado o sistema informático, que permite a ligação do Sclínico com o Sonho e a visualização dos resultados dos doentes.. Não foi possível implementar devido à inexistência de médicos em Torres Novas, pois a medicina não pode dar resposta à pediatria.  
Em Tomar existe a anestesia que poderá dar resposta.

#### Observações / Apoio

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

(anexe evidência) \*

3. Prescriçoes.zip  

#### Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Implementação da validação da prescrição do medicamento nos Serviços de Cirurgia do Ambulatório e Blocos Operatórios. No âmbito da implementação do Programa de Apoio à Prescrição Antimicrobiana (GCL-PPCIRA) foi discutida a pertinência da implementação da NOC "Duração antibioterapia. Poderão surgir oportunidades de novas implementação, uma vez que se o PAPA se encontra em desenvolvimento.

Atividades Propostas pelo Serviço de Patologia Clínica:

A prioridade é informatizar tudo em Torres Novas para depois prosseguir para os outros internamentos.

Existem constrangimentos informáticos na implementação dos pedidos com impressão do respetivo código de barras. Está aprovada a aquisição das impressoras necessárias mas ainda não estão disponíveis.

Já existem em TN as impressoras e agora vai avançar para formação, só depois é que avança para TMR e AB.

Efetuar todos os pedidos exclusivamente pela opção 2 (etiquetas com códigos de barras para a identificação e processamento dos tubos), conforme se verifica nos SU desde 2012.

Estabelecer protocolo e efetuar as análises para os Centros de Saúde.

Informatização dos registos de análises para o exterior.

Desenvolver painéis de registo ajustados às necessidades de cada serviço: protocolos para todos os serviços de Internamento.

Instalar a aplicação Modulab Colheitas em todos os computadores do SI.

Dar formação à equipa de Enfermagem sobre a aplicação Modulab Colheitas e correta utilização das etiquetas com códigos de barras. Desenvolver os pontos de saída dos contentores no Modulab.

Atividades Propostas pelo Serviço de Anatomia Patológica:

Permitir o acesso das técnicas de Anatomia Patológica aos resultados: espera-se que a Informática consiga aplicar este acesso no sistema informático que tem desenvolvido para a Anatomia Patológica, em simultâneo com a indicação da data de chegada do relatório, de forma a haver monitorização dos exames concluídos e dos que estão pendentes. No SClínico deveriam constar apenas duas categorias "Exame histológico de Anatomia Patológica" e "Exame citológico de Anatomia Patológica".

Implementar um questionário de controlo de qualidade para os Laboratórios contratualizados, de forma a avaliar a qualidade das amostras enviadas.

Necessária a contratação de um terceiro Técnico de Anatomia Patológica (TAP), cuja autorização se mantém em espera no Gabinete do Tesouro e Finanças, há ainda em falta uma Assistente Operacional (AO) e uma Assistente Técnica (AT).

Atividades propostas pelo Serviço de Imuno-hemoterapia:

Formação para enfermeiros e médicos no âmbito da medicina Transfusional, integrando todos os profissionais que intervêm na transfusão de produtos sanguíneos.

Assegurar que as análises efetuadas aos dadores ficam disponíveis no Sclínico.

Atividades propostas pelo Serviço Imagiologia:

- Eliminar a triagem de pedidos de Exames Imagiológicos feita pelos enfermeiros

- Eliminar a Requisição de Exames Imagiológicos não codificada

- Reforçar a equipa de Assistentes Operacionais, especialmente na Unidade de Abrantes; com alguma frequência, o doente internado fica sozinho ( sem qualquer apoio dum A. O.) enquanto espera pela realização do exame.

Atividades propostas pelo Serviço de Fisioterapia:

Registo da avaliação dos doentes que fazem tratamentos em regime ambulatorio feita em suporte informático tal como é feito para os doentes em regime de internamento.

Propõe-se para o ano 2018 a constituição da Equipa de Emergência interna em TN e TMR.

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

- Promover a formação aos serviços de Cardiologia e Pneumologia sobre a aplicação da TNF.  
Implementar a aplicação da Tabela Nacional de Funcionalidade, de acordo com as orientações da DGS, nos seguintes Serviços:  
Serviço de Pneumologia, no internamento, nos casos clínicos portadores de doença pulmonar obstrutiva crónica;  
Serviço de Cardiologia ou cirurgia cardiotorácica, no internamento, nos casos clínicos portadores de insuficiência cardíaca avançada;  
Serviço de Psiquiatria, no internamento, nos casos clínicos portadores de psicose funcional, sem causalidade orgânica identificada.  
Monitorizar os indicadores:  
nº total de pessoas saídas com registo da TNF / nº total de pessoas entradas e elegíveis para a aplicação da TNF;  
média do grau de funcionalidade dos doentes no momento da admissão;  
média do grau de funcionalidade dos doentes no momento da alta.  
Recolher trimestralmente os dados e enviar ao DQS.

