

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. PROM GOVER CLÍNICA/MELH QUALI CLÍNICA ORG —

#### 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 nº de profissionais envolvidos; datas.

#### Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

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

Atividade conjunta \*  Não  Sim  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 \*  Não  Sim  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) \*

#### 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.

Atividade conjunta \* Prazo de Execução \*  
 Não 2019-12-31

**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 2019-12-31

**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 2019-12-31

**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 Manchester versão 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)

01:52

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

1.º Trimestre

Demora média (hh:mm)

Prioridade

Vermelha	00:18
Laranja	00:36
Amarela	01:22
Verde	01:07
Azul	01:51

Branca 00:52

## 2.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:12
Laranja	00:27
Amarela	01:17
Verde	00:59
Azul	01:36
Branca	00:26

## 3.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:11
Laranja	00:24
Amarela	01:10
Verde	01:08
Azul	02:07
Branca	00:26

## 4.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:06
Laranja	00:29
Amarela	01:04
Verde	00:56
Azul	01:37
Branca	00:23

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	07:44
Laranja	08:52
Amarela	06:27
Verde	03:10
Azul	04:07
Branca	03:23

## 2.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	09:14
Laranja	07:54
Amarela	06:01
Verde	02:54
Azul	03:18
Branca	02:43

## 3.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	06:20
Laranja	07:27
Amarela	05:50
Verde	03:08
Azul	04:14
Branca	02:38

## 4.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	07:10
Laranja	08:19
Amarela	05:42
Verde	02:57
Azul	03:52
Branca	02:51

(anexe evidência) \*

Formulário de Monitorização Trimes...

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

A instituição dispõe de Serviço de Urgência Pediátrica?

Sim

Não

7.3) Identificação do Sistema de Triagem

Manchester versão 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)

00:00

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

1.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:28
Laranja	00:21
Amarela	00:44
Verde	01:25
Azul	01:06
Branca	00:34

2.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:07
Laranja	00:17
Amarela	00:26
Verde	00:41
Azul	00:43
Branca	00:22

3.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:05
Laranja	00:09
Amarela	00:13
Verde	00:18
Azul	00:19
Branca	00:15

4.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:03
Laranja	00:11
Amarela	00:23
Verde	00:37
Azul	00:15
Branca	00:17

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	15:51
Laranja	05:56
Amarela	04:23
Verde	03:07
Azul	01:57
Branca	03:15

2.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	06:51
Laranja	05:53
Amarela	03:44
Verde	02:21
Azul	01:44
Branca	02:39

3.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	11:07

Amarela	03:52
Verde	02:07
Azul	01:03
Branca	02:49

## 4.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	09:39
Laranja	05:21
Amarela	03:54
Verde	02:23
Azul	02:00
Branca	02:34

(anexe evidência) \*

Formulário de Monitorização Trimes...

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;
- Consolidação 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 2019-12-31

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

Sim

Não

## Observações / Apoio

Anexar lista de estudos em curso.

(anexe evidência) \*

Registo Investigação 2018.pdf

## Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Manter a participação em atividades de investigação clínica.

Atividade conjunta \* Prazo de Execução \*

Não 2019-12-31

— 3. IMPLEMENT. PRÁTICAS SEGURAS PROCD. CIRÚRGICOS

— 4. IMPLEMENT PRÁTICAS SEGURAS UTILIZAÇÃO MEDICAÇÃO

— 5. IMPL PRÁTICAS SEGURAS IDENTI INEQUIVOCOS DOENTE

— 6. PREVENIR OCORRÊNCIA ÚLCERAS DE PRESSÃO

— 7. PREVENIR OCORRÊNCIA DE QUEDAS

— 9. / 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 \*

2019-01-23

Adicionar documento: \*

Relatório de atividades 2018 e plan...

Validação do Plano de Atividades pela ARS \*  Sim  Não  Em avaliação

Data: \*

2019-03-14

Homologação do Plano de Atividades pelo Diretor-Geral da Saúde

Data de homologação \*

2019-07-19

Adicionar documento:

CH TAMEGA E SOUSA.pdf

Ano

2019

**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 - 2018", 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 teve um acréscimo em relação à última recolha.

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

2019-12-31

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

2.1.) segurança do doente

Ver mapa em anexo.

Observações / Apoio

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

2.1.) segurança do profissional

Ver mapa em anexo.

(anexe evidência) \*

Registo Formações 2018.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

2019-12-31

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

Segurança Cirúrgica

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

8,58

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).

(anexe evidência) \*

4 - Cirurgia Segura 2018.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

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 intervencionados.

Local cirúrgico errado: (%)

0

Procedimento errado: (%)

0

Doente errado: (%)

0

Retenção de objetos estranhos no local cirúrgico: (%)

0

Morte intraoperatória em doentes ASA1: (%)

0

(anexe evidência) \*

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

6) Quantas auditorias internas 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

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

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

0

Observações / Apoio

Indicar:

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

**Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

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 2019-12-31

**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) \*

8 - Lista de MEDICAMENTOS LAS...

**Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

Manter lista de medicamentos LASA atualizada e divulgada.

Atividade conjunta \* Prazo de Execução \*

Não 2019-12-31

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) \*

9 - Norma 020\_2014-Medicamentos...

**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.

Está a ser feita a revisão da norma de dos medicamentos LASA.

Atividade conjunta \* Prazo de Execução \*

Não 2019-12-31

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

1

Observações / Apoio

Indicar:

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

(anexe evidência) \*

10 - Incidentes Medicacao 2018.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 2019-12-31

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) \*

11 - Anexo I\_LISTA de Medicament...

## 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 2019-12-31

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 - Norma DGS 14\_2015 - Medica...

## Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Manter estratégia de armazenamento e identificação de medicamentos de Alerta Máxima, quer nos Serviços Farmacêuticos, quer nos Serviços Clínicos.

Os medicamentos de Alerta Máximo encontram-se identificados nos SF e serão identificados nos Serviços Clínicos.

Está a ser feita a revisão da norma de dos medicamentos de Alerta Máxima.

Atividade conjunta \* Prazo de Execução \*

Não 2019-12-31

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

14

## Observações / Apoio

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

(anexe evidência) \*

13 - Incidentes Medicacao 2018.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 de alerta máximo e implementar estratégias de melhoria.

Atividade conjunta \* Prazo de Execução \*

Não 2019-12-31

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

29

## Observações / Apoio

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

(anexe evidência) \*

14 - Relatório de auditoria - Serviço ...

## Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

No âmbito do plano de auditorias da CQS aos vários serviços clínicos do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, faz parte da equipa auditora um elemento dos Serviços Farmacêuticos que verifica as práticas seguras do medicamento, refletindo as suas considerações no relatório da auditoria realizada e no plano de ação proposto.

Como evidência, um exemplo de relatório de auditoria e plano de ação de melhoria.

Atividade conjunta \* Prazo de Execução \*

Não 2019-12-31

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 - Relatório de auditoria - Serviço ...

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Será agendado novo plano de auditorias de seguimento, para aferir a grau de intervenção dos profissionais dos diversos serviços de acordos com os planos de ação de melhoria propostos.

Consta de cada relatório de auditoria conteúdo específico referente à segurança da medicação.

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

2019-12-31

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 domicilio, 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

2019-12-31

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...

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

2019-12-31

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

38

Observações / Apoio

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

(anexe evidência) \*

temp.pdf

**Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

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

A referência às notificações e a sua análise é apresentada em relatórios semestrais. Como evidência envia-se o relatório aprovado à data.

Atividade conjunta \* Prazo de Execução \*

Não

2019-12-31

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

29

Observações / Apoio

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

(anexe evidência) \*

19 - Relatório de auditoria - Serviço ...

**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

2019-12-31

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. Além das evidências é apresentado um plano de ação. 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) \*

20 - Relatório de auditoria - Serviço ...

**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

2019-12-31

**Prevenir a ocorrência de quedas**

21) Implementou atividades no âmbito da prevenção de quedas?

Sim (Se sim, anexe evidência)

Não

(anexe evidência) \*

21 - Norma Geral 005.001 - Avaliaç...

**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 periódica 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

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

315

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

(anexe evidência) \*

22 - Relatório de Análise das Queda...

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. Promover e divulgar boas práticas.  
A referência às notificações e a sua análise é apresentada em relatórios semestrais. Como evidência envia-se o relatório aprovado à data.

Atividade conjunta \* Prazo de Execução \*

Não

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

2

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

(anexe evidência) \*

23 - Relatório de Análise das Queda...

