

# Plano homologado pelo Diretor-Geral da Saúde

Ano

Entidade: \*

Morada:

Código Postal

N.º de camas:

ARS:

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

## PLANO DE ATIVIDADES

Preenchimento do Relatório de Atividades concluído?  Sim  Não

### 1. MELHORIA DA QUALIDADE CLÍNICA E ORGANIZACIONAL

#### Relatório de atividades / Plano de Ação

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

Relatório de atividades (1 de Novembro do ano anterior a 30 de Novembro do ano atual)

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 e promover a discussão das NOCs pertinentes para cada serviço do CHBV. Motivar a participação na discussão pública no período de auscultação das NOCs.  
 Manter as auditorias às Normas implementadas e alargar a outras NOCs. Divulgar os resultados das auditorias e implementação de medidas de melhoria.

Atividade conjunta	*Identifique a entidade*	Prazo de Execução *
Sim	Direção Clínica e direção de Enfermagem	2017-11-30

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

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

(anexe evidência) \*

RELATÓRIO ANUAL.GCL-PPCIRA.2015.zip

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Manter as auditorias às Normas implementadas e alargar a outras NOCs. Divulgar os resultados das auditorias e implementação de medidas de melhoria.

Volta	Atividade conjunta *Identifique a entidade *	Prazo de Execução *
Sim	Direção Clínica e direção de Enfermagem	2017-11-30

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

Implementado sistema de alerta na prescrição informática com obrigatoriedade de fundamentação da antibioterapia.

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

(anexe evidência) \*

Contextualizac, a~o terpe^utica 2016.pdf

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Envolvimento dos serviços responsáveis por MCDT no desenvolvimento de melhorias para a prescrição.

Atividade conjunta *Identifique a entidade *	Prazo de Execução *
Sim	PPcira-Comissão de Fármácia Diretores de Serviço

**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

Implementar a Tabela Nacional de Funcionalidades em pelo menos um dos serviços do CHBV estipulados pelo despacho. Formação organizada pela DGS/Departamento da Qualidade, de forma a obter respostas às questões já colocadas e às que venham a surgir.

Atividade conjunta *Identifique a entidade *	Prazo de Execução *
Sim	Diretor de Serviço e equipa nomeada para TNF

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) Qual a percentagem de registos clínicos eletrónicos não conformes no âmbito do ponto n. 7 do despacho 2784/2013 de 20/02?

26.60 %

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

(anexo evidência)

Alta Médica e Enfermagem\_2016.docx  

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Auditorias cartas de alta semestrais / Medidas a implementar:  
Divulgação dos resultados aos diretores, gestores e enfermeiros responsáveis dos diferentes Departamentos e serviços do CHBV;  
Eliminação das várias opções de relatórios de alta atualmente disponíveis no sistema informático, ficando apenas possível realizá-lo em "Alta", sob a forma de "Nota de Alta";  
Adaptação do programa informático, pelo Serviço de Informática e Análise de Sistemas ou pelos SPMS, para que surjam automaticamente o nome, número de cédula profissional e endereço eletrónico de todos os profissionais envolvidos na Nota de Alta (médico responsável, enfermeiro responsável e médico de medicina geral e familiar ou sua inexistência);  
Mantermo-nos à disposição para sessões de divulgação e esclarecimento;  
Receber sugestões de otimização, reencaminhando-as para os SPMS.

Atividade conjunta \*Identifique a entidade \* Prazo de Execução \*

Sim	Enfermeiros e médicos	2017-11-30
-----	-----------------------	------------

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

7.1) Identificação do Sistema de Triagem

Protocolo Manchester versão 2

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:	11.00
Demora média entre a triagem e a primeira observação médica por prioridade "Vermelha":	40.00
Demora média entre a triagem e a primeira observação médica por prioridade "Laranja":	31.00
Demora média entre a triagem e a primeira observação médica por prioridade "Amarela":	60.00
Demora média entre a triagem e a primeira observação médica por prioridade "Verde":	90.00
Demora média entre a triagem e a primeira observação médica por prioridade "Azul":	180.00
Demora média entre a triagem e a primeira observação médica por prioridade "Branco":	40.00
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 por prioridade "Vermelha":	384.00
Demora média entre a triagem e saída do doente do serviço de urgência por prioridade "Laranja":	401.00
Demora média entre a triagem e saída do doente do serviço de urgência por prioridade "Amarela":	193.00
Demora média entre a triagem e saída do doente do serviço de urgência por prioridade "Verde":	173.00
	284.00

Demora média entre a triagem e saída do doente do serviço de urgência por prioridade "Azul":

Demora média entre a triagem e saída do doente do serviço de urgência por prioridade "Branco":

133.00

(anexe evidência)

DADOS\_URGENCIA\_20151101\_a\_20161130\_em\_20170206\_final (4).pdf  

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) \*

Candidatura14 boas praticas 2016.pdf  

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Durante o ano de 2017, o "Giz da Enfermagem" ser utilizado por todos os serviços clínicos do CHBV.

Atividade conjunta \*Identifique a entidade \* Prazo de Execução \*

Sim	Direção de Enfermagem e enfermeiros chefes.	2017-11-30
-----	---------------------------------------------	------------

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

Sim  
 Não

**Observações / Apoio**  
Anexar lista de estudos em curso.

(anexe evidência) \*

atividade clinica CHBV 2016.zip  

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Continuar os estudos em curso e participar na investigação clínica.

Atividade conjunta \*Identifique a entidade \* Prazo de Execução \*

Sim	Serviço Formação e investigação e Diretores Serviços Clínicos	2017-11-30
-----	---------------------------------------------------------------	------------

# Plano homologado pelo Diretor-Geral da Saúde

Ano:

Entidade: \*

Moreda:

Código Postal:

N.º de camas:

ARS:

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

## PLANO DE ATIVIDADES

Preenchimento do Relatório de Atividades concluído?  Sim  Não

### 2. REFORÇO DA SEGURANÇA DOS DOENTES

#### Relatório de atividades / Plano de Ação

#### Prioridade II: Reforço da Segurança dos Doentes

##### Cultura de Segurança

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

Analisadas as recomendações da DGS sobre os resultados da avaliação da segurança do doente ficou decidido que o CHBV está em processo de ajuste de dotações de profissionais, após o qual estão criadas as condições para implementar uma efetiva Gestão de Risco que reforça a comunicação acerca do erro e a notificação não punitiva, processo já iniciado em 2016.

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

(anexo evidência) \*

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Após ajuste de Dotação dos profissionais reforçar a efetiva implementação do registo interno de eventos adversos, que inclui formação em toda a abrangência da gestão de risco.

Atividade conjunta \* Identifique a entidade \* Prazo de Execução \*

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

2.1.) segurança do doente

Formação sobre os diferentes domínios da segurança do doente exemplos:  
- Sistema de Notificação Interna (HER+)  
- Prevenção de IACs  
Outros em anexo.

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

2.1.) segurança do profissional

Formação sobre exemplos:  
- Precauções básicas do Controlo de Infecção e EPis  
- prevenção de acidentes de trabalho  
- gestão de Risco  
Outros em anexo

(anexo evidência) \*

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Implementar o plano de formação de 2017 que contempla formação nos diferentes domínios da Segurança do Doente e Profissionais.

Atividade conjunta \* Identifique a entidade \* Prazo de Execução \*

##### Segurança da Comunicação

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

Durante o ano de 2016 feita formação sobre a importância da transferência de informação. 2017 fazer auditorias nas passagens de turno de enfermagem.

Atividade conjunta \* Identifique a entidade \* Prazo de Execução \*

##### Segurança Cirúrgica

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

(%)

Observações / Apoio  
Anexar:  
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).

