

Ano:

Entidade: *

Morada:

Código Postal: _

N.º de camas:

ARS:

ARS:

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

Utilizador:

E-mail:

Utilizador2:

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.

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Promover o processo de divulgação interna das normas de orientação clínica no CHTS através dos meios de comunicação ao dispor da instituição, nomeadamente newsletter interna, intranet e correio eletrónico seletivo (diretores de departamento e serviços).

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

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

Observações / Apoio

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

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Promover a formação de mais auditores e a elaboração de plano de auditorias às normas emitidas pela DGS.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *


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

A instituição desenvolveu protocolos de atuação em diversas áreas e serviços com vista à melhoria da qualidade dos cuidados prestados

Observações / Apoio

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

(anexe evidência) *

Critérios de Referência 2017.pdf  

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Incentivar a continuidade do desenvolvimento e implementação de ações com vista à melhoria da qualidade das prescrições de tratamento, medicamentos e MCDT's.

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

 Implementação da Tabela Nacional da Funcionalidade.

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)

temp.pdf  

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Nomear grupo de auditores e definir calendarização de auditorias internas aos registos clínicos das notas de alta médica e de enfermagem.

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

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)

00:01

Demora média entre a triagem e a primeira observação médica:

1.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:17
Laranja	00:43
Amarela	01:28
Verde	00:50
Azul	01:16
Branca	00:56

2.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:14
Laranja	00:33
Amarela	01:10
Verde	01:01
Azul	01:25
Branca	00:48

3.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:15
Laranja	00:33
Amarela	01:11
Verde	01:09
Azul	02:13
Branca	00:44

4.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:23
Laranja	00:42
Amarela	01:35
Verde	01:05
Azul	01:18
Branca	01:00

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:

1.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	08:37
Laranja	08:25
Amarela	06:28
Verde	02:44
Azul	03:43
Branca	03:30

2.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	07:11
Laranja	07:32
Amarela	05:44
Verde	02:34
Azul	04:04
Branca	02:40



3.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	06:18
Laranja	07:42
Amarela	05:58
Verde	04:56
Azul	03:57
Branca	03:05

4.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	08:52
Laranja	08:29
Amarela	06:54
Verde	03:03
Azul	04:25
Branca	03:33

(anexe evidência) *

Formulário-de-Monitorização-Trimestral-da-Norma-nº-002-2015-em-versão-editável-23-10-2015x.pdf  

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

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)

00:01

Demora média entre a triagem e a primeira observação médica:

1.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:15
Laranja	00:25
Amarela	00:38
Verde	01:07
Azul	02:00

Branca	00:31
--------	-------

2.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:12
Laranja	00:21
Amarela	00:28
Verde	00:40
Azul	00:34
Branca	00:26

3.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:18
Laranja	00:19
Amarela	00:26
Verde	00:33
Azul	00:26
Branca	00:23

4.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:17
Laranja	00:19
Amarela	00:37
Verde	01:02
Azul	00:57
Branca	00:32

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	02:32
Laranja	02:59
Amarela	03:02
Verde	02:33
Azul	03:11
Branca	02:07

2.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	01:36
Laranja	02:10
Amarela	02:22
Verde	02:04
Azul	02:02
Branca	01:38



3.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	02:05
Laranja	02:37
Amarela	02:02
Verde	01:44
Azul	02:04
Branca	01:37

4.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	10:26
Laranja	05:03
Amarela	04:11
Verde	02:48
Azul	01:02
Branca	03:01

(anexe evidência) *

Formulário-de-Monitorização-Trimestral-da-Norma-nº-002-2015-em-versão-editável-23-10-2015x.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) *

temp.pdf  

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

A instituição promove o desenvolvimento de projetos de boas práticas.
 Pode referir-se como exemplos:
 - Consolidação do processo de informatização da notificação e gestão do risco no hospital;
 - Implementação do projeto de desmaterialização total do Processo Clínico
 - Implementação de projetos de Simplificação, Desmaterialização e Interoperabilidade de processos de suporte.

