

Ano:

Entidade: \*

ARS:

Tipologia:

Utilizador:

E-mail:

## PLANO DE ATIVIDADES

Preenchimento do Plano 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; tipologia das iniciativas desenvolvidas (ex: sessões clínicas, ação de formação, etc.); o nº de professor envolvidos; datas.

(anexe evidência) \*



Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta


- Formalizar e sistematizar a criação de evidências das reuniões e sessões de discussão e análise das normas da DGS. - 2018 - apenas foi possível recolher evidência da discussão das normas dos feixes de intervenção. (foram discutidas - informalmente e sem evidências - as seguintes normas: Feixes de intervenção; MRSA; Identificação Inequivoca de Doentes; Febre Pediátrica; Medicamentos de Alerta Máximo; Medicamentos LASA; Quedas de doentes; Asma Pediátrica e no Adulto; Úlceras de Pressão)

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) auditor(s).

(anexe evidência) \*



Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

- Manter o plano de auditorias internas em colaboração com o Gab. Gestão da Qualidade, Gab. Gestão do Risco e Segurança do Doente, Grupos Institucionais das Quedas, Úlceras e Uso Seguro do Medicamento, entre outros.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*


Não	2019-12-31
-----	------------

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

1º Curso de antibioterapia do CHBM;  
 1º Curso de Urgências e Emergências do CHBM;  
 Formação em anticoagulação e imunohemoterapia  
 formação em terapêutica inalatória;  
 formações em tratamento de feridas e úlceras de pressão;  
 formação em fármacos e vias de administração;  
 formação em farmacovigilância e notificação espontânea;  
 formação em nutrição no utente com doença hepática crónica;  
 Procedimento Gestão de stock de medicamentos e metodologia ekanbar;  
 procedimento preparação, administração e registo de medicamentos: práticas seguras;  
 procedimento abordagem da criança / jovem com suspeita de abuso sexual;  
 protocolo clínico agudização da asma na criança/jovem;  
 protocolo clínico escabiose na criança e adolescente;  
 protocolo clínico abordagem terapeuta perante mordeduras animais e humanas em pediatria;  
 protocolo clínico abordagem clínica perante picada de artrópodes e animais marinhos.

**Observações / Apoio**  
 Exemplo: incorporação de alert nos sistemas informáticos; anál de consumos; protocolos intern etc.

(anexe evidência) \*

prioridade 1 ponto.3.zip 

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Continuar a promover a melhoria da qualidade das prescrições de tratamento, medicamentos e MCDT, elaborar procedimentos sob conciliação terapêutica, atualização das listagens dos medicamentos de alerta máximo e LASA. Melhorias e atualizações na prescrição eletrónica de medicamentos.  
 Ponderar em aquisição de software específico para a UCI.

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 =

Nº total de pessoas saídas com registo da TNF =

**Observações / Apoio**  
 Despacho 10218/2014, de 8 de agosto: para utentes entre os 18- os 64 anos com patologia crónica serviços identificados no Despach

5.2) Média de ganhos funcionais:

Média do grau de funcionalidade dos utentes no momento da admissão =

Média do grau de funcionalidade dos utentes no momento da alta =

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Re-programar formação por parte da DGS e Iniciar aplicação da TNF na Psiquiatria  
 Atividade conjunta \*Identifique a entidade \*Prazo de Execução \*

Sim	DGS	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? 16.00 %

6.2) Qual a percentagem de registos clínicos eletrónicos não conformes no 2º semestre do ano? 19.50 %

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

(anexe evidência)

prioridade 1 ponto 6.zip

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Continuar a atividade, sensibilizar as equipas para implementar a propostas de melhoria. Divulgação dos resultados obtidos aos profissionais do CHBM.

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 STM II – SClínico modulo Triagem- SPMS – Não certificado pelo GPT – inicio 02/2018

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 de Norma nº 02/2015.