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Manter a monitorização do cumprimento da norma existente.  
Embora a apresentação de análise e resultados seja feito de forma semestral (2 relatórios semestrais) cada notificação de queda é analisada individualmente.  
Promover e divulgar boas práticas

Atividade conjunta \* Prazo de Execução \*

Não

Prevenir a ocorrência de úlceras por pressão

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

Sim (se sim, anexe evidência)

Não

(anexe evidência) \*

24 - Avaliação risco de desenvolvim...

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 elaborados relatórios periódicos de análise e implementação de ações de melhoria. Foi ainda elaborado protocolo de atuação para prevenção de úlceras por pressão.  
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

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

525

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

(anexe evidência) \*

25 - Relatório de Análise de UPP 1º ...

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.  
Promover e divulgar boas práticas.

Atividade conjunta \* Prazo de Execução \*  
 Não

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

2

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

(anexe evidência) \*

26 - Relatório de Análise de UPP 1º ...

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Manter a monitorização do cumprimento da norma existente.  
Embora a apresentação de análise e resultados seja feito de forma semestral (2 relatórios semestrais) cada notificação de úlcera de pressão é analisada individualmente.  
Promover e divulgar boas práticas

Atividade conjunta \* Prazo de Execução \*  
 Não

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) \*

27 - Relatório Notificações 1 sem 20...

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

A apresentação da análise às notificações de incidentes é feita semestralmente.  
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

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.

Observações / Apoio  
Anexar documento comprovativo da implementação de medidas.

(anexe evidência) \*

28 - Relatório Notificações 1 sem 20...

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.

Atividade conjunta \* Prazo de Execução \*  
 Não

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

## 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 2019-12-31

## 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

Nomear interlocutores nos serviços clínicos para realização prospectiva da vigilância das infeções associadas aos cuidados de saúde mais relevantes

Atividade conjunta \* Prazo de Execução \*

Não 2019-12-31

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

Sim (Se sim, anexe evidência)

Não

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

Sim (Se sim, anexe evidência)

Não

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

Sim (Se sim, anexe evidência)

Não

d) Programa de VE das Infeções Nosocomiais da Corrente Sanguínea em serviços de internamento de unidades de cuidados de agudos (rede nacional) - HAI-VE-INCS

Sim (Se sim, anexe evidência)

Não

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

Sim (Se sim, anexe evidência)

Não

32) A instituição monitorizou e notificou adequadamente os microrganismos alerta e problema, através da rede europeia de VE, de acordo com a

Norma  
da DGS/PPCIRA nº 00  
4/2013 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 - DGS\_2015\_2016\_CheckList\_E...

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Manter a monitorização e continuar a notificar 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.

Atividade conjunta \* Prazo de Execução \*  
Não 2019-12-31

32.1. A taxa de Staphylococcus aureus resistentes à metilina (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

Observações / Apoio

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

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

O GCL-PPCIRA manterá a implementação de estratégias que contribuam para a redução desta taxa. Mantem-se o plano de formação relativamente às precauções básicas, higienização das mãos e normas e isolamento. Mantem-se o retorno de informação aos serviços sobre a vigilância epidemiológica, reforçando positivamente os seus esforços.

Atividade conjunta \* Prazo de Execução \*  
Não 2019-12-31

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) \*

Plano de Atividades GCL-PPCIRA 2...

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Manter a monitorização e aplicação da Norma

Atividade conjunta \* Prazo de Execução \*  
Não 2019-12-31

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?  %

(anexe evidência) \*

**Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

Manter a aplicação da grelha de risco individual e monitorizar o seu preenchimento.

Atividade conjunta \* Prazo de Execução \*

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)

Observações / Apoio

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

(anexe evidência) \*

**Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

Manter a implementação do programa de apoio à prescrição de antibióticos.

Atividade conjunta \* Prazo de Execução \*

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)

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)

Observações / Apoio

Anexar dados de consumo de Carbapenemos em DDD (Hospitais).

(anexe evidência) \*

**Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

Manter a tendência decrescente o consumo de carbapenemes, alicerçada na realização do programa de apoio à prescrição de antibióticos e de ações de formação sobre a antibioterapia racional.

Atividade conjunta \* Prazo de Execução \*

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

**Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

Fomentar a adesão e realizar formação sobre o tema e auditar essa adesão.

Atividade conjunta \* Prazo de Execução \*

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

Sim



.....