(anexo evidência) \*

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Ações a desenvolver  
• Divulgação dos resultados das auditorias referentes ao primeiro semestre de 2016 às equipas  
• Reforço positivo para continuidade da adesão dos profissionais ao preenchimento adequado da LVCS  
• Sensibilização para o registo dos utentes na plataforma informática  
• Sensibilização para a introdução dos doentes na plataforma informática até ao final do mês corrente

Atividade conjunta \* Identifique a entidade \* Prazo de Execução \*

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

Observações / Apoio  
Indicar: N.º de incidentes inadmissíveis (por tipo) e o nº de doentes intervenionados

Local cirúrgico errado:  (%)  
 Procedimento errado:  (%)  
 Doente errado:  (%)  
 Retenção de objetos estranhos no local cirúrgico:  (%)  
 Mortes intraoperatórias em doentes ASA1:  (%)

(anexo evidência) \*  
 Relatório LVCS\_ano 2016.docx

Proposta de atividades para o próximo ano  
 Adicionar Proposta

Manter o plano mensal de auditorias recomendadas.  
 Atividade conjunta \*Identifique a entidade\* Prazo de Execução \*  
 Sim Blocos Operatórios // Chefes // Coordenadora local 2017-11-30

6) Quantas auditorias internas foram realizadas?

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

(anexo evidência) \*  
 RESULTADOS GLOBAIS LVCS.pdf

Proposta de atividades para o próximo ano  
 Adicionar Proposta

Manter o plano mensal de auditorias recomendadas.  
 Atividade conjunta \*Identifique a entidade\* Prazo de Execução \*  
 Sim Blocos Operatórios // Chefes // Coordenadora local 2017-11-30

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

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

Proposta de atividades para o próximo ano  
 Adicionar Proposta

Manter as auditorias mensais e divulgar resultados e medidas de melhoria quando necessárias.  
 Atividade conjunta \*Identifique a entidade\* Prazo de Execução \*  
 Sim Gestão de Riscos e Chefes e diretores de BO 2017-11-30

Segurança na utilização da medicação

8) Tem lista de medicamentos LASA atualizada e divulgada?  
 Sim (se sim, anexo evidência)  
 Não

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

(anexo evidência) \*  
 Lista LASA.zip

Proposta de atividades para o próximo ano  
 Adicionar Proposta

Implementar as alterações do procedimento no CHBV.  
 Atividade conjunta \*Identifique a entidade\* Prazo de Execução \*  
 Sim FARMÁCIA E SERVIÇOS CLINICOS 2017-11-30

9) Tem implementado estratégia institucional para o armazenamento e identificação de medicamentos LASA?  
 Sim (se sim, anexo evidência)  
 Não

Observações / Apoio  
 Anexar cópia da estratégia em vigor, com data de aprovação e de revisão, se aplicável, identificando os serviços onde está implementada. Evidenciar como foi realizada a divulgação.

(anexo evidência) \*  
 Armazenamento LASA.zip

Proposta de atividades para o próximo ano  
 Adicionar Proposta

1. AUDITAR SERVIÇOS COM A ESTRATÉGIA IMPLEMENTADA  
 2. CRIAR CONDIÇÕES PARA IMPLEMENTAR ESTRATÉGIA ONDE NÃO ESTÁ  
 Atividade conjunta \*Identifique a entidade\* Prazo de Execução \*  
 Sim FARMÁCIA E SERVIÇOS CLINICOS 2017-11-30

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

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

Proposta de atividades para o próximo ano  
 Adicionar Proposta

MOTIVAR PARA O REGISTO DE NOTIFICAÇÕES  
 Atividade conjunta \*Identifique a entidade\* Prazo de Execução \*  
 Sim FARMÁCIA E SERVIÇOS CLINICOS 2017-11-30

11) Tem lista de medicamentos de alerta máximo atualizada?  
 Sim (se sim, anexo 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.