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?

0.00 %

### Observações / Apoio

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

(anexe evidência)

SIE 2016.zip  

### Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Revisão da IT.GRL.355 - Auditoria aos registos de Enfermagem para incluir a nota de alta de enfermagem.  
Efetuar Auditorias Internas aos registos clínicos das notas de alta médica e de enfermagem.  
Monitorização semestral de percentagem de registos clínicos eletrónicos não conformes

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

Triagem de Manchester II

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)

00:10

**Demora média entre a triagem e a primeira observação médica:**

1.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:00
Laranja	00:56
Amarela	00:55
Verde	01:04
Azul	01:21
Branca	00:00

2.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:00
Laranja	01:05
Amarela	00:59
Verde	01:04
Azul	01:28
Branca	00:00

3.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:00
Laranja	00:57
Amarela	01:12
Verde	01:03
Azul	01:16
Branca	00:00

4.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:27
Laranja	01:00
Amarela	01:17
Verde	01:35
Azul	01:52
Branca	00:07

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	04:38
Laranja	06:19
Amarela	04:21
Verde	03:24
Azul	03:28
Branca	01:04

2.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	03:39
Laranja	06:08
Amarela	04:09
Verde	03:17
Azul	03:27
Branca	02:30

3.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	03:57
Laranja	06:07
Amarela	04:10
Verde	03:07
Azul	03:09
Branca	02:40

4.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	04:56
Laranja	06:18
Amarela	04:40
Verde	03:42
Azul	03:50
Branca	02:48

(anexe evidência) \*

7. Triagem.zip  

**B) Serviços de urgência pediátrica (se aplicável)**

A instituição dispõe de Serviço de Urgência Pediátrica?

Sim

Não

7.3) Identificação do Sistema de Triagem

Triagem de Manchester II

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)

00:09

**Demora média entre a triagem e a primeira observação médica:**

1.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:15
Laranja	00:22
Amarela	00:38
Verde	00:49
Azul	00:56
Branca	00:00

2.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:06
Laranja	00:19
Amarela	00:31
Verde	00:37
Azul	00:41
Branca	00:22

3.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:07
Laranja	00:19
Amarela	00:32
Verde	00:36
Azul	00:39
Branca	00:33

4.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:14
Laranja	00:24
Amarela	00:45
Verde	01:15
Azul	00:36
Branca	01:06

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	04:48
Laranja	04:36
Amarela	04:07
Verde	03:18
Azul	02:20
Branca	00:00

2.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	06:53
Laranja	04:11
Amarela	03:51
Verde	03:10
Azul	03:36
Branca	03:06


3.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	06:22
Laranja	03:46
Amarela	03:26
Verde	02:35
Azul	02:28
Branca	02:53

4.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	02:56
Laranja	04:39
Amarela	04:13
Verde	03:16
Azul	02:46
Branca	03:38

(anexe evidência) \*

7. Triagem.zip  

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) \*

8. Projetos de Boas Práticas.zip  

**Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

Projetos a considerar integrar no plano de 2018:

- i. gabinete de informação à família - SUMC Abrantes;
- ii. consulta de ostomizados;
- iii. ventiloterapia - Pneumologia TN e UCIP ABT;
- iv. exercício laboral promovido pelo Serviço de Saúde Ocupacional;
- v. ensino ao doente de Ortopedia;
- vi. ensino ao utente (internado) com diabetes;
- vii. exercício para utentes com diabetes;
- viii. consulta de enfermagem em Reumatologia;
- ix. consulta de enfermagem em Fototerapia;
- x. apoio ao doente com esclerose múltipla.

Demonstrar os resultados obtidos (Ex: valor acrescentado para o utente, o profissional e a instituição através de indicadores; capacidade de replicação noutros serviços).

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) \*

9. Investigação.zip  

#### Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta

 Desenvolver e/ou participar em atividades de Ensaio Clínicos quando solicitados.

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?

Foi proposta ação de sensibilização dos profissionais referentes às dimensões: D12; D8 e D9. do questionário de avaliação da cultura de segurança, que foi aprovada pelo CA.

A formação foi aprovada, pretende-se que os todos os elementos da CQSD participem, dividindo os temas por cada elemento.

Esta formação será para os membros da Comissão e a Direção Clínica darem em conjunto e até ao final do ano não haverá disponibilidade para tal, pelo que o seu agendamento passará para 2018.

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

(anexe evidência) \*

Formação CS.pdf  

#### Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Promover uma ação de sensibilização aos profissionais referentes às dimensões: D12; D8 e D9.

