

Entidade: *

Morada:

Código Postal -

N.º de camas:

ARS:

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

PLANO DE ATIVIDADES

Preenchimento do Plano de Atividades concluído? * Sim Não

Preenchimento do Relatório de Atividades concluído? Sim Não

Utilizador:

E-mail:

Utilizador2 email_utilizador_2

6. Plano / Relatório de Atividades

1. MELHORIA DA QUALIDADE CLÍNICA E ORGANIZACIONAL

Diagnóstico de Situação em 2015

1) Qual o n.º de Normas emitidas pela DGS que foram discutidas e analisadas na Instituição? *

Observações / Apoio

(DGS)
 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) *

Durante o ano de 2015 foram efectuadas 3 acções de formação sobre as NOC, com a presença de 29 formandos do grupo profissional médico. A formação divulga as novas NOC publicadas por área. Todas as NOC são publicadas em portal interno com a divulgação respectiva institucional. Plano de formação de 2015 em anexo. Inserido no plano de formação obrigatória institucional organizada pelo Departamento de Ensino, Formação e Investigação (DEFI) do CHP. Plano de formação de 2016 em Anexo, com 5 acções previstas.

Atividade conjunta *Identifique a entidade *Prazo de Execução *

Sim	DEFI	2016-12-30
-----	------	------------

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

(anexe evidência) *

O registo não está disponível na plataforma de dados da saúde.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não		2016-12-30
-----	--	------------

(anexe evidência) *

2. REFORÇO DA SEGURANÇA DOS DOENTES

Diagnóstico de Situação em 2015

Prioridade II: Reforço da Segurança dos Doentes

Cultura de Segurança

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

Observações / Apoio

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

(anexe evidência) *

Propostas de atividade para 2016

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

2.1.) segurança do doente

Observações / Apoio

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

2.1.) segurança do profissional

(anexe evidência) *

Propostas de atividade para 2016

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

Propostas de atividade para 2016

Atividade conjunta *Identifique a entidade *

Sim	Gabinete de Governação Clínica	2016-12-30
-----	--------------------------------	------------

Segurança Cirúrgica

4) Qual a taxa de não conformidade da utilização da lista de verificação de segurança cirúrgica da instituição? * 14,5 (%)

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).

(anexo evidência) *

Auditoria LVSC20151.pdf

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

Auditoria anual inserida no plano de auditorias da Governação Clínica.

Atividade conjunta *Identifique a entidade *Prazo de Execução *

Sim	Governação Clínica	2017-12-30
-----	--------------------	------------

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

Observações / Apoio

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

Local cirúrgico errado: * 0 (%)

Procedimento errado: * 0 (%)

Doente errado: * 0 (%)

Retenção de objetos estranhos no local cirúrgico: * 0 (%)

Morte intraoperatória em doentes ASA1: * 0 (%)

(anexo evidência) *

Evidencia a introduzir.docx

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

Sensibilização para a notificação de eventos graves.
Manutenção das ações de formação em Notificação no ano de 2016 (plano de formação já anexado no separador 1)

Atividade conjunta *Identifique a entidade *Prazo de Execução *

Sim	DEFI	2016-12-30
-----	------	------------

6) Quantas auditorias internas foram realizadas? * 100

Observações / Apoio

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

(anexo evidência) *

Auditorias Clínicas 2015.pdf

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

7) Quantas notificações de incidentes relacionados com procedimentos cirúrgicos ocorreram na instituição? * 15

Observações / Apoio

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

(anexo evidência) *

Eventos notificados relacionados com Cirurgia.pdf

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

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.pdf

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

Tema inserido nas ações de formação institucional.