Demora média para triagem (hh:mm) 00:11

Demora média entre a triagem e a primeira observação médica:

1.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:15
Laranja	00:24
Amarela	00:55
Verde	01:19
Azul	02:17
Branca	00:49

2.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
------------	----------------------

Vermelha	00:17
Laranja	00:21
Amarela	00:58
Verde	01:24
Azul	02:30
Branca	00:50

3.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:16
Laranja	00:21
Amarela	01:13
Verde	01:42
Azul	02:26
Branca	00:51

4.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:13
Laranja	00:23
Amarela	01:17
Verde	01:47
Azul	01:35
Branca	00:55

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	01:10
Laranja	04:30
Amarela	03:42
Verde	02:37
Azul	03:39
Branca	01:51

2.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	02:51
Laranja	04:32
Amarela	03:49
Verde	03:10
Azul	03:57

Branca 02:07



3.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	02:54
Laranja	04:50
Amarela	04:10
Verde	03:29
Azul	04:15
Branca	02:16

4.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	03:36
Laranja	05:03
Amarela	04:24
Verde	03:41
Azul	04:05
Branca	02:23

(anexe evidência) \*

prioridade 1 ponto 7 urg geral.zip  

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 Adaptado

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 de Norma nº 02/2015.

Demora média para triagem (hh:mm)

00:09

Demora média entre a triagem e a primeira observação médica:

1.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:00
Laranja	00:12
Amarela	00:27
Verde	01:06
Azul	00:00
Branca	00:00

2.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:00
Laranja	00:10
Amarela	00:22
Verde	00:53
Azul	00:00
Branca	00:00

3.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:00
Laranja	00:09
Amarela	00:17
Verde	00:33
Azul	00:00
Branca	00:00

4.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:00
Laranja	00:13
Amarela	00:26
Verde	01:01
Azul	00:00
Branca	00:00

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	00:00
Laranja	00:00
Amarela	00:00
Verde	00:00
Azul	00:00
Branca	00:00

2.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:00
Laranja	00:00
Amarela	
Verde	
Azul	
Branca	

Amarela	00:00
Verde	00:00
Azul	00:00
Branca	00:00



3.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:00
Laranja	00:00
Amarela	00:00
Verde	00:00
Azul	00:00
Branca	00:00

4.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:00
Laranja	00:00
Amarela	00:00
Verde	00:00
Azul	00:00
Branca	00:00

(anexe evidência) \*

prioridade 1 ponto 5 urg ped.zip  

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) \*

prioridade 1 ponto 8.zip  

Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta

Manter a metodologia atual. Articular com o Grupo SIGO (Sistema Integrado de Gestão por Objetivos) no sentido de identificar os projetos de boas práticas implementados internamente.

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) \*

prioridade 1 ponto 9.zip



Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta Manter a participação nas atividades a decorrer e aderir à novas atividades de investigação clínica que venham a surgir

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não

2019-12-31

**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?

1. Atualização do mapa de riscos clínico e geral do Bloco Operatório.
2. Elaboração do mapa de risco clínico e geral do Serviço de Pediatria: Internamento, Urgência Pediátrica, Neonatologia, Consulta Externa e Hospital de Dia.
3. Elaboração do mapa de risco clínico e geral da Unidade Funcional de Oncologia: internamento e Hospital de Dia.
4. Elaboração, divulgação, implementação e monitorização de protocolos clínicos, procedimentos gerais e setoriais.
5. Resposta aos relatos de incidente com sugestões de boa prática segundo os procedimentos aprovados no CHBM e as normas/orientações nacionais de segurança do doente.
6. Análise das situações de maior gravidade com os profissionais de saúde dos serviços, identificando medidas a implementar para mitigar o risco.
7. Elaboração e divulgação do relatório de notificação de incidentes.
8. Formação dos profissionais para adesão à cultura de segurança e notificação de eventos:
  - 8.1. Realizada a formação "Segurança do Doente / Relato de Incidente na Plataforma de Gestão do Risco e Segurança do Doente" nos serviços de Medicina Física e Reabilitação, Imunohemoterapia Unidade de Técnicas Endoscópicas e Serviços Farmacêuticos.
  - 8.2. Realizado Acolhimento aos novos profissionais de saúde do CHBM onde é abordada a temática de Segurança do Doente e gestão do risco clínico.