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

Existem diversos ensinamentos ao doente protocolados:

- PT.GRL.016 – Ensino ao utente em situação de isolamento;
- PT.GRL.073 – Ensino sobre cuidados com as ostomias de eliminação;
- PT.GRL.094 – Ensino sobre utilização do colete de Jewet;
- PT.GRL. 095.01 – Ensino sobre a gestão da dor: no SClínico foram mobilizadas 1022 status parametrizados pelo PNU para o Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de alívio da dor e 1022 do Conhecimento sobre estratégias de alívio da dor.
- PT.GRL.096.02- Ensino à pessoa com Diabetes: no SClínico foram mobilizadas 586 status parametrizados pelo PNU para o Potencial para melhorar conhecimento sobre Diabetes e 1207 do Conhecimento sobre diabetes.

- PT.GRL.097.03- Ensino à pessoa submetida a ventiloterapia: no SClinico foram mobilizadas 32 status parametrizados pelo PNU para o Potencial para melhorar conhecimento sobre ventilação e 28 do Conhecimento sobre ventilação.

São fornecidos diversos folhetos Informativos aos utentes nos serviços de urgência:

- Imobilizações gessadas – braços;
- Imobilizações gessadas – pernas;
- Orientações ao utente com Diarreia;
- Orientações ao utente com Febre;
- Orientações ao utente com Hipertensão Arterial;
- Traumatismo Craneano.

No SClinico foram mobilizadas 2699 intervenções "Providenciar material de leitura" parametrizados pelo PNU nos serviços de urgência.



#### Observações / Apoio

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

2.1.) segurança do profissional

A avaliação da cultura de segurança nos Hospitais decorreu até ao dia 15/06/2016. Foi divulgado, internamente, nos recibos de vencimento dos colaboradores e

(anexe evidência) \*

A. Cultura de Segurança.zip  

#### Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Promover ensino aos doentes com avaliação da eficácia.

Promover a avaliação da cultura de segurança.

Avaliar o volume de notificação de eventos e do empenhamento na eliminação das causas.

Promover uma ação de sensibilização dos profissionais referentes às dimensões D12, D8 e D9 do Questionário da avaliação da cultura de segurança.

Desenvolver ações de formação e sensibilização para os profissionais, respeitantes à segurança do doente e do profissional.

Assegurar a formação dos doentes através de ensinamentos e da disponibilização de folhetos e afixação de cartazes.

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 / Apoio

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

#### Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Realização de auditorias internas sobre as transferências de informação nas Transições de cuidados.

Revisão da IT.GRL.355 - Auditoria aos registos de Enfermagem para incluir a nota de alta de enfermagem.

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?

0 (%)

#### 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) \*

4.docx  

#### Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Atualizar a norma interna referente aos procedimentos de segurança pré-operatória.  
Com a realização das auditorias interna à LVSC, monitorizar a taxa de não conformidade da utilização da LVSC.  
Promover formação aos profissionais dos Blocos Operatórios e Cirurgias de Ambulatório.  
Com a realização das auditorias interna à LVSC, Monitorizar a taxa de conformidade: nº de respostas do tipo "não" dos critérios de auditoria interna / total de respostas.  
Implementar as medidas corretivas resultantes das não conformidades detetadas.

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 intervençionados.

Local cirúrgico errado:  (%)

Procedimento errado:  (%)

Doente errado:  (%)

Retenção de objetos estranhos no local cirúrgico:  (%)

Morte intraoperatória em doentes ASA1:  (%)

(anexe evidência) \*

4.docx  

**Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

Com a realização das auditorias interna à LVSC, Monitorizar a taxa de incidentes inadmissíveis por tipo / nº de doentes intervençionados.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-12-31

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

Realizar auditorias internas aos procedimentos de CSSV.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-12-31

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

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

(anexe evidência) \*

Relatório Notificação de Eventos\_2017.pdf  

**Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

Monitorizar as notificações de incidentes relacionados com procedimentos cirúrgicos ocorreram na instituição.  
Solicitar análise de incidentes e promover a implementação de ações de melhoria.

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) \*

LASA.zip  

**Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

manter atualizada a lista de medicamentos LASA

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) \*

LASA.zip  

**Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

Identificar nas etiquetas de armazenamento as descrições com Tall-man- lettering (presentemente só o medicamento reembalado traz esta nomenclatura)

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-12-31

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



5

**Observações / Apoio**

Indicar:

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

(anexe evidência) \*

10.2 intervenções.zip  

**Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

Monitorizar a ocorrência de eventos e definir as ações corretivas e preventivas.  
Implementar prescrição eletrônica no Bloco Operatório e Cirurgia do Ambulatório.  
Monitorizar a ocorrência de eventos e definir as ações corretivas e preventivas.  
Elaborar um ponto de situação sobre a interação entre utentes e farmacêuticas.  
Consolidar estratégias de implementação/sistematização da reconciliação terapêutica  
Reforçar este trabalho depois de analisar os dados obtidos decorrente desta atividade em 2017

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) \*

MAM.zip  

**Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

Continua a necessidade em 2018, de promover, através da intranet, ações de sensibilização sobre o tema, nomeadamente através da criação de fichas técnicas para cada MAM identificada no CHMT.