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) *

Estudos Clínicos 2017.pdf  

Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta

 Manter a participação em atividades de investigação clínica.
 Está ainda em curso um projeto de articulação com um instituto universitário (CESPU) para promoção destas atividades.

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?

O CHTS procedeu à sua inscrição no inquérito da "Avaliação da Cultura de Segurança-2016", pretendendo prosseguir todas as fases do projeto numa ótica de melhoria da qualidade e segurança do doente.
A taxa de adesão relativa a esta avaliação sofreu um decréscimo em relação a anos anteriores.

Observações / Apoio

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

(anexe evidência) *

temp.pdf  

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

O CHTS irá manter a sua participação em todas as fases do projeto. Esta participação incluirá a sensibilização aos colaboradores para uma maior taxa de adesão ao projeto, seja através do preenchimento do inquérito, mas também na implementação das medidas corretivas e de melhoria.

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

Ver anexo.



Observações / Apoio

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

2.1.) segurança do profissional

Ver anexo.

(anexe evidência) *

Formação segurança do doente e do profissional 2017.pdf  

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Manter a realização de formação relacionada com a Segurança do Doente e do Profissional, nas diversas áreas que se incluem nesta temática, de acordo com as necessidades de formação identificadas.

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

Incluir a transferência de informação nas transições de cuidados como um item a ser auditado no programa de auditorias a realizar.

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?



9,7 (%)

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) *

Cirurgia Segura 2017.pdf  

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Investir na sensibilização dos profissionais para a importância da utilização da lista de verificação de segurança cirúrgica. Manter a monitorização dos resultados e implementação de estratégias de melhoria.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2018-12-31

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

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

Local cirúrgico errado: (%)

Procedimento errado: (%)

Doente errado: (%)

Retenção de objetos estranhos no local cirúrgico: (%)

Morte intraoperatória em doentes ASA1: (%)

(anexe evidência) *

temp.pdf  

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Sensibilizar os profissionais para a importância da notificação de incidentes relacionados com procedimentos cirúrgicos e implementar estratégias de redução de incidências.

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

Nomear grupo de auditores e definir calendarização de auditorias internas, de forma a contemplar a verificação do grau de conformidade da utilização da lista de verificação de segurança cirúrgica.

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.

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Sensibilizar os profissionais para a importância da notificação de incidentes relacionados com procedimentos cirúrgicos e implementar estratégias de redução de incidências.

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) *

Medicamentos LASA.pdf  

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Manter lista de medicamentos LASA atualizada e divulgada.

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) *

Norma de medicamentos LASA.pdf  

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Manter estratégia de armazenamento e identificação de medicamentos LASA, quer nos Serviços Farmacêuticos, quer nos Serviços Clínicos.
Os medicamentos LASA encontram-se identificados nos SF e serão identificados nos Serviços Clínicos.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2018-12-31

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

3

Observações / Apoio

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

(anexe evidência) *

Notificacoes Medicamentos LASA 2017.pdf  

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Sensibilizar os profissionais para a importância da notificação de incidentes relacionados com a utilização de medicação LASA e implementar estratégias de melhoria.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2018-01-31

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) *

Anexo I_LISTA de Medicamentos de ALERTA MAXIMO do CHTS, EPE.pdf  

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Manter lista de medicamentos de alerta máximo atualizada e divulgada

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) *

Norma de medicamentos alerta máximo.pdf  

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Os medicamentos de alerta máximo encontram-se identificados nos SF e serão identificados nos Serviços Clínicos.

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

Sensibilizar os profissionais para a importância da notificação de incidentes relacionados com a utilização de medicação de alerta máximo e implementar estratégias de melhoria.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2018-12-31

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

0

Observações / Apoio

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

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Nomear grupo de auditores e definir calendarização para realização de auditorias internas sobre práticas seguras do medicamento.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2018-12-31



15) Foram implementadas outras medidas de melhoria na instituição no âmbito das práticas seguras do medicamento?

