

Ano: 2018  
 Entidade: \* Centro de Medicina de Reabilitação Rovisco Pais  
 ARS: CENTRO  
 Tipologia: HOSPITAL  
 Utilizador: Paulo Filipe dos Santos de Melo Margalho  
 E-mail: paulo.margalho@roviscopais.min-saude.pt

CMRRC-ROVISCO PAIS  
 CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

O Presidente: (Dr. Vítor Lourenço)  
 O Vogal Executivo: (Graça Veloso Gonçalves)  
 Diretora Clínica: (Paula Amgrim)  
 O Enf.º Diretor: (Abel Cavaco)

Em: 20/02/18

## 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?

4

#### Observações / Apoio

Identificar as normas analisadas; a tipologia das iniciativas desenvolvidas (ex: sessões clínicas, ação de formação, etc.); o n.º de profissionais envolvidos; datas.

(anexe evidência) \*

NORMAS.pdf  X

#### Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

X Norma 018/2014  
 PPCIRA PARA A PREVENÇÃO E CONTROLO DA TRANSMISSÃO DE MRSA

Norma 017/2016  
 ABORDAGEM DIAGNÓSTICA DA FIBROMIALGIA

Norma DGS 054/2011  
 ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL: PRESCRIÇÃO DE MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO

Norma DGS 022/2011  
 CUIDADOS RESPIRATÓRIOS DOMICILIÁRIOS: PRESCRIÇÃO DE VENTILOTERAPIA E OUTROS EQUIPAMENTOS

Norma DGS J 024/2017  
 Prevenção e Controlo Ambiental da bactéria Legionella em Unidades de Saúde

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-12-31


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

5

#### Observações / Apoio

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

(anexe evidência) \*

AUDITORIA.docx  X

#### Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

X Manter realização das auditorias em curso  
 Iniciar auditoria à implementação da norma de prevenção da Legionella

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

C.M.R.R.C.-Rovisco Pais	
DATA DE ENTRADA	08/02/2018
N.º DE ENTRADA	535
PROCESSO Nº	C.A.
FUNÇÃO	JdL

Não

2018-12-31



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

- Manteve-se a prescrição informatizada de tratamentos de reabilitação, assim como o registo de procedimentos invasivos recorrendo ao programa informático SISREQ  
 - Manteve-se a prescrição electrónica de medicamentos, dietas e vigilância clínica de procedimentos de saúde, com recurso ao programa GHAF – ST+I  
 - Os MCDT da área da patologia clínica continuam a ser requisitados no programa informático SCLÍNICO/SONHO, com protocolo com o Hospital Distrital da Figueira da Foz  
 - Manteve-se, no ambiente do programa GHAF, alerta informático para a manutenção de antibioterapia após o número de dias preconizado para cada patologia específica, com necessidade de validação pelo grupo coordenador local do PPCIRA. Também este programa alerta para interações medicamentosas entre medicamentos já prescritos e aqueles que se vão prescrever  
 - Os médicos começaram a receber relatório individual da monitorização de prescrição de medicamentos

**Observações / Apoio**

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

(anexe evidência) \*

PRESCRIC, A~O DE TRATAMENTOS, MEDICAMENTOS, MCDT.pdf  

**Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

Manter as actividades em curso no presente ano

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não

2018-12-31

**5) Tabela Nacional de Funcionalidade**

5.1) Taxa de preenchimento:

Nº total de pessoas entradas e elegíveis para a aplicação da TNF =

0

Nº total de pessoas saídas com registo da TNF =

0

**Observações / Apoio**

Despacho 10218/2014, de 8 de agosto: para utentes entre os 18 e os 64 anos com patologia crónica serviços identificados no Despacho

5.2) Média de ganhos funcionais:

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

0.00

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

0.00

**Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

O CMRRC-RP não está incluído nos critérios de preenchimento da Tabela Nacional de Funcionalidade. Existe uma Unidade de Cuidados Continuados de Convalescência no espaço físico do Centro, mas que está na dependência funcional da RNCCI

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não

2018-12-31

**6) Auditorias Internas aos registos clínicos das notas de alta médica e de enfermagem (N.7 do Despacho nº 2784/2013, de 20 de fevereiro)**

6.1) Qual a percentagem de registos clínicos eletrónicos não conformes no 1º semestre do ano?

0.00 %

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

0.00 %

**Observações / Apoio**

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

(anexe evidência)

Selecione...

**Proposta de atividades para o próximo ano** Adicionar Proposta

✗ Após acção de formação realizada em 18 de Dezembro de 2017, em colaboração com os SPMS, iniciou-se em 2 de Janeiro de 2018 a elaboração dos relatórios de alta cumprindo o determinado pelo N.7 do Despacho nº 2784/2013, de 20 de Fevereiro

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não	2018-01-02
-----	------------

**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

Não aplicável

7.2) Indicadores da implementação do sistema:

**Observações / Apoio**

Indicar a média dos 4 trimestres/ano e anexar na evidência quadro IV) do Formulário de monitorização da Norma nº 02/2015.

Demora média para triagem (hh:mm)

00:00

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

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	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

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	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) \*

Não aplicável.pdf  

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

A instituição dispõe de Serviço de Urgência Pediátrica?

- Sim  
 Não

8) A instituição identifica projetos de boas práticas implementadas

Sim  Não


internamente?

**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) \*

menção honrosa APAH.pdf  X**Proposta de atividades para o próximo ano** Adicionar Proposta

X Manter os projectos em curso

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*


Não | 2018-12-31

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

 Sim Não**Observações / Apoio**

Anexar lista de estudos em curso.

(anexe evidência) \*

INVESTIGAC,A-O.pdf  X**Proposta de atividades para o próximo ano** Adicionar Proposta

X Prosseguir os estudos referidos

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não | 2018-12-31

**2. REFORÇO DA SEGURANÇA DOS DOENTES****Relatório de atividades / Plano de Ação****1 de janeiro a 31 de dezembro do ano anterior****Prioridade II: Reforço da Segurança dos Doentes****Cultura de Segurança**

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

Curso de formação para enf. Chefes, elos de ligação do PPCIRA sobre Cultura de segurança e Notificação

Protocolo de prevenção e controlo da Legionella

Panfletos PBCI, Microorganismos multiresistentes no internamento e pós alta, destinado a utentes e cuidadores

**Observações / Apoio**

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

(anexe evidência) \*

FORMAC,A-O NOTIFICA, FERIDAS, QUEDAS.pdf  X**Proposta de atividades para o próximo ano** Adicionar Proposta

X Auditoria interna e externa ao Protocolo de prevenção e controlo da Legionella

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não | 2018-12-31

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

2.1.) segurança do doente

Curso de formação para enf. Chefes, elos de ligação do PPCIRA sobre Cultura de segurança e Notificação  
Elaboração e implementação do Plano de prevenção e Controlo da Legionella  
Acção de formação sobre PBCI e PBVT

**Observações / Apoio**

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

2.1.) segurança do profissional

Curso de formação para enf. Chefes, elos de ligação do PPCIRA sobre Cultura de segurança e Notificação

Elaboração e implementação do Plano de Prevenção e Controlo da Legionella

Acção de formação sobre PBCI e PBVT


Acção de formação sobre exercício terapêutico, incluindo caminhada de 6 km - Serviço de Saúde Ocupacional

(anexe evidência) \*

PLANO PREVENCAO LEGIONELLA\_VFINAL.pdf  

**Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

 Revisão do regulamento sobre Acidentes de Trabalho - portaria 14/2018

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-12-31

**Segurança da Comunicação**

3) Quantas auditorias internas sobre a transferência de informação nas transições de cuidados foram realizadas?


0

**Observações / Apoio**

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

**Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

 Iniciar auditoria regular sobre este processo

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-12-31

**Segurança Cirúrgica**


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

0 (%)

**Observações / Apoio**


Anexar:  
N.º de não conformidades registadas em sede de auditoria, i.e., o n.º de respostas do tipo "não" dos critérios de auditoria interna e o n.º total de respostas (excluídas as respostas "NA" não aplicáveis).

(anexe evidência) \*

Não aplicavel.pdf  

**Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

 nao aplicavel

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-01-01



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 (%)

(anexe evidência) \*

Não aplicavel.pdf  **Proposta de atividades para o próximo ano** Adicionar Proposta nao aplicavel

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*


Não | 2018-01-01

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 nao aplicavel

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não | 2018-01-01

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 nao aplicavel

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não | 2018-01-01

**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) \*

LASA.pdf  **Proposta de atividades para o próximo ano** Adicionar Proposta Actualizar a lista quando necessário

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não | 2018-12-31

9) Tem implementado estratégia institucional para o armazenamento e identificação de medicamentos LASA?

- Sim (se sim, anexe evidência)  
 Não

**Observações / Apoio**

Anexar cópia da estratégia em vigor, com data de aprovação e de revisão, se

aplicável, identificando os serviços onde está implementada. Evidenciar como foi realizada a divulgação.

(anexe evidência) \*

ARMAZENAMENTO LASA.pdