

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. PROMOVER A GOVERNAÇÃO CLÍNICA

Relatório de atividades / Plano de Ação

1 de janeiro a 31 de dezembro do ano anterior

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 (formação, etc.); o nº de profissionais envolvidos; dat

(anexe evidência) *

Adicionar Proposta

- Continuação da divulgação das normas emitidas pela DGS, em 2018, pelo Serviço de Comunicação e Imagem;
 - Discussão interna, promovida pela Direção Técnica, da seguinte norma da DGS:
 • norma n.º 14-2014 - Implementação da Tabela Nacional de Funcionalidade;
 • norma n.º 18-2011 - Cuidados Respiratórios Domiciliários: Prescrição de Oxigenoterapia.
 - Discussão interna, promovida pela Direção dos Serviços Farmacêuticos, das seguintes normas da DGS:
 • norma n.º 20-2014 - Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspetos semelhantes;
 • norma n.º 14-2015 - Medicamentos de Alerta Máximo.
 - Discussão interna, promovida pelo GCL-PPCIRA, das seguintes normas da DGS:
 • norma n.º 04-2013 - Vigilância Epidemiológica das Resistências aos Antimicrobianos
 • norma n.º 29-2012 - Precauções básicas de controlo de infeção;
 • norma n.º 18/2014 - Prevenção e controlo de colonização e infeção por MRSA nos hospitais e unidades de internamento de cuidados continuados integrados.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

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

(anexe evidência) *

Adicionar Proposta

- 1 Auditoria Interna no âmbito das Precauções Básicas do Controlo da Infeção, pelo GCL-PPCIRA.
 - Auditoria Interna no âmbito da Prevenção e controlo de colonização e infeção por MRSA nos hospitais e unidades de internamento de cuidados continuados integrados, pelo GCL-PPCIRA, três vezes/ano.
 - 1 Auditoria interna no âmbito da Profilaxia antibiótica cirúrgica na criança e no adulto, pelo GCL-PPCIRA.
 - Auditoria interna no âmbito da norma n.º 02-2015 – Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referência Interna Imediata, realizada mensalmente, por profissionais do SU.
 - Auditoria interna no âmbito da norma n.º 18-2011 - Cuidados Respiratórios domiciliários: prescrição de oxigenoterapia, realizada anualmente, por médico do Serviço de Pneumologia.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Adicionar Proposta

Implementação da Tabela Nacional da Funcionalidade, até ao final de Dezembro de 2018, pelos serviços de Cardiologia, Pneumologia e Psiquiatria, com a coordenação dos respetivos Centros de Gestão.

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? %

6.2) Qual a percentagem de registos clínicos eletrónicos não conformes no 2º semestre do ano? %

Observações / Apoio

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

(anexe evidência)

Não existem evidências - Auditorias Internas.pdf  

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Avaliar possibilidade de retomar os Tracers aos Serviços de Ação Médica, que monitorizam os registos 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 - Grupo Português de Triagem

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)

Demora média entre a triagem e a primeira observação médica:

1.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:00
Laranja	00:15
Amarela	00:42
Verde	01:04
Azul	01:20
Branca	00:34

2.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:00
Laranja	00:11

Amarela	00:43
Verde	01:01
Azul	01:22
Branca	00:34

3.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:00
Laranja	00:11
Amarela	00:41
Verde	01:01
Azul	01:30
Branca	00:33

4.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:00
Laranja	00:13
Amarela	00:54
Verde	01:15
Azul	01:22
Branca	00:37

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	02:41
Laranja	03:43
Amarela	03:06
Verde	02:44
Azul	02:45
Branca	02:24

2.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	02:28
Laranja	03:50
Amarela	03:01
Verde	02:35
Azul	02:36
Branca	02:21

3.º Trimestre



Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	03:12

Laranja	03:51
Amarela	03:05
Verde	02:38
Azul	02:52
Branca	02:17

4.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	03:05
Laranja	04:11
Amarela	03:24
Verde	02:56
Azul	03:02
Branca	02:36

(anexe evidência)*

Monitorização Tempos Médios Admissão até Triagem SU - Adultos - Comissão da Qualidade.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 - Grupo Português de Triagem

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)

00:23

Demora média entre a triagem e a primeira observação médica:

1.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:00
Laranja	00:16
Amarela	00:26
Verde	00:28
Azul	00:42
Branca	00:29

2.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:00
Laranja	00:18
Amarela	00:20
Verde	00:22
Azul	00:40
Branca	00:13

3.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:00
Laranja	00:11
Amarela	00:17
Verde	00:21
Azul	00:25
Branca	00:22

4.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:00
Laranja	00:13
Amarela	00:22
Verde	00:31
Azul	00:39
Branca	00:25

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	07:01
Laranja	02:58
Amarela	02:30
Verde	01:12
Azul	01:30
Branca	02:16

2.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	04:49
Laranja	02:55
Amarela	02:09
Verde	01:13
Azul	01:29
Branca	02:13

3.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	03:00
Laranja	03:30
Amarela	02:03
Verde	01:19
Azul	01:53
Branca	01:48

4.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	09:56
Laranja	03:25
Amarela	02:16
Verde	01:35
Azul	02:37
Branca	01:21

(anexe evidência) *



(anexe evidência) *



Adicionar Proposta

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

2. PREV. CONTROL. INFEÇÕES RESIST ANTIMICROBINAOS

Diagnóstico de Situação em 2014

A instituição monitorizou as infeções associadas a cuidados de saúde, através dos 4 programas de incidência de infeção:

Observações / Apoio
[\(Despacho n.º 2902/2013\)](#)
[\(Despacho n.º 15423/2013\)](#)
[\(Norma n.º 004/2013\)](#)

HAI-SSI (HELICS-CIR) Sim Não

HAI-ICI (HELICS-UCI): Sim Não

UCIN: * Sim Não

INCS: * Sim Não

Propostas de atividade para 2015

Adicionar Proposta

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

Sim (se sim, anexe evidência)

Não

Propostas de atividade para 2015

Adicionar Proposta

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

Sim (se sim, anexe evidência)

Não

Propostas de atividade para 2015

Adicionar Proposta

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

Propostas de atividade para 2015

Adicionar Proposta

A instituição aderiu à Campanha de Precauções Básicas de Controlo de Infeção? *

Sim Não

A instituição tem Grupo Coordenador Local nomeado e a funcionar de acordo com o Despacho n.º 15423/2013? *

Sim Não

Sim

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? *



Propostas de atividade para 2015

Adicionar Proposta

3. IMPLEMENT. PRÁTICAS SEGURAS PROCD. CIRÚRGICOS

Adicionar Proposta

Adicionar Proposta

Adicionar Proposta

Adicionar Proposta

4. IMPLEMENT PRÁTICAS SEGURAS UTILIZAÇÃO MEDICAÇÃO

Inserir Atividade

Inserir Atividade

Adicionar Proposta

Adicionar Proposta

5. IMPL PRÁTICAS SEGURAS IDENTI INEQUIVOCOS DOENTE

Inserir Atividade

Adicionar Proposta

Adicionar Proposta

6. PREVENIR OCORRÊNCIA ÚLCERAS DE PRESSÃO

Inserir Atividade

Adicionar Proposta

Adicionar Proposta

7. PREVENIR OCORRÊNCIA DE QUEDAS

Inserir Atividade

Adicionar Proposta

Adicionar Proposta

8. ALARGAR E MANTER UMA CULTURA DE SEGURANÇA

Diagnóstico de Situação em 2014

Observações / Apoio
Norma n.º 025/2013, de
24/12/2014 - Avaliação de
Cultura de Segurança do
Doente nos Hospitais

"Avaliação da Cultura de
Segurança do Doente
numa amostra de hospitais
portugueses. resultados
do estudo piloto". DGS,
2011

Qual foi a taxa de adesão da instituição à avaliação da cultura de segurança realizada? *

0.0630

Propostas de atividade para 2015

Adicionar Proposta

[Observações / Apoio Informação n.º 002/2014, 25/02/2014 - Relatório de Progresso de Monitorização do SNNIE, 2013](#)

[Informação n.º 006/2013, 24/12/2013 - Decreto-Lei 121/2013, de 22 de agosto](#)

[Orientação n.º 011/2012, 30/07/2012 - Análise de Incidentes e de Eventos Adversos](#)

[Norma n.º 015/2014, de 25/09/2014 - Sistema Nacional de Notificação de Incidentes - NOTIFICA](#)

Tem gestor local ativo no sistema nacional de notificação? *

 Sim Não

Sim

Propostas de atividade para 2015

Inserir Atividade

Quantas notificações foram realizadas relativamente a incidentes ocorridos nessa instituição? *

□

Propostas de atividade para 2015

Adicionar Proposta

Foi dado *feedback* aos dirigentes e aos profissionais em relação às notificações recebidas? * Sim (se sim, anexe evidência) Não**Propostas de atividade para 2015**

Inserir Atividade

Promoveu-se formação aos profissionais sobre segurança do doente? *

 Sim (se sim, anexe evidência) e indique quantos profissionais realizaram a formação Não**Propostas de atividade para 2015**

Inserir Atividade

Promoveu-se formação aos doentes sobre segurança do doente? *

 Sim (se sim, anexe evidência) Não**Propostas de atividade para 2015**

Inserir Atividade

9. APROVAÇÕES E HOMOLOGAÇÕES**1 de janeiro a 31 de dezembro do ano anterior** Plano de Ação aprovado, assinado pelo responsável máximo da Instituição (Presidente do Conselho de Administração/Diretor Executivo) e com o respetivo carimbo. *

Data de aprovação *

2018-02-08

Adicionar documento: *

Relatório de Atividades 2017 e Plano de Ação 2018 da CQS aprovado pelo PCA.pdf



Validação do Plano de Atividades pela ARS *

 Sim Não Em avaliação

Data: *

2018-03-22

 Homologação do Plano de Atividades pelo Diretor-Geral da Saúde

Data de homologação *

2018-06-21

ADICIONAR COPIA PLANO HOMOLOGADO

□

Selecione...