- Sim (se sim, anexe evidência)
 Não

Observações / Apoio

Anexar plano de melhoria, referindo a origem da ação de melhoria (norma, auditoria, notificação, outra).

(anexe evidência) *

15. Protocolo DC.pdf  

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

A instituição manterá o desenvolvimento de medidas que considerar convenientes, de forma a assegurar a existência de práticas seguras do medicamento.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2018-12-31

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

Aquando da validação das prescrições médicas, e sempre que o médico indica no processo clínico quais os medicamentos que o doente faz em domicílio, os SF confirmam se o médico prescreveu esses medicamentos ao doente e contactam o médico sempre que se verificam discrepâncias (omissões, duplicações, doses, interações).

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) *

temp.pdf  

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Melhorar o processo de reconciliação terapêutica do CHTS, tornando-a uma rotina dos serviços, que promove a segurança dos cuidados prestados.

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) *

Norma Geral 002.001 - Identificação dos Utentes.pdf  

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Manter a monitorização do cumprimento da norma relativa à identificação dos doentes.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2018-12-31

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

24

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

(anexe evidência) *

Relatorio Notificações 1 sem 2017_CHTS + Relatório Geral 2017.zip  

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Sensibilizar os profissionais para a importância de proceder à correcta identificação dos doentes, tendo por base as directivas nacionais e as normas internas em vigor.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *



Não 2018-12-31

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

2

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

(anexe evidência) *

19. Aud_Identificacao_doente Med3.pdf  

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Manter a realização de auditorias internas à identificação inequívoca do doentes e inclui-las na calendarização de auditorias internas do CHTS.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2018-12-31

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

Monitorização do cumprimento da norma existente, através da realização de auditorias aos serviços. São ainda realizadas formações na área da segurança do doente, que incluem esta problemática e as medidas a adotar para reduzir o erro e/ou probabilidade de ocorrência do incidente.

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

(anexe evidência) *

Norma Geral 002.001 - Identificação dos Utentes.pdf  

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Manter a monitorização do cumprimento da norma existente, através da realização de auditorias aos serviços. Será ainda mantida a realização de formações na área da segurança do doente, que incluem esta problemática e as medidas a adotar para reduzir o erro e/ou probabilidade de ocorrência do incidente.

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) *

Relatório de Análise das Quedas 1 Semestre_2017.pdf  

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

A instituição dispõe de uma norma relativa à prevenção de quedas e à notificação das mesmas sempre que ocorram. São ainda elaborados relatórios periódicos de análise e implementação de ações de melhoria. Manter a análise e monitorização periódico das notificações de quedas, no CHTS, com apresentação e publicação de resultados, bem como de plano de ação para minorar número e consequência das mesmas.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *


Não 2018-12-31

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

325

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

(anexe evidência) *

Relatório de Análise das Quedas 1 Semestre_2017.pdf  

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Sensibilização dos profissionais para a necessidade de notificação deste tipo de ocorrências, como estratégia de melhoria de cuidados prestados.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2018-12-31

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

0

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

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Manter a monitorização do cumprimento da norma existente, através da realização de auditorias aos serviços.

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) *

Relatório Analise Ulceras 1 Semestre_2017.pdf  

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

A instituição dispõe de uma norma relativa à prevenção de úlceras de pressão e à notificação das mesmas sempre que ocorram. São ainda elaborados relatórios periódicos de análise e implementação de ações de melhoria.

Manter a análise e monitorização periódica das notificações de úlceras, no CHTS, com apresentação e publicação de resultados, bem como de plano de ação para minorar número e consequência das mesmas.

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?

929

Observações / Apoio

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

(anexe evidência) *

Relatório Analise Ulceras 1 Semestre_2017 + Relatório Geral 2017.zip  

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Sensibilização dos profissionais para a necessidade de notificação deste tipo de ocorrências, como estratégia de melhoria dos cuidados prestados.