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) \*

12.zip  

**Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

Tall Man Lettering aplicado no processo de reembalamento de formulações sólidas. E nas zonas de armazenamento do Serviço Farmacêutico, nas suas 3 unidades. Resta contudo implementar esta metodologia nas etiquetas nos diversos serviços. O Serviço Farmacêutico propôs-se elaborar umas fichas técnicas para os MAM listados na referida norma.

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

Monitorizar a ocorrência de eventos e definir as ações corretivas e preventivas.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-12-31

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

49

**Observações / Apoio**

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

(anexe evidência) \*

Auditoria.zip  

**Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

reforçar a atividade no controlo de práticas seguras do medicamento através de auditorias internas.

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).

**Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

O Serviço Farmacêutico prevê insistir na necessidade identificada, através de novo contacto com a Associação Portuguesa de Farmacêuticos Hospitalares, uma vez que acordada uma formação/implementação com apoio no terreno, por profissionais com reconhecida mestria na área.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-12-31

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

Encontram-se em análise estratégias de implementação; uma primeira abordagem está em



análise nas Cirurgias, e Ortopedias. Foi pedida a várias farmacêuticas, a recolha de dados para os seus serviços de forma a possibilitar primeiro ponto de situação no final de 2016.

Relativamente à medicação do domicílio, a reunião com a Comissão de Farmácia e Terapêutica da ARS, não apontou para nenhuma necessidade de alteração ao procedimento em vigor na instituição: prescrição de medicação que não integra formulário terapêutico interno em "outra medicação", sendo então solicitada ao utente/prestador de cuidados.

#### 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) \*

6. Reconciliação.zip  

#### Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

O SF deve reconsiderar a capacidade de implementar a reconciliação num serviço piloto, no momento da alta, conforme previsão feita para ano anterior.

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) \*

1. Estratégia.zip  

#### Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Assegurar o cumprimento das seguintes normas internas através de auditoria interna sobre identificação correta dos doentes:  
PT.GRL.006 - Identificação dos Utentes;  
IT.GRL.018 - Identificação de Recém-Nascidos;  
IT.SIH.016 - Rotulagem e Envio de Componentes Sanguíneos e Hemoderivados;  
IT.SPC.011 - Normas de Identificação do Utente.

Aquisição de pulseiras estanques de identificação dos doentes que garantam a integridade dos dados.  
Garantir verificação cruzada da identificação com Recetor – Amostra – Pedido - Componentes sanguíneos;

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-12-31

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

3

#### Observações / Apoio

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

(anexe evidência) \*

2. Eventos.zip  

#### Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Monitorizar a ocorrência de eventos e definir as ações corretivas e preventivas.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-12-31

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.

(anexe evidência) \*

3. Auditorias.zip  

**Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

Realizar auditorias internas para monitorização do cumprimento das normas.  
Implementar as ações preventivas e corretivas decorrentes das auditorias.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-06-30

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

Foram reforçadas a implementação das 3 medidas cruciais para assegurar a segurança na transfusão: Em doentes grupados pela 1ª vez no Serviço de Imuno-hemoterapia do CHMT, é colhida uma 2ª amostra de sangue para confirmação de grupo sanguíneo antes da aplicação da transfusão, exceto na pediatria em que a identificação do doente (para a colheita da amostra para os testes pré-transfusionais e para a administração) é efetuada por 2 enfermeiros. (Anexo IMP.SIH.090).

Para se promover a diminuição dos pedidos de 2ª amostra para confirmação do grupo em doentes grupados pela 1ª vez no CHMT, através da Comissão da Transfusão, dinamizaram o pedido de grupo sanguíneo nas consultas pré-anestésicas.

A Direção do serviço de Imunohemoterapia solicitou uma consulta a um fornecedor, que tem maior implementação no mercado, de um sistema de segurança na transfusão de componentes sanguíneos para implementar no CHMT em todos os serviços onde se faz transfusão.

A classificação do grupo sanguíneo AB0 do doente (Anexo IMP.SIH.12.04), à cabeceira (antes da administração da transfusão sanguínea) é um dos procedimentos utilizados no serviço de Imuno-hemoterapia, com o objetivo de aumentar a segurança transfusional.