**Observações / Apoio**

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

(anexe evidência) \*

prioridade 2 ponto 1.zip



Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta Realizar a avaliação da cultura de segurança do doente dos profissionais da instituição, se aplicável. Iniciar medidas de reforço e sensibilização dos profissionais para a cultura de segurança do doente. Manter as medidas implementadas e ponderar implementar novas medidas.

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 anexo

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

2.1.) segurança do profissional

Ver anexo

(anexe evidência) \*

prioridade 2 ponto 2.zip  

Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta

Dar continuidade aos projetos de formação e dar prioridade à formação em serviço (on-site) face à formação tradicional em auditório/sala.

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?

12

**Observações / Apoio**  
Anexar relatório(s) de auditoria, identificando: data, serviço audita e equipa auditora

(anexe evidência) \*

prioridade 2 ponto 3.zip  

Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta

Manter a atividade, divulgar os resultados aos profissionais, sensibilizar as equipas clínicas para a aplicação das recomendações de melhoria.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2019-12-31



#### Segurança Cirúrgica

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

0.90 (%)

**Observações / Apoio**  
Anexar:  
Nº de não conformidades registadas em sede de auditoria, i.e., o nº de respostas do tipo "não" dos critérios de auditoria interna e o nº total de respostas (excluídas as respostas "NA" não aplicáveis).

(anexe evidência) \*

prioridade 2 ponto 4 5 6.pdf  

Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta

Envolvimento das Direções dos Serviços de Especialidade Cirúrgica, formação contínua a todos os elementos com enfoque nos novos colaboradores/cirurgiões. Atenção redobrada para as especialidades de Cardiologia e Gastrenterologia como utilizadores do Bloco Operatório na realização de técnicas invasivas. Sensibilização para a necessidade da utilização correta e total do

Consentimento Informado.

Reforço na monitorização do indicador "taxa de infeção do local cirúrgico - HELICS".

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não	2019-12-31
-----	------------

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 intervençionados.

Local cirúrgico errado:  (%)


Procedimento errado:  (%)

Doente errado:  (%)

Retenção de objetos estranhos no local cirúrgico:  (%)

Morte intraoperatória em doentes ASA1:  (%)

(anexe evidência) \*

prioridade 2 ponto 4 5 6.pdf  X

Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta

X Envolvimento das Direções dos Serviços de Especialidade Cirúrgica, formação contínua a todos os elementos com enfoque nos novos colaboradores/cirurgiões. Atenção redobrada para as especialidades de Cardiologia e Gastrenterologia como utilizadores do Bloco Operatório na realização de técnicas invasivas. Sensibilização para a necessidade da utilização correta e total do Consentimento Informado.

Reforço na monitorização do indicador "taxa de infeção do local cirúrgico - HELICS".


Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não	2019-12-31
-----	------------

6) Quantas auditorias internas foram realizadas?

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

(anexe evidência) \*

prioridade 2 ponto 4 5 6.pdf  X

Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta

X Manutenção das atividades de auditoria realizadas.  
Envolvimento das Direções dos Serviços de Especialidade Cirúrgica, formação contínua a todos os elementos com enfoque nos novos colaboradores/cirurgiões. Atenção redobrada para as especialidades de Cardiologia e Gastrenterologia como utilizadores do Bloco Operatório na realização de técnicas invasivas. Sensibilização para a necessidade da utilização correta e total do Consentimento Informado.

Reforço na monitorização do indicador "taxa de infeção do local cirúrgico - HELICS"

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não	2019-12-31
-----	------------

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

Promover a adesão à cultura de segurança na organização, promover a notificação de incidentes relacionados com procedimentos cirúrgicos.

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 de revisão, se aplicável. Evidenciar como foi realizada a divulgação.

(anexe evidência) \*

prioridade 2 ponto 8 9.zip  

Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta Continuar a atividade realizada. Rever e atualizar o procedimento e listas, promover a divulgação da atividade de monitorização.

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) \*

prioridade 2 ponto 8 9.zip  

Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta Continuar a atividade realizada. Rever e atualizar o procedimento e listas, promover a divulgação da atividade de monitorização.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*


Não	2019-12-31
-----	------------

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

45

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

(anexe evidência) \*

prioridade 2 ponto 10.zip  

Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta Promover a adesão à cultura de segurança na organização, promover a notificação de incidentes relacionados com a utilização de medicamentos LASA.

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 instituição em vigor, com data de aprovação e de revisão, se aplicável. Evidenciar como foi realizada a divulgação.

(anexe evidência) \*

prioridade 2 ponto 11 12.zip  X

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

X Continuar a atividade realizada. Rever e atualizar o procedimento e listas, promover a divulgação da atividade de monitorização.

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 vi com data de aprovação e de revisão, se aplicável, identificando os serviços onde está implementada. Evidenciar como foi realizada a divulgação.

(anexe evidência) \*

prioridade 2 ponto 11 12.zip  X

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

X Continuar a atividade realizada. Rever e atualizar o procedimento e listas, promover a divulgação da atividade de monitorização.

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?

55

**Observações / Apoio**  
 Anexar, por exemplo, quadro-resumo, plano de intervenção, et

(anexe evidência) \*

prioridade 2 ponto 13.zip  X

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

X Promover a adesão à cultura de segurança na organização, promover a notificação de incidentes relacionados com a utilização de medicamentos AM.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2019-12-31


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

4

**Observações / Apoio**  
 Anexar relatório(s) de auditoria, identificando: data, serviço audita

âmbito da auditoria, nº das normas  
equipa(s) auditora(s).

(anexo evidência) \*

prioridade 2 ponto 14.zip  X

Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta

X Manter a metodologia implementada, envolver os serviços na realização das auditorias e na implementação das melhorias/ações corretivas.

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, referir a origem da ação de melhoria (norma, auditoria, notificação, ou)

(anexo evidência) \*

prioridade 2 ponto 15.zip  X

Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta

X Manter a atividade e reuniões do Grupo Institucional para o Uso Seguro de Medicamento. Formalizar o procedimento sobre a Reconciliação Terapêutica.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*


Não	2019-12-31
-----	------------

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

Em anexo

**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 e de medicação, nomeadamente: omissões, duplicações, doses inadequadas, interações, bem como problemas de adesão à medicação.

(anexo evidência) \*

prioridade 2 ponto 16.zip  X

Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta

X Manter a atividade e reuniões do Grupo Institucional para o Uso Seguro de Medicamento. Formalizar o procedimento sobre a Reconciliação Terapêutica.

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 vi  
com data de aprovação, modo de  
divulgação e revisão, se aplicáve

(anexe evidência) \*

prioridade 2 ponto 17.zip  X

Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta

X Continuar a atividade realizada. Rever e atualizar o procedimento, alargar a monitorização da conformidade da identificação inequívoca a outros serviços.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2019-12-31

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

0

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

Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta

X Promover a adesão à cultura de segurança na organização, promover a notificação de incidentes relacionados com a identificação do doente. Sensibilização dos profissionais para o impacto que um erro de identificação do doente possa vir a ter.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*


Não 2019-12-31

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

4

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

(anexe evidência) \*

prioridade 2 ponto 19.zip  X

Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta

X Continuar a atividade realizada. Rever e atualizar o procedimento, alargar a monitorização da conformidade da identificação inequívoca a outros serviços.

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.

Realização do Procedimento Geral "Identificação Inequívoca de Doentes";  
Realização de auditorias internas de monitorizaçã  
da conformidade do Procedimento Geral.