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?

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

Nomear grupo de auditores e definir calendarização de auditorias internas sobre a ocorrência e prevenção de úlceras de pressão.

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) *

Relatorio Notificações 1 sem 2017_CHTS + Relatório Geral 2017.zip  

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Manter a sensibilização dos profissionais para a importância da notificação de incidentes através da plataforma disponibilizada para o efeito: HER+.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2018-12-31

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

Periodicamente, são elaborados e divulgados relatórios de notificação de incidentes, onde são definidas medidas de prevenção a implementar, conforme relatório em anexo.

Observações / Apoio

Anexar documento comprovativo da implementação de medidas.

(anexe evidência) *

Relatorio Notificações 1 sem 2017_CHTS + Relatório Geral 2017.zip  

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

- Elaboração e divulgação dos relatórios de notificação de incidentes, definindo medidas de prevenção a implementar;
- Realização de RCA às situações em que se justifique a aplicação desta ferramenta;
- Realização de reuniões com os diversos serviços, de forma a analisar situações e implementar ações de melhoria.
- Realização de reuniões com os elos de ligação

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2018-12-31

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

Sim (se sim, anexe evidência)

Não

Observações / Apoio

Anexar relatório de auditoria interna.

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Realização de auditorias à metodologia de Root Cause Analysis, em situação de evento adverso ou de risco elevado.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2018-12-31

Prevenir e controlar as infecções e as resistências aos antimicrobianos

30) A Instituição monitorizou as infecções 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

Nomear a nova direção e equipa da GCL-PPCIRA, de forma a manter as atividades da GCL-PPCIRA nos programas de vigilância epidemiológica.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2018-12-31

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

Sim (Se sim, anexe evidência)

Não

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

Sim (Se sim, anexe evidência)

Não

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

Sim (Se sim, anexe evidência)

Não

d) Programa de VE das Infecções Nosocomiais da Corrente Sanguínea em serviços de internamento de unidades de cuidados de agudos (rede nacional)

- HAI-VE-INCS

Sim (Se sim, anexe evidência)

Não

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

Sim (Se sim, anexe evidência)

Não

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

Sim (anexe evidência)

Não

Observações / Apoio

Admite-se evidência por amostragem.
Anexar cópia do mail enviado para

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Nomear a nova direção e equipa da GCL-PPCIRA, de forma a manter as atividades da GCL-PPCIRA nos programas de vigilância epidemiológica.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2018-12-31

32.1. A taxa de Staphylococcus aureus resistentes à meticilina (MRSA) no total de Staphylococcus aureus (considerando apenas as amostras invasivas (sangue e líquor) e excluindo os duplicados), calculada por 1000 dias de internamento, diminuiu do ano anterior para o ano atual, na Instituição?

- Sim (Se sim, anexe evidência)
 Não

Observações / Apoio

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

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Nomear a nova direção e equipa da GCL-PPCIRA, de forma a manter as atividades da GCL-PPCIRA nos programas de vigilância epidemiológica.

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

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Nomear a nova direção e equipa da GCL-PPCIRA, de forma a manter as atividades da GCL-PPCIRA nos programas de vigilância epidemiológica.

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

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Nomear a nova direção e equipa da GCL-PPCIRA, de forma a manter as atividades da GCL-PPCIRA nos programas de vigilância epidemiológica.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2018-12-31

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

- Sim (se sim, anexe evidência)
 Não

Observações / Apoio

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

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Nomear a nova direção e equipa da GCL-PPCIRA, de forma a manter as atividades da GCL-PPCIRA nos programas de vigilância epidemiológica.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2018-12-31

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

- Sim (Se sim, anexe evidência)
 Não

Observações / Apoio

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

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).

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Nomear a nova direção e equipa da GCL-PPCIRA, de forma a manter as atividades da GCL-PPCIRA nos programas de vigilância epidemiológica.

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)

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Nomear a nova direção e equipa da GCL-PPCIRA, de forma a manter as atividades da GCL-PPCIRA nos programas de vigilância epidemiológica.

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

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Nomear a nova direção e equipa da GCL-PPCIRA, de forma a manter as atividades da GCL-PPCIRA nos programas de vigilância epidemiológica.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2018-12-31

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

- Sim
 Não

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Nomear a nova direção e equipa da GCL-PPCIRA, de forma a manter as atividades da GCL-PPCIRA nos programas de vigilância epidemiológica.

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

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Nomear a nova direção e equipa da GCL-PPCIRA, de forma a manter as atividades da GCL-PPCIRA nos programas de vigilância epidemiológica.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2018-12-31

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

- Sim
 Não

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Nomear a nova direção e equipa da GCL-PPCIRA, de forma a manter as atividades da GCL-PPCIRA nos programas de vigilância epidemiológica.

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

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

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Nomear a nova direção e equipa da GCL-PPCIRA, de forma a manter as atividades da GCL-PPCIRA nos programas de vigilância epidemiológica.

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

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

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Nomear a nova direção e equipa da GCL-PPCIRA, de forma a manter as atividades da GCL-PPCIRA nos programas de vigilância epidemiológica.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2018-12-31

38.3) Módulo de monitorização do uso de luvas?

- Sim (Se sim, anexe evidência)
 Não

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

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Nomear a nova direção e equipa da GCL-PPCIRA, de forma a manter as atividades da GCL-PPCIRA nos programas de vigilância epidemiológica.

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

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Nomear a nova direção e equipa da GCL-PPCIRA, de forma a manter as atividades da GCL-PPCIRA nos programas de vigilância epidemiológica.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2018-12-31

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

- Sim (Se sim, anexe evidência)
 Não

Observações / Apoio

Anexar relatório interno anual de atividades e propostas de melhoria

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Nomear a nova direção e equipa da GCL-PPCIRA, de forma a manter as atividades da GCL-PPCIRA nos programas de vigilância epidemiológica.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2018-12-31

41) A Instituição reuniu os critérios exigidos no Despacho 15423/2013 de 26 de novembro, sobre os recursos humanos e logísticos necessários ao cumprimento deste plano de ação?

- Sim
 Não

Observações / Apoio

*FTE= Número de horas semanais de trabalho: do Coordenador do GCL-PPCIRA; dos Médicos (soma do número de horas de todos os médicos do núcleo executivo do GCL-PPCIRA); Soma do número de horas do (s) Enfermeiro (s) do Núcleo Executivo do GCL-PPCIRA.

42) A Instituição definiu um programa interno de formação, a abranger as temáticas da prevenção e controlo de infeções e de resistências aos antimicrobianos e prescrição de antimicrobianos, incluindo a formação dos recém-admitidos?

- Sim
 Não

Observações / Apoio

Anexar plano interno anual de formação

3. MONITORIZAÇÃO PERMANENTE QUALIDADE E SEGURANÇA

Relatório de atividades / Plano de Ação

1 de janeiro a 31 de dezembro do ano anterior

Prioridade III: Monitorização permanente da qualidade e segurança

1) A instituição avaliou a satisfação do utente?

- Sim Não

Observações / Apoio

Identificar instrumento de avaliação da satisfação e apresentar principais resultados.

(anexe evidência) *

Questionário de Satisfação dos Utentes - 2 SEMT 2017_1.xlsx  

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Manter a aplicação de questionários, em vários serviços, para avaliar a satisfação do utente e implementação das medidas de melhoria consideradas necessárias.

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

A instituição iniciou o Projeto de Acreditação do Programa Nacional de Acreditação em Saúde em 2017, para acreditação total do CHTS.

Atividade conjunta *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).