Esta metodologia é aplicada nos seguintes serviços: Nefrologia (Internamento e Hemodialise) – Torres Novas;

Hospital de Dia – Tomar;

UCPC – Tomar;

Hospital de Dia – Torres Novas;

Bloco Operatório - Tomar e Abrantes;



UCIP - Abrantes.

Monitorização de indicadores que permitem verificar a segurança transfusional.

**Observações / Apoio**

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

(anexe evidência) \*

4. Práticas seguras.zip  

**Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

Formar os alguns serviços para as medidas de segurança na transfusão, com confirmação do grupo sanguíneo AB0 à cabeceira, antes da administração da transfusão.

Implementar um sistema de segurança na transfusão de componentes sanguíneos no serviço de urgência da Unidade de Abrantes devido à complexidade e especificação deste serviço.

Alargar a outros serviços a implementação da classificação do grupo sanguíneo AB0 do doente, à cabeceira (antes da administração da transfusão sanguínea), pois é um dos procedimentos do sistema de hemovigilância, utilizados no serviço de Imuno-hemoterapia, com o objetivo de aumentar a segurança transfusional.

Monitorização de indicadores que permitem verificar a segurança transfusional.

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

(anexe evidência) \*

G. Prevenir a ocorrência de quedas.zip  

**Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

Garantir o cumprimento das normas internas implementadas:

- IT.GRL.409 – Avaliação do risco de Queda;
- PT.GRL.047 – Medidas de segurança na Prevenção da Queda e Agressão.

Melhorar a operacionalidade dos documentos de trabalho existentes.

Garantir a execução das medidas de melhoria propostas no relatório (ex.: Melhoria dos registos de enfermagem para que os dados dos indicadores sejam fidedignos).

Monitorização contínua de indicadores:

- Taxa de conformidade da aplicação do protocolo;
- Taxa de incidência de quedas;
- Taxa de efetividade diagnóstica do risco de queda;
- Taxa de efetividade na prevenção de quedas.

Efetuar relatório anual (2018) com as propostas das ações de melhoria pelo grupo de Enfermagem das quedas.

Analisar a sugestão de melhoria proposta pelo grupo da especialidade de saúde mental para definir estratégias de melhoria para diminuir o impacto dos fatores desencadeantes das quedas identificadas.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não

2018-12-31



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

241

**Observações / Apoio**

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

(anexe evidência) \*

G. Prevenir a ocorrência de quedas.zip  

**Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

Monitorizar a ocorrência de eventos e definir as ações corretivas e preventivas.

Definir estratégias de melhoria face às não conformidades detetadas nas auditorias, nomeadamente: transmitir a informação das não conformidades detetadas ao enfermeiro chefe/responsável de serviço e enfermeiro elo, com o intuito de estes realizarem melhorias no serviço devendo os mesmos realizar evidência das ações tomadas.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não

2018-12-31



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

210

**Observações / Apoio**

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

(anexe evidência) \*

G. Prevenir a ocorrência de quedas.zip  

**Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

Realizar auditorias internas mensalmente aos processos de enfermagem com incidência de quedas.

Definir estratégias de melhoria face às não conformidades detetadas nas auditorias.

Transmitir mensalmente a informação das não conformidades detetadas ao enfermeiro chefe/responsável de serviço e enfermeiro cooperante, com o intuito de estes realizarem melhorias no serviço devendo os mesmos realizar evidencia das ações tomadas.

Encerrar a edição de eventos até ao primeiro dia útil do mês seguinte.

Implementar as ações preventivas e corretivas decorrentes das auditorias.

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) \*

F. Prevenir a ocorrência de úlceras de pressão.zip  

**Proposta de atividades para o próximo ano**



Adicionar Proposta

Garantir o cumprimento das normas internas implementadas: PT.GRL.052 – Medidas de Prevenção Face ao Risco de Úlcera de Pressão; IT.GRL.354 – Avaliação do Grau de Risco de Úlcera de Pressão; IMP.GRL.360 – Medidas de prevenção de úlceras de pressão.

Elaboração e divulgação da Instrução de Trabalho "Tratamento de Úlceras por Pressão".

Elaboração de uma ação de sensibilização, nas 3 Unidades, dando especial atenção:

- implementação da nova plataforma de gestão do risco (Her+);

- melhoria dos registos das UP em Clínico

Monitorização contínua de indicadores:

- Taxa de incidência de úlceras de pressão;

- Taxa de prevalência de úlceras de pressão;

- Taxa de efetividade diagnóstica do risco de úlceras de pressão;

- Taxa de efetividade de prevalência de úlceras de pressão;

- Taxa de resolução (cicatrização) de úlceras de pressão.

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?

432

#### Observações / Apoio

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

(anexe evidência) \*

F. Prevenir a ocorrência de úlceras de pressão.zip



#### Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

- Monitorizar a ocorrência de eventos e definir as ações corretivas e preventivas.

- Efetuar relatório anual (2018) com as propostas das ações de melhoria pelo grupo de Enfermagem das úlceras de pressão.

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?

317

#### Observações / Apoio

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

(anexe evidência) \*

F. Prevenir a ocorrência de úlceras de pressão.zip



#### Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

- Realizar auditorias internas aos processos de enfermagem com incidência de úlceras de pressão.

- Implementar as ações preventivas e corretivas decorrentes das auditorias.

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.

(anexe evidência) \*

H. Notificação, analise eventos.zip



#### Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Implementar o programa de gestão de risco, da RISI, para gestão dos eventos adversos reportados.

Acompanhar a notificação de eventos no sistema nacional de notificação, avaliar as causas com os profissionais envolvidos, propor as ações corretivas decorrentes das notificações ocorridas e controlar a eficácia das mesmas.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não

2018-12-31

Em 2017 foram notificados 1198 eventos.  
Para as tipologias de eventos mais notificadas no



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

CHMT foram desenvolvidas medidas para prevenir a sua ocorrência (anexo relatório de eventos) a referir:

- Atrasos no Transporte de Doentes – Contactos sistemáticos com a central de transportes.
- Consultas, sessões e MCDDT – Efetuada reunião com a empresa de análises de anatomia patológica para solucionar os problemas existentes.
- Roupa (Distribuição, Qualidade e Rutura de stock) - Informação e penalização da empresa responsável pela reposição de roupa.
- Limpeza - Informação e penalização da empresa responsável pela limpeza.
- Instalações – Aquisição de equipamentos de ar condicionado.

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

(anexe evidência) \*

H. Notificação, analise eventos.zip  

**Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

Para as tipologias de incidentes de segurança do doente com maior prevalência no CHMT, definir e implementar medidas preventivas medidas preventivas.

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.

(anexe evidência) \*

H. Notificação, analise eventos.zip  

**Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

Promover anualmente uma auditoria interna e outra externa ao Serviço de Gestão da Qualidade, que é responsável pela gestão dos eventos notificados, de forma a avaliar a metodologia de análise dos incidentes notificados.

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) \*

V. Epidemiológica.zip  

**Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

Monitorizar as infeções associadas a cuidados de saúde, através dos programas de incidência de infeção, nomeadamente:  
Infeções da corrente sanguínea - VE-INCS.  
Vigilância da infeção nosocomial do trato urinário.  
- Vigilância das infeções na UCI - HELICS UCI.  
- Vigilância da ILC - HELICS ILC.

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

(anexe evidência) \*



V. Epidemiológica.zip  

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

(anexe evidência) \*

V. Epidemiológica.zip  

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

(anexe evidência) \*

V. Epidemiológica.zip  

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) \*

31. Divulgação dos dados das IACS Intranet.docx  

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.

(anexe evidência) \*

32. Notificação INSA.docx  

#### Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Monitorizar e notificar atempadamente os microrganismos alerta e problema. para o INSA/DGS/PPCIRA.

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 líquido) 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?

47.00 %

#### Observações / Apoio

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

(anexe evidência) \*

32.1. Análise micrbiológica.docx  

#### Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Monitorizar a Implementação do PT.CCI.002.02 - Atuação perante SAMR e a deteção Precoce de SAMR e da IT.CCI.009.01 - Deteção Precoce de Staphylococcus Aureus Meticilino-Resistentes, através da realização de auditorias

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) \*

32.2. PT.CCI.002.03 - Atuação perante Staphylococcus aureus metilino-resistente - SAMR.pdf  

**Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

Monitorizar a implementação do PT.CCI.002.03 - Atuação perante SAMR, através da realização de auditorias

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-12-31

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

Se sim, em que percentagem de serviços clínicos/áreas de atendimento?

100.00 %

(anexe evidência) \*

32.3 Formação.zip  

**Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

Desenvolvimento do programa que permita fazer a avaliação do risco individual do doente na sua admissão.

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.

(anexe evidência) \*

PAPA.zip  

**Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

Pretende-se no ano 2018 repensar a estratégia de implementação do PAPA na instituição dependendo da resolução dos constrangimentos relacionados com o programa informático

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 prescretores/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) \*

ATB.zip  

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 Carbapenemes em DDD (Hospitais) ou em número de embalagens/despesa (ACES).

(anexe evidência) \*

ATB.zip  

**Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

- Monitorizar o consumo de carbapenemes.  
- Desenvolver ações para diminuição do consumo.

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) \*

ATB.zip  

**Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

- Monitorizar o consumo de quinolonas.  
- Desenvolver ações para diminuição do consumo.

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

BO Abrantes,  
BO Tomar  
BO Torres Novas

**Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

Monitorizar a adesão às medidas preconizadas nos feixes de intervenções de prevenção e controlo de infeção associada a dispositivos/procedimentos invasivos e ode prevenção da infeção do local cirurgico através da realização de auditorias

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

Monitorizar a adesão às medidas preconizadas nos feixes de intervenções de prevenção eda infeção do trato urinário através da realização de auditorias e dar continuidade á vigilância epeidemiológica das ITU associadas a cateterismo vesical

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

Continuidade da VE da INCS

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

Continuidade da VE do Hellics UCI a realizar pela UCIP

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não

2018-12-31

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?

100.00 %

**Observações / Apoio**

Anexar cópia de formulário de adesão/resultados obtidos

(anexe evidência) \*

38. HM.2016 - resumo de 2016.pdf  

**Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

- Realização de auditorias à implementação das precauções básicas do controlo da infeção.  
- Monitorizar a Implementação da Campanha de precauções básicas de controlo de infeção em todos os serviços clínicos do CHMT.  
- Manter a monitorização da higiene das mãos e da utilização de luvas em todos os Serviços clínicos do CHMT.

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) \*

38. HM.2016 - resumo de 2016.pdf  

**Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

- Manter a monitorização da higiene das mãos em todos os Serviços clínicos do CHMT.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não

2018-12-31

38.3) Módulo de monitorização do uso de luvas?

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) \*

38.3.jpg  

**Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

- Manter a monitorização da utilização de luvas em todos os Serviços clínicos do CHMT.

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) \*

39. Plano ação GCL-PPCIRA 2017.pdf  

**Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

Elaborar um plano de ação para 2018 na área da prevenção e controle de infecção, das resistências aos antimicrobianos e prescrição de antimicrobianos

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-03-31



40) A Instituição elaborou um relatório de ação na área da prevenção e controle de infecção, 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

(anexe evidência) \*

40. Divulgação dos dados das IACS Intranet.docx  

**Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

Elaborar um relatório de ação na área da prevenção e controle de infecção, das resistências aos antimicrobianos e da prescrição antimicrobiana e disseminar a informação pelos gestores e grupos profissionais

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

Indique os FTE\* do GCL-PPCIRA, por grupo profissional

a) Coordenador

2

b) Médicos

28

c) Enfermeiros do Núcleo Executivo do GCL-PPCIRA

105

Anexar composição do GCL-PPCIRA e carga horária (FTE\*) afeta aos seus membros

**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.

(anexe evidência) \*

nomeacao GCL PPCIRA.png  

42) A Instituição definiu um programa interno de formação, a abranger as temáticas da prevenção e controle de infecções 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) \*

42 Formação.zip  

**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?

**Observações / Apoio**  
Identificar instrumento de avaliação da

Sim  Não

satisfação e  
apresentar  
principais  
resultados.

(anexe evidência) \*

Avaliação da satisfação.zip  

#### Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

- Avaliar a satisfação dos utentes do CHMT e dos doentes dos serviços certificados, aplicando os questionários aos utentes.
- Implementar medidas de melhoria decorrente dos resultados da avaliação da satisfação dos utentes.
- Continuar o acompanhamento pelos responsáveis de Unidade da Gestão de Doentes, na abordagem ao utente aquando da entrega do questionário, de modo a motivar a resposta ao questionário, estas ações terão também aproveitamento para a abordagem ao utente para a entrega da informação dos custos em saúde e também da notificação das taxas em dívida.
- Obter mensalmente a resposta aos questionários de modo a perfazer a amostra dos 5% conforme previsto IT.GRL.205.
- Supervisionar a manutenção dos recetáculos nos Serviços de Urgência e Consulta.
- Solicitar a divulgação no site do CHMT dos serviços por Unidade.
- Renovar o documento da carta dos direitos e deveres dos doentes, nas salas de espera.
- Solicitar a passagem, nos plasmas das salas de espera, de uma mensagem a incentivar a resposta aos inquéritos.
- Verificar a hipótese de alternativas ao modelo de distribuição e receção de respostas dos inquéritos.
- Testar a metodologia de questionário telefónico para a Urgência, local onde os doentes são mais resistentes ao seu preenchimento.
- Rever os questionários de avaliação da satisfação dos doentes, de modo a inserir um campo de escrita livre para justificar os casos de insatisfação. Desta forma, consegue-se atuar de forma eficaz nas problemáticas que ocorram no CHMT e que são motivo de insatisfação dos doentes.
- Elaborar o relatório com os resultados obtidos da avaliação da satisfação dos utentes.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-12-31

## 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).

#### Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta

 Avaliar a possibilidade de concluir a implementação do modelo de acreditação hospitalar, que o CHMT adotou em 2004, referencial Joint Commission International.