(anexo evidência) \*  
 Lista MAR.zip

Proposta de atividades para o próximo ano  
 Adicionar Proposta

Implementar as alterações do procedimento no CHBV  
 Atividade conjunta \*Identifique a entidade\* Prazo de Execução \*  
 Sim FARMÁCIA E SERVIÇOS CLINICOS 2017-11-30

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) \*

Estratégias MAR.zip: X

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Implementar nos serviços onde não está, motivar e sensibilizar para essa necessidade. Auditar os serviços onde já está implementado e de acordo com resultados implementar medidas de melhoria.  
 Atividade conjunta \*Identifique a entidade\* Prazo de Execução \*  
 Sim serviços farmacêuticos, Direção Clínica e Direção de Enfermagem 2017-11-30

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

Sensibilizar os colaboradores para notificar incidentes relacionados com MAR, na plataforma HER+ (Sistema de notificação do CHBV).  
 Atividade conjunta \*Identifique a entidade\* Prazo de Execução \*  
 Sim Serviços e Gestão de Risco 2017-11-30

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

Implementar o plano de auditorias previsto para 2017, iniciado em Dezembro de 2016, sobre práticas seguras do medicamento.  
 Atividade conjunta \*Identifique a entidade\* Prazo de Execução \*  
 Sim Farmácia e Serviços Clínicos 2017-11-30

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) \*

Medidas seguras medicamento.zip: X

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Realizar auditoria aos procedimentos, divulgar os resultados e implementar medidas de melhoria se necessárias.  
 Atividade conjunta \*Identifique a entidade\* Prazo de Execução \*  
 Sim Farmácia, Gestão de risco e serviços clínicos 2017-11-30

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

Não foram realizadas iniciativas nesta área em 2016, por falta de recursos humanos.

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) \*

NA-O HA EVIDENCIAS.docx: X

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

O plano de formação de 2017 contempla formação sobre reconciliação terapêutica, e será implementado após dotação de profissionais na Farmácia.  
 Atividade conjunta \*Identifique a entidade\* Prazo de Execução \*  
 Sim farmácia e Serviços clínicos 2017-11-30

Identificação inequívoca dos doentes

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

- Sim (se sim, anexe evidência)  
 Não

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

(anexe evidência) \*

Identificac\_a-o do Doente.zip: X

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Manter as auditorias mensais, divulgar resultados e proposta de melhoria. Melhorar a qualidade das pulseiras.  
 Atividade conjunta \*Identifique a entidade\* Prazo de Execução \*  
 Sim Enfermeiros chefes e equipa de auditorias 2017-11-30

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

Incentivar a notificação de incidentes com identificação inequívoca do doente. Manter auditorias mensais e divulgação dos resultados e proposta de melhorias, especialmente no que respeita à qualidade das pulseiras.  
 Atividade conjunta \*Identifique a entidade\* Prazo de Execução \*  
 Sim Enfermeiros chefes e gestão de risco 2017-11-30

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

390

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

(anexo evidência) \*

SIENFERMAGEM\_2016.docx

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Manter as auditorias mensais, enviar os resultados aos enfermeiros chefes para divulgar na equipa e tomada de medidas de melhoria de acordo com resultados.

Atividade conjunta \*Identifique a entidade\* Prazo de Execução \*

Sim Equipa de auditorias e Direção de Enfermagem 2017-11-30

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

Utilização do sistema informático para administração de sangue (Grícode).

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

(anexo evidência) \*

MACRO(1)procedimento sangue.docx

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Alargar a Implementação do Grícode a todos os serviços. Aprovar e divulgar instrução de trabalho e procedimentos sobre administração de sangue e ou derivados.

Atividade conjunta \*Identifique a entidade\* Prazo de Execução \*

Sim Serviço de Sangue e serviços Clínicos. 2017-11-30

Prevenir a ocorrência de quedas

21) Implementou atividades no âmbito da prevenção de quedas?

Sim (Se sim, anexo evidência)  
 Não

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

0

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

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Divulgação dos resultados das auditorias junto dos enfermeiros chefes e respetivas equipas de enfermagem, bem como da necessidade de implementação de medidas de melhoria no registo das quedas. Formação relativa ao registo de quedas em conformidade no SClinico normalização. Incentivo ao registo e notificação das quedas no Her+.

Atividade conjunta \*Identifique a entidade\* Prazo de Execução \*

Sim Direção de Enfermagem e equipa de auditores 2017-11-30

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

482

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

(anexo evidência) \*

SIENFERMAGEM\_2016.docx

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Divulgação dos resultados das auditorias junto dos enfermeiros chefes e respetivas equipas de enfermagem, bem como da necessidade de implementação de medidas de melhoria no registo das quedas. Formação relativa ao registo de quedas em conformidade no SClinico normalização.

Atividade conjunta \*Identifique a entidade\* Prazo de Execução \*

Sim Direção de Enfermagem e equipa de auditores 2017-11-30

Prevenir a ocorrência de úlceras por pressão

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

Sim (se sim, anexo evidência)  
 Não

(anexo evidência) \*

SIENFERMAGEM\_2016.docx

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Divulgação dos resultados das auditorias junto dos enfermeiros chefes e respetivas equipas de enfermagem, bem como da necessidade de implementação de medidas de melhoria no registo das úlceras de pressão e a necessidade de diferenciar as adquiridas na instituição por categoria. Formação relativa ao registo de úlceras de pressão em conformidade no SClinico normalização.

Atividade conjunta \*Identifique a entidade\* Prazo de Execução \*

Sim Direção de Enfermagem e equipa de auditores 2017-11-30

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

0

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

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Sensibilizar os profissionais para notificação das úlceras de pressão no Her+.

Atividade conjunta \*Identifique a entidade\* Prazo de Execução \*

Sim Direção de enfermagem e Gestão de Risco 2017-11-30

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

482

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

(anexo evidência) \*

SIENFERMAGEM\_2016.docx

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Divulgação dos resultados das auditorias junto dos enfermeiros chefes e respetivas equipas de enfermagem, bem como da necessidade de implementação de medidas de melhoria no registo de UP. Formação relativa ao registo de UP em conformidade no SClinico normalização.

Atividade conjunta \*Identifique a entidade\* Prazo de Execução \*

Sim Direção de enfermagem e equipa de auditores 2017-11-30

Notificação, análise e prevenção de Incidentes

27) A instituição notifica incidentes nouro sistema sem ser o NOTIFICA?

Sim (se sim, anexo evidência)  
 Não





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

(anexo evidência) \*  
Estatística notificac, o-es 2016.pdf

Proposta de atividades para o próximo ano  
Adicionar Proposta

pretende-se passar o registo interno existente para a plataforma Her+ que se encontra em construção, de modo que todas as notificações passem a ser registadas na plataforma . Sensibilizar os profissionais para a importância da notificação.  
Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*  
Não | 2017-11-30

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

Medidas organizacionais para substituição de equipamentos e formação aos profissionais.

Observações / Apoio  
Anexar documento comprovativo da implementação de medidas

(anexo evidência) \*  
Estatística notificac, o-es 2016.pdf

Proposta de atividades para o próximo ano  
Adicionar Proposta

Monitorização da implementação das medidas preventivas, divulgação dos resultados e implementação de medidas corretivas.  
Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*  
Não | 2017-11-30

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

Efetuar auditoria à metodologia descrita.  
Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*  
Não | 2017-12-31

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.

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Continuar a monitorização dos programas em causa  
Atividade conjunta \*Identifique a entidade \* Prazo de Execução \*  
Sim | GCL - PPCIRA | 2017-12-31

32) A instituição monitorizou e notificou estapidamente 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 (anexo evidência)  
 Não

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

(anexo evidência) \*  
Notificação Microrganismos alerta 2016.pdf

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Continuar a monitorização dos microrganismos alerta e problema  
Atividade conjunta \*Identifique a entidade \* Prazo de Execução \*  
Sim | GCL-PPCIRA E LABORATÓRIO | 2017-12-31

33) A instituição tem conhecimento e analisa os seus dados de consumo de antimicrobianos?

Sim (anexo evidência)  
 Não

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

(anexo evidência) \*  
RELATÓRIO ANUAL GCL-PPCIRA.2016.pdf

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Melhorar processo de discussão e divulgação dos resultados.  
Atividade conjunta \*Identifique a entidade \* Prazo de Execução \*  
Sim | GCL-PPCIRA e Farmácia | 2017-12-31

33) A instituição tem implementado um programa de apoio à prescrição de antibióticos, de acordo com o Despacho n.º 154237

Sim (se sim, anexe evidência)  
 Não

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

(anexo evidência) \*  
PAPA.zip

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Monitorização do programa de apoio à prescrição de antibióticos do CHEV.  
Atividade conjunta \*Identifique a entidade \* Prazo de Execução \*  
Sim | GCL-PPCIRA e Serviços Clínicos | 2017-12-31

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

Sim  Não

Observações / Apoio  
Anexar checklist de atividades da CPBCI.

(anexe evidência)

Campanha PBCI.zip

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Dar continuidade à Campanha já implementada.

Atividade conjunta *Identifique a entidade *	Prazo de Execução *
Sim   GCL-PPCIRA e Serviços Clínicos	2017-12-31

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

Sim (Se sim, anexe evidência)  
 Não

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

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Monitorização do consumo de Carbapenems e sensibilização para a diminuição de consumo.

Atividade conjunta *Identifique a entidade *	Prazo de Execução *
Sim   GCL-PPCIRA, Farmácia e Serviços Clínicos	2017-12-31

37) A taxa MRSA/Staphylococcus aureus, considerando todos as amostras, diminuiu do ano anterior para o ano atual, na instituição?

Sim  
 Não

Observações / Apoio  
Quando se diz "considerando todas as amostras" implica todos os isolamentos, ie, sem exclusão de repetições no mesmo doente.  
Deverão ser incluídas colonizações e infeções e excluídas contaminações  
Anexar o nº de amostras com isolamento de MRSA e o nº de amostras com isolamento de Staphylococcus aureus.

(anexe evidência) \*

Dados Staphylococcus aureus e MRSA 2016.pdf

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Dar continuidade à monitorização do MRSA

Atividade conjunta *Identifique a entidade *	Prazo de Execução *
Sim   GCL-PPCIRA, Laboratório	2017-12-31

38) Qual % de doentes que adquiriu colonização ou infeção por microrganismo problema ou alerta conforme definição de Norma n.º 004/2013, de 21/02/2013 atualizada a 05/08/2013?

1.0200 (%)

Observações / Apoio  
Anexar o nº doentes com colonização/infeção por microrganismo alerta/problema no período em análise e o nº de doentes admitidos no período em análise  
Os dados dos doentes que adquiriram colonização ou infeção por microrganismos alerta e problema são fornecidos pelos Laboratórios de Microbiologia.

(anexe evidência) \*

Colonizações e Infeções.zip

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Dar continuidade à monitorização da Norma

Atividade conjunta *Identifique a entidade *	Prazo de Execução *
Sim   GCL-PPCIRA e Laboratório	2017-12-31

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

739

Observações / Apoio  
Anexar, por exemplo, quadro-resumo, etc

(anexe evidência) \*

Nº Notificações 2016.pdf

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Melhorar o processo de notificação e sensibilização dos profissionais.

Atividade conjunta *Identifique a entidade *	Prazo de Execução *
Não	2017-12-31

# Plano homologado pelo Diretor-Geral da Saúde

Ano:

Entidade: \*

Morada:

Código Postal:

N.º de camas:

ARS:

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

## PLANO DE ATIVIDADES

Preenchimento do Relatório de Atividades concluído?  Sim  Não

### 3. MONITORIZAÇÃO PERMANENTE QUALIDADE E SEGURANÇA

#### Relatório de atividades / Plano de Ação

#### 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) \*

 

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Atividade conjunta \*

<input type="text" value="Sim"/>	<input type="text" value="Chefes e coordenadores dos serviços"/>	<input type="text" value="2017-10-31"/>
----------------------------------	------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------

**Voltar**

# Plano homologado pelo Diretor-Geral da Saúde

Ano:

Entidade: \*

Morada:

Código Postal:

N.º de camas:

ARS:

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

## PLANO DE ATIVIDADES

Preenchimento do Relatório de Atividades concluído?  Sim  Não

### 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) \*

 

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Além dos Departamento Acreditados (Departamento da Mulher e da Criança e Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental), motivar outras unidades/serviços a serem Acreditadas pela ACSA.

Atividade conjunta \*Identifique a entidade \*Prazo de Execução \*

2) A instituição está certificada?

Sim, anexe evidência  Não

**Observações / Apoio**  
 OBSERVAÇÕES/APOIO Se sim, identificar:  
 1) unidades/serviço ou Hospital  
 2) qual a Norma (ISO 9001, outras...)  
 3) período de vigência do(s) certificado(s).

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

**Voltar**

# Plano homologado pelo Diretor-Geral da Saúde

Ano

Entidade: \*

Morada:

Código Postal

N.º de camas:

ARS:

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

## PLANO DE ATIVIDADES

Preenchimento do Relatório de Atividades concluído?  Sim  Não

### 5. INFO TRANSP CIDADÃO, AUMENTO DA SUA CAPACITAÇÃO

#### Relatório de atividades / Plano de Ação

#### 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?

1) No ano transacto, foram produzidos e distribuídos por vários panfletos relativos à educação para a segurança dos doentes e seus familiares. Anexamos alguns exemplos. No decorrer deste ano, manter-se-á esta política de informação/ educação ao utente, sendo que já está em produção o relativo à segurança da Cirurgia de Ambulatório.

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

(anexe evidência) \*

 

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Atividade conjunta \*Identifique a entidade \*

Prazo de Execução \*

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

2) De forma a potenciar o interesse dos utentes e da população em geral, foram assinaladas várias efemérides evocativas de patologias, sempre apostando na vertente profiláctica. Anexamos informação sobre algumas das actividades desenvolvidas. No decorrer deste ano, manter-se-á a mesma política, sendo que o nosso Centro Hospitalar acabou de assinalar o Dia Mundial da Luta contra o Cancro, com uma série de iniciativas, abertas a toda a comunidade.

**Observações / Apoio**  
Identificar tema(s) da

formação, datas e nº de utentes.

(anexe evidência) \*

AÇÕES PARA UTENTES.pdf  

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

[Voltar](#)

CONTINUAR A ATIVIDADE DE COMEMORAÇÃO DOS DIAS NACIONAIS E MUNDIAIS NA ÁREA DA SAÚDE

Atividade conjunta \*Identifique a entidade \*

Prazo de Execução \*

Sim	GABINETE COMUNICAÇÃO COM OS SERVIÇOS	2017-11-30
-----	--------------------------------------	------------

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

Resposta atempada aos utentes, envolvimento dos serviços alvo de reclamação no sentido de corrigir problemas detetados. Criado procedimento interno.

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

(anexe evidência) \*

Tratamento reclamações.zip  

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Continuar o acompanhamento das reclamações com as respetivas medidas de melhoria, respeitando o procedimento interno implementado.  
Realização de auditorias à implementação do procedimento.

Atividade conjunta \*Identifique a entidade \*

Prazo de Execução \*

Sim	Serviço Social e Direções de serviço	2017-11-30
-----	--------------------------------------	------------



# Plano homologado pelo Diretor-Geral da Saúde

Ano

Entidade: \*

Morada:

Código Postal

N.º de camas:

ARS:

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

## PLANO DE ATIVIDADES

Preenchimento do Relatório de Atividades concluído?  Sim  Não

### 6. APROVAÇÕES E HOMOLOGAÇÕES

#### Relatório de atividades / Plano de Ação

##### 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: \*

Homologação do Plano de Atividades pelo Diretor-Geral da Saúde

Data de homologação \*

ADICIONAR COPIA PLANO HOMOLOGADO

**Voltar**