(anexe evidência) *

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Desenvolver as ações necessárias para manter as condições de certificação dos serviços. Promover a certificação de outros serviços (como é exemplo o SIE).

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

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?



- Continuidade da colaboração no projeto "Nascer com Afetos" da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais;
- Distribuição de panfletos informativos sobre a segurança da mãe e recém-nascido em casa e na maternidade e também sobre a Diabetes, nomeadamente autoadministração de insulina na gravidez; Diabetes Gestacional; Rótulos Nutricionais e Alimentação Saudável;
- Participação em feiras da saúde com divulgação de informação sobre prevenção e controlo da infeção, correta lavagem das mãos, cuidados alimentares e diabetes e doença renal;
- Apoio à realização de diversos eventos abertos à comunidade com a promoção de várias atividades relacionadas com a segurança do doente, nomeadamente o Dia Mundial da Saúde Mental, Dia Mundial da Esclerose Múltipla, Conferência Diálogos no Hospital "Eutanásia e Morte Assistida", Dia Mundial da Incontinência Urinária, Dia Mundial da Prematuridade, Dia Mundial da Pessoa com AVC, Dia Nacional da Esclerose Múltipla, Dia Mundial da Criança (foco na correta higienização das mãos) e Dia Nacional do Doente com AVC.
- Receção no CHTS de grupos escolares em sessões informativas e de sensibilização;
- Colaboração com a organização do Curso Prático de Pé Diabético para Cirurgiões e III Curso Prático de

Pé Diabético, projeto que envolve utentes do Centro Hospitalar;
• Divulgação de material informativo no sítio institucional do CHTS na internet, na página de Facebook, no canal de Youtube e no canal interno da instituição (Hospital TV);
• Comemoração do Dia Mundial da Diabetes, com sessões de rastreio s e esclarecimento para a comunidade da área de influência do CHTS e organização de Caminhada pela Diabetes aberta à sociedade civil e inclusão de peças sobre a diabetes no canal interno de televisão (Hospital TV).
Parceria com jornal regional para publicação de artigos no âmbito da segurança do utente/doente.


Observações / Apoio


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

(anexe evidência) *

Exemplos informação ao doente.zip  

Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta

 Manter e desenvolver atividades de divulgação de informação ao doente/utente relacionadas com a segurança na saúde.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não

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

Ver anexo.


Observações / Apoio


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

(anexe evidência) *

Formação para os utentes 2017.pdf  

Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta

 Manter a realização de formação relacionada com a Segurança do Doente para os utentes, de acordo com as necessidades e oportunidades de formação identificadas .

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não

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

A grande maioria das reclamações apresentadas estão associadas a tempo de espera no Serviço de Urgência e Consulta Externa. Assumindo que é uma situação directamente associada à actividade dos Serviços, e não sendo possível apresentar soluções no curto médio prazo, são do conhecimento das direcções de Serviço estas situações, e que sobre elas procedem a uma avaliação e análise, em conjunto com a Gestão Intermédia, no sentido de delinear estratégias que dêem resposta às reclamações dos utentes.

Outro grande grupo sobre o qual são apresentadas reclamações é a do atendimento e posturas menos correctas dos profissionais no tratamento com os utentes. O CHTS tem apostado, em relação a esta situação, na formação dos seus colaboradores em áreas do Atendimento ao Público/Relações Interpessoais.


Observações / Apoio


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

(anexe evidência) *

temp.pdf  

Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta

 Promover o tratamento célere das reclamações, nos moldes processualmente previstos, incorporando com espírito crítico as melhorias baseadas nas oportunidades apresentadas.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não

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 respectivo carimbo. *

Data de aprovação *

2018-02-07

Adicionar documento: *

Plano de Ação 2018 _CA.pdf



Homologação do Plano de Atividades pelo Diretor-Geral da Saúde

Data de homologação *

2018-06-21

Adicionar documento:



Selecione...

Ano



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

Plano anos anteriores

retroceder_para_plano_homologado