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) \*

2. Certificação.zip  

#### Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta

 - Consolidação da certificação nos serviços certificados;  
- Realização de auditorias internas;  
- Identificação das não conformidades e observações;  
- Acompanhamento mensal das ações corretivas e preventivas;



- Avaliação do grau de execução das ações corretivas e preventivas;
- Avaliação do grau de eficácia das ações corretivas e preventivas implementadas;
- Realização da auditoria externa.

Desenvolvimento de novos processos de certificação (Extensão do âmbito).

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?



O CHMT promove diversas iniciativas de divulgação de informação ao doente, no âmbito da sua segurança:

- IT.CCI.006 - Sinalização de Utentes em Isolamento
- Cartaz. Sinalização de utentes
- Monitor televisivo nas salas de espera das 4 urgências do CHMT com informação de tempo de espera para atendimento médico segundo as prioridades da triagem de manchester
- folhetos informativos e preparações desenvolvidos internamente

#### Observações / Apoio


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

(anexe evidência) \*

1. Informação utentes.zip  

#### Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta

 Promover a divulgação de informação ao utente no âmbito da sua segurança através de cartazes, folhetos, sistema televisivo interno, internet, etc.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-12-31

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

Existem diversos ensinios ao doente protocolados:

- PT.GRL.016 – Ensino ao utente em situação de isolamento;
- PT.GRL.073 – Ensino sobre cuidados com as ostomias de eliminação;
- PT.GRL.094 – Ensino sobre utilização do colete de Jewet;
- PT.GRL. 095.01 – Ensino sobre a gestão da dor;
- PT.GRL.096.02- Ensino à pessoa com Diabetes;
- PT.GRL.097.03- Ensino à pessoa submetida a ventiloterapia.



São fornecidos diversos folhetos Informativos aos utentes:

- Imobilizações gessadas – braços;
- Imobilizações gessadas – pernas;
- Orientações ao utente com Diarreia;
- Orientações ao utente com Febre;
- Orientações ao utente com Hipertensão Arterial;
- Traumatismo Craneano.

#### Observações / Apoio


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

(anexe evidência) \*

2. Formação utentes.rar  

#### Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta

 Promover ensino aos doentes com avaliação da eficácia.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-12-31

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



Tendo em conta que compete ao Gabinete do Cidadão propor medidas ou recomendações consideradas necessárias para melhorar o

funcionamento e a organização da Instituição, nos aspetos mais visados pelos utentes, sempre que na sequência de algumas exposições, foram identificados procedimentos desadequados ou suscetíveis de melhoria, foram efetuadas propostas de revisão, agilização ou alteração. No âmbito da otimização de resultados e diminuição do número de reclamações para 2017, propõe-se:

- Definição de um Circuito de Comunicação de Irregularidades no cumprimento de prazos de respostas aos pedidos de audição, com efetiva indicação de procedimento suscetível de levantamento de não conformidade (para concretização até 31.02.2017);
- Reforço de formação sobre comunicação interpessoal e gestão de conflitos com obrigatoriedade de frequência a todos os profissionais em contacto direto com o público;
- Afiinação de alguns procedimentos relacionados com os Serviços de Gestão de Doentes e Informático, tais como:
  - Alteração do sistema de agendamento de consultas e de aviso do dia/hora das mesmas por SMS, de forma a adequar a presença do utente à hora real da realização da consulta; Ajuste das siglas nas convocatórias para consulta de modo a tornar mais perceptível a Unidade de realização da mesma;
  - Implementação de referência para pagamento de taxas moderadoras por sistema Multibanco;
  - Monitorização do tempo de espera para atendimento médico ao nível da consulta externa e afinação dos sistemas de informação ao utente para eventualidades anómalas a este nível.
  - Monitorização dos serviços prestados pelas empresas concessionadas para transporte de transferência intra e inter hospitalar;
  - Implementação de medidas que assegurem o cumprimento de prazos para emissão de pedidos de informação clínica;
  - Implementação de medidas que assegurem o cumprimento dos períodos de informação aos familiares dos utentes em situação de internamento.

**Observações / Apoio**  
Identificar as principais causas de reclamações e quais as principais medidas implementadas.

(anexe evidência) \*

3. Reclamações.rar  

**Proposta de atividades para o próximo ano**

 Adicionar Proposta

 Identificar as principais causas de reclamação e definir as medidas a implementar.

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 \* 2018-01-31

Adicionar documento: \* Relatório\_Plano CQS 2018.pdf  

Homologação do Plano de Atividades pelo Diretor-Geral da Saúde

Data de homologação \* 2018-06-21

Adicionar documento:  Seleccione...

Ano 

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

Plano anos anteriores

retroceder\_para\_plano\_homologado