Atividade conjunta *Identifique a entidade *Prazo de Execução *

Sim	DEFI	2016-12-30
-----	------	------------

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) *

PG.SFAR.GER.005 - Armazenamento geral de medicamentos e produtos farmacêuticos.pdf

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

Procedimento geral específico a ser implementado

Atividade conjunta *Identifique a entidade *Prazo de Execução *

Sim	S. Farmaceuticos	2016-06-30
-----	------------------	------------

10) Quantas notificações de incidentes relacionados com a utilização de medicamentos LASA, ocorreram na instituição? * 5

Observações / Apoio

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

(anexo evidência) *

LASA.pdf

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

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.

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

A ser realizada na próxima reunião com a Comissão de farmacovigilância		
Atividade conjunta *Identifique a entidade *	Prazo de Execução *	
Sim	C. de Farmacovigilância	2016-06-30

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.

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

A ser realizada na próxima reunião com a Comissão de farmacovigilância		
Atividade conjunta *Identifique a entidade *	Prazo de Execução *	
Sim	C. de Farmacovigilância	2016-06-30

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.

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta



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

1

Observações / Apoio

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

(anexe evidência) *

Prop GC 099 2015.PDF  

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta



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) *

Alertas de segurança.pdf  

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

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



0

O circuito do medicamento tem uma rubrica destinada a medicação não prevista, onde no internamento se concilia toda a medicação que o doente tem prescrito.
 Na nota de alta é feita a transcrição da prescrição da medicação para a alta, tendo em consideração a medicação prévia. É realizado o ensino ao doente e disponibilizado folheto informativo. Os Serviços Farmaceuticos realizam dupla validação da prescrição de medicamentos dispensados pela farmacia hospitalar.

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) *

Validação e monitorização da prescrição médica.pdf  

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

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) *

PG Identificação do utente.pdf  

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta



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

11

Observações / Apoio

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

(anexe evidência) *

Identificação.pdf  

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta



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) *

Rel GC 098 2015.PDF  

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta



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

Atualização e divulgação do Procedimento Geral da identificação do utente. Alerta implementado para doentes internados com nome semelhante.

Observações / Apoio

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

(anexe evidência) *

PG Identificação do utente.pdf  

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

Prevenir a ocorrência de quedas

21) Implementou atividades no âmbito da prevenção de quedas? *

- Sim
- Não

(anexo evidência) *

Plano de Formação 2015.pdf

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

8 ações de formação com 136 formandos

Atividade conjunta *Identifique a entidade *Prazo de Execução *

Sim DEFI 2016-12-30

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

432

Observações / Apoio

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

(anexo evidência) *

Quedas 2015.pdf

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

Procedimento Geral em aprovação.

Plano de formação para 2016 com 8 ações de formação planeadas

Atividade conjunta *Identifique a entidade *Prazo de Execução *

Sim DEFI 2016-12-30

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

1

Observações / Apoio

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

(anexo evidência) *

Relatório Audit Risco Clinico En.PDF

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

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) *

Relatório Audit Risco Clinico En.PDF

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

Ações de formação em 2016 (3 sessões)

Atividade conjunta *Identifique a entidade *Prazo de Execução *

Sim DEFI 2016-12-30

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

11

Observações / Apoio

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

(anexo evidência) *

Total Acontecimentos.pdf

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

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

1

Observações / Apoio

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

(anexo evidência) *

Relatório Audit Risco Clinico En.PDF

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

Notificação, análise e prevenção de incidentes

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

- Sim (se sim, anexo evidência)
- Não

Observações / Apoio

Anexar evidência indicando o número e a categoria dos incidentes notificados.

(anexo evidência) *

Total Acontecimentos.pdf

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

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

O plano de formação institucional é realizado em articulação com as evidências das notificações. Desenvolvimento de ações preventivas conjuntas com os serviços e com a Gestão de Risco (criação de alertas, redesendo de procedimentos, auditorias clínicas)

Observações / Apoio

Anexar documento comprovativo da implementação de medidas.

(anexo evidência) *

Plano de formação de 2016[1].pdf

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

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

- Sim (se sim, anexo evidência)
- Não

Observações / Apoio

Anexar relatório de auditoria interna.

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos

30) A instituição monitorizou as infeções associadas aos cuidados de saúde através dos 4 programas de incidência de infeção (HAI-SSI; HAI-UCI; UCIN; INCS)? *

- Sim
- Não

Observações / Apoio

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

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

Continuação dos projectos		
Atividade conjunta *Identifique a entidade *Prazo de Execução *		
Sim	PPCIRA	2016-12-30

31) A instituição monitorizou e notificou atempadamente os microrganismos alerta e problema? *

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) *

Fwd ENVIO DE ESTIRPES (149 KB).msg  

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

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

Sim (anexe evidência)

Não

Observações / Apoio

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

(anexe evidência) *

Anexo 5 consumo carbapenems 1º semestre 2015.pdf  

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

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



Sim (se sim, anexe evidência)

Não

Observações / Apoio

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

(anexe evidência) *

Anexo 6 - Registo da Formação efetuada uso atb.pdf  

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta



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) *

Anexo 7 - PBCI check list.PDF  

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

35) Verificou-se, na instituição, diminuição no consumo de carbapenems de 2014 para 2015? *

Sim

Não

Observações / Apoio

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

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

Dados não disponíveis atempadamente para este relatório.		
Atividade conjunta *Prazo de Execução *		
Não		2016-12-30

37) A taxa MRSA/Staphylococcus aureus, considerando todos as amostras, diminuiu de 2014 para 2015, 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.

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

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

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

Observações / Apoio

Anexar o nº de 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.

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

Dados não disponibilizados a tempo deste relatório.		
Atividade conjunta *Prazo de Execução *		
Não		2016-12-30

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

(%)

Observações / Apoio

Anexar, por exemplo, quadro-resumo, etc.

(anexe evidência) *

Anexo 10 - Incidência IH no CHP.pdf  

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

3. MONITORIZAÇÃO PERMANENTE QUALIDADE E SEGURANÇA

Diagnóstico de Situação em 2015

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) *

IM.GQ.GER.016 - Inquéritos Especificos.doc  

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

O CHP avalia a satisfação dos utentes através da implementação de questionários disponibilizados em todos os internamentos e no ambulatório (em anexo listagem geral). Os questionários são avaliados pelas direções de serviço e são implementadas melhorias em função dos resultados obtidos.

Atividade conjunta * Identifique a entidade * Prazo de Execução *

Sim	Gabinete da Qualidade	2016-12-30
-----	-----------------------	------------

4. RECONHECIMENTO DA QUALIDADE DAS UNIDADES SAÚDE

Diagnóstico de Situação em 2015

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) *

01 S Antonio Award Let.pdf  

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

2) A instituição está certificada? *



Sim, anexo 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) *

Plano de Auditorias 2015_2016.pdf  

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

5. INFO TRANSP CIDADÃO, AUTO DA SUA CAPACITAÇÃO

Diagnóstico de Situação em 2015

Prioridade V: Informação transparente ao cidadão e aumento da sua capacitação



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

O CHP tem diversas iniciativas de informação ao utente no âmbito das diferentes vertentes de actuação. Exemplo de um serviço em anexo.

Observações / Apoio

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

(anexe evidência) *

Lista de Documentos - PUB's ANEST.doc  

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta



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

0

Observações / Apoio

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

(anexe evidência) *

Evidencia a introduzir.docx  

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta



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

Relatório do Gabinete do Utente

Observações / Apoio

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

(anexe evidência) *

Gabinete do Utente.pdf  

Propostas de atividade para 2016



Adicionar Proposta

Inserir Atividade

6. 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 * 2016-01-22

Adicionar documento: * Relatório DGS 2015.PDF  

Homologação do Plano de Atividades pelo Diretor-Geral da Saúde

Data de homologação * 2016-03-30

Adicionar documento: Seleccione...

Ano *

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

Plano anos anteriores