**Observações / Apoio**  
identificar o serviço, o público-alv  
nº de realizações.

(anexe evidência) \*

prioridade 2 ponto 20.zip  X

Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta

X Continuar a atividade realizada. Rever e atualizar o procedimento, alargar a monitorização da conformidade da identificação inequívoca a outros serviços.  
Estudar alternativas com o Serviço de Aprovisionamento, no sentido de melhorar o dispositivo atual de identificação de doentes.

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) \*

prioridade 2 ponto 21.zip	 X
---------------------------	---

Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta

- X Continuar a atividade realizada. Rever e atualizar os procedimentos atualmente em vigor (prevenção, avaliação do risco, atuação p queda e auditoria interna), alargar a monitorização da conformidade da identificação inequívoca a outros serviços. Estudar a possibilidade da melhoria do parque de camas e cadeiras de rodas do CHBM.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não	2019-12-31
-----	------------


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

174

## Observações / Apoio

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

(anexe evidência) \*

prioridade 2 ponto 22.zip	 X
---------------------------	---

Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta

- X Promover a adesão à cultura de segurança na organização, promover a notificação de incidentes relacionados com a queda de doente. Sensibilização dos profissionais para o impacto que uma queda de um doente possa vir a ter.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não	2019-12-31
-----	------------


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

132

## Observações / Apoio

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

(anexe evidência) \*

prioridade 2 ponto 23 26.zip	 X
------------------------------	---

Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta

- X Continuar a atividade realizada. Rever e atualizar os procedimentos atualmente em vigor (prevenção, avaliação do risco, atuação p queda e auditoria interna), alargar a monitorização da conformidade a outros serviços.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*


Não	2019-12-31
-----	------------

## 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) \*

prioridade 2 ponto 24.zip	 X
---------------------------	---

## Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta

- Terminar e formalizar o procedimento sobre a prevenção, monitorização e tratamento de úlceras de pressão. Manter as atividades e reuniões do grupo institucional de prevenção das úlceras de pressão.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*


Não	2019-12-31
-----	------------

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

56

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

(anexe evidência) \*

prioridade 2 ponto 25.zip 

## Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta

- Promover a adesão à cultura de segurança na organização, promover a notificação de incidentes relacionados com úlceras de pressão. Esclarecer os profissionais para o objetivo da notificação de incidentes, informar que a notificação é sigilosa e visa a melhoria dos processos, sendo processo não punitivo.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*


Não	2019-12-31
-----	------------

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

144

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

(anexe evidência) \*

prioridade 2 ponto 23 26.zip 

## Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta

- Continuar a atividade realizada. Rever e atualizar os procedimentos atualmente em vigor (prevenção, avaliação do risco, atuação e auditoria interna), alargar a monitorização da conformidade a outros serviços.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não	2019-12-31
-----	------------


## Notificação, análise e prevenção de 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) \*

prioridade 2 ponto 27.zip 

## Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta

- Manter a metodologia atual.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não	2019-12-31
-----	------------




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

[ver anexo](#)

Observações / Apoio  
Anexar documento comprovativo  
implementação de medidas.

(anexe evidência) \*

prioridade 2 ponto 28.zip  X

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

X Monitorizar as medidas implementadas. Avaliar a sua eficácia. Avaliar a necessidade de novas medidas tendo em conta os incidentes com maior prevalência durante o ano de 2019. Continuar a análise e monitorização dos relatos de incidentes de segurança do doente.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2019-12-31


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

Sim (se sim, anexe evidência)

Não

Observações / Apoio  
Anexar relatório de auditoria inter

(anexe evidência) \*

prioridade 2 ponto 29.zip  X

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

X Manter a metodologia iniciada em 2018. Permitir estabilização da monitorização atual para posterior ponderar outros critérios de avaliação e análise.

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  
plataforma de cada programa cor  
dados da própria instituição.