Não

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Fomentar a adesão e realizar formação sobre o tema e auditar essa adesão.

Atividade conjunta \* Prazo de Execução \*  
Não 2019-12-31

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

Fomentar a adesão e realizar formação sobre o tema e auditar essa adesão.

Atividade conjunta \* Prazo de Execução \*  
Não 2019-12-31

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

Sim

Não

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Fomentar a adesão e realizar formação sobre o tema e auditar essa adesão.

Atividade conjunta \* Prazo de Execução \*  
Não 2019-12-31

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

38.1) Módulo da Auditoria às PBCI?

Sim (Se sim, anexe evidência)

Não

Observações / Apoio

Anexar cópia de formulário de adesão/resultados obtidos

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Fomentar a adesão e realizar formação sobre o tema e auditar essa adesão.

Atividade conjunta \* Prazo de Execução \*  
Não 2019-12-31

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

Fomentar a adesão e realizar formação sobre o tema e auditar essa adesão.

Atividade conjunta \* Prazo de Execução \*  
Não 2019-12-31

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

Fomentar a adesão e realizar formação sobre o tema e auditar essa adesão.

Atividade conjunta \* Prazo de Execução \*  
Não 2019-12-31

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

Sim (Se sim, anexe evidência)

Não

Observações / Apoio

Anexar plano interno anual de ação

(anexe evidência) \*

Plano de Atividades GCL-PPCIRA 2...

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Aplicação do plano de ação na área da prevenção e controlo de infeção, das resistências aos antimicrobianos e prescrição de antimicrobianos

Atividade conjunta \* Prazo de Execução \*

Não

2019-12-31

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

(anexe evidência) \*

Plano de Atividades GCL-PPCIRA 2...

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Manter a monitorização.

Atividade conjunta \* Prazo de Execução \*

Não

2019-12-31

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

28

b) Médicos

22

c) Enfermeiros do Núcleo Executivo do GCL-PPCIRA

75

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) \*

41 - BI N° 22.2018 Renomeação da ...

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. MONIT. 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 utent

e?

Sim Não

Observações / Apoio

Identificar instrumento de avaliação da satisfação e apresentar principais resultados.

(anexe evidência) \*

Questionário de Satisfação dos Ute...

## 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 2019-12-31

## — 4. RECONHE. 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 \*

Não 2019-12-31

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) \*

Certificação.rar

## 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.

Atividade conjunta \* Prazo de Execução \*

Não 2019-12-31

## — 5. INFO TRANSP CIDADÃO, AUMENTO D 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, nomeadamente edição de conteúdos de vídeo com informações e ensinamentos;

- Distribuição de panfletos informativos sobre a segurança da mãe e recém-nascido em casa e na maternidade e também sobre a Diabetes, nomeadamente auto-administração de insulina na gravidez; Diabetes Gestacional; Rótulos Nutricionais e Alimentação Saudável;

- Participação em feiras da saúde e visita a escolas da região 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, Dia Nacional da Prevenção do Cancro da Mama, Dia Mundial da Incontinência Urinária, Dia Mundial da

Pessoa com AVC, Dia Nacional da Esclerose Múltipla, Dia Mundial da Criança (foco na alimentação saudável), Semana do Aleitamento Materno, Dia Mundial da Doença de Alzheimer, Dia Mundial da diabetes, Dia Nacional do Doente com AVC, Rastreios Cardiopulmonares no mês do coração (maio), entre outras iniciativas.

- Receção no CHTS de grupos escolares em sessões informativas e de sensibilização;
- Colaboração com a organização do II Curso Prático de Pé Diabético para Cirurgiões e IV 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, Instagram, Twitter, no canal de Youtube e no canal interno da instituição (Hospital TV);
- Foi iniciado o projeto "Oficina de Escrita Criativa" com os utentes do Hospital de Dia de Psiquiatria, em Amarante;
- Parceria com jornal regional para publicação de artigos no âmbito da segurança do utente/doente.
- Apresentação e disponibilização da app MyCHTS, para informação e apoio aos utentes.

## Observações / Apoio

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

(anexe evidência) \*

exemplos 2018.pdf

## 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

2019-12-31

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

Ver anexo/evidência.

## Observações / Apoio

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

(anexe evidência) \*

2 - Formação segurança do doente ...

## 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

2019-12-31

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

2019-12-31