(anexe evidência) \*

Prioridade 2 ponto 30.zip  X

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

X Continuar a monitorizar as IACS através dos programas mencionados. Atingir melhorias no HELICS Cirurgia.

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

(anexe evidência) \*



HELICS CIRURGIA.zip  X

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

(anexe evidência) \*

HELICS UC1.pdf  



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 Sanguinea em serviços de internamento de unidades de cuidados de agudos (rede nacional) - HAI-VE-INCS

 Sim (Se sim, anexe evidência) Não



(anexe evidência) \*

INCS\_019901.pdf  

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

(anexe evidência) \*



prioridade 2 ponto 31.zip  

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 material enviado para notificação dos microrganismos alerta (amostragem e problema).

(anexe evidência) \*

prioridade 2 ponto 32 1.zip  

Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta Manter atividades realizadas.

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

Em que percentagem?

20.70 %

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

(anexe evidência) \*

prioridade 2 ponto 32 1.zip  

Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta Continuar a redução da taxa de Staphylococcus aureus resistentes à metilina (MRSA) no total de Staphylococcus aureus.

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) \*

prioridade 2 ponto 32 2.zip	 
-----------------------------	---

Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta

- Manter a implementação da Norma N.º 018/2014. Elaboração de material educativo (folheto) para os doentes transferidos para os cuidados continuados, lares e/ domicílio.

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

Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta

- Avaliar/planear a aplicação da grelha de avaliação do risco individual do doente na admissão. A avaliação é realizada, no entanto, sem recorrer à grelha de avaliação ou a criação de registo de evidência.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não	2019-12-31
-----	------------

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

Entendê-se por "ter um programa facto do mesmo estar estruturado e implementado.

Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta

- Estruturar e implementar um programa de apoio à prescrição de antibióticos, de acordo com o Despacho n.º 15423. Atualmente está em vias de implementação no Serviço de Medicina Interna.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não	2019-12-31
-----	------------



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).

(anexe evidência) \*

prioridade 2 ponto 34.zip	 
---------------------------	---

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 Carbapenems em DDD (Hospital)

(anexe evidência) \*

prioridade 2 ponto 35.zip  X

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

X Realizar formação na temática e aplicação do PAPA

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não	2019-12-31
-----	------------

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

a) se sim, indique a percentagem de serviços cirúrgicos aderentes?

50.00 %

b) Se sim, indique se o (s) bloco (s) operatório (s) cumpre os respetivos critérios desta bundle

Sim, cumpre.

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

X Alargar os feixes de intervenção para as outras áreas cirúrgicas.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não	2019-12-31
-----	------------

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

- Sim
- Não

Se sim, indique a percentagem de serviços clínicos/áreas de atendimento aderentes?

9.00 %

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

X Alargar os feixes de intervenção para as outras áreas clínicas.

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

Se sim, indique a percentagem de serviços clínicos/áreas de atendimento aderentes

17.00 %

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

X Alargar os feixes de intervenção para as outras áreas clínicas.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não	2019-12-31
-----	------------

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

- Sim
- Não

Se sim, indique a percentagem de UCI/outros serviços clínicos aderentes em que esta bundle deva ser aplicada

50.00 %

## Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta Manter a monitorização dos indicadores da aplicação deste feixe de intervenções.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2019-12-31

## 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) NãoObservações / Apoio  
Anexar cópia de formulário de adesão/resultados obtidos

## Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta Ponderar na aplicação do questionário em 2019.

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

Se sim, indique a percentagem de serviços clínicos aderentes/áreas de atendimento?

100.00 %

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

(anexe evidência) \*

252 Compon.pdf  

## Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta Continuar a apostar na promoção da adesão à higiene das mãos.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2019-12-31

38.3) Módulo de monitorização do uso de luvas?


 Sim (Se sim, anexe evidência) Não

Se sim, indique a percentagem de serviços clínicos/áreas de atendimento aderentes?

73.00 %

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

(anexe evidência) \*

Relatório- Uso de Luvas 2017.pdf  

## Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta Aumentar o número de serviços clínico aderentes à monitorização do uso de luvas.

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 aç

## Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta

Elaborar plano de ação na área da prevenção e controlo de infeção, das resistências aos antimicrobianos e prescrição de antimicrobianos para 2019.

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 melhor

(anexe evidência) \*

prioridade 2 ponto 40.zip 

## Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta

Manter as atividades desenvolvidas, continuar a apresentar os relatórios de resultados, estudar soluções e mais-valias com o Serviço de Sistemas de Informação.

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

Observações / Apoio  
\*FTE= Número de horas semana de trabalho: do Coordenador do GCL-PPCIRA; dos Médicos (som do número de horas de todos os médicos do núcleo executivo do GCL-PPCIRA); Soma do número horas do (s) Enfermeiro (s) do Núcleo Executivo do GCL-PPCIR


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

(anexe evidência) \*

prioridade 2 ponto 42.zip 

## 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

Observação  
Apoio


satisfação do  
utente?  
 Sim  Não

Identificar  
instrumento  
avaliação da  
satisfação e  
apresentar  
principais  
resultados.

(anexe evidência) \*

prioridade 3 ponto 1.zip  X

Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta

X Manter a avaliação da satisfação dos utentes. Incrementar resultados. Avaliar impacto das obras de requalificação realizadas.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2019-12-31

#### 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

Observação  
Apoio  
Se sim,  
identificar:  
1)  
unidades/ser  
ou Hospital  
2) qual o mo  
(ACSA, CHK  
JCI, outros...  
3) período de  
vigência do(s)  
certificado(s)

(anexe evidência) \*

prioridade 4 ponto 1.zip  X

Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta

X Continuar a trabalhar para apoiar os serviços/unidades acreditadas. Manter as creditações atingidas. Promover projetos de melhor da qualidade com vista à obtenção de acreditação em outros serviços/unidades.

Formalizar junto da DGS o projeto de acreditação da Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA) do Hospital do Montijo.


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) \*

prioridade 4 ponto 2.zip  X

Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta

X

Continuar a trabalhar para apoiar os serviços/unidades certificados. Manter as certificações atingidas. Promover projetos de melhoria da qualidade com vista à obtenção de certificação em outros serviços/unidades.

Realizar auditorias de certificação nos Serviços com Sistemas de Gestão da Qualidade ISO 9001 - Serviço de Imunohemoterapia e Serviço de Recursos Humanos.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2019-12-31

## 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?

Em anexo listagem e evidências.

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

(anexe evidência) \*

prioridade 5 ponto 1.zip  X

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

X Manter as iniciativas de divulgação de informação ao doente/utente realizadas. Articular com o Gabinete de Comunicação e Imagem para sistematização de evidências.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*


Não 2019-12-31

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

Em anexo listagem e evidências.

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

(anexe evidência) \*

formação para utentes.docx  X

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

X Manter as ações de formação sobre segurança do doente realizadas para os utentes - formalizar a recolha de evidências sobre as ações de formação. Articular com o Gabinete de Comunicação e Imagem e Centro de Educação e Formação para sistematização de evidências.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*


Não 2019-12-31

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

Em anexo listagem e evidências.

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

(anexe evidência) \*

prioridade 5 ponto 3.zip  X

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

X Manter a metodologia de análise das principais causas de reclamações e analisar que medidas implementar. Avaliar a eficácia das medidas implementadas anteriormente.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2019-12-31



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 com o respetivo carimbo. \*

Validação do Plano de Atividades pela ARS \*

Sim  Não  Em avaliação

Adicionar documento:

Seleccione...

**C.A.  
APROVADO**

apreciado em Reunião  
do Conselho de Administração  
CHBM, E. P. E.

de 05/04/2019

ACTA N.º 15

  
**Pedro Lopes**  
Presidente do Conselho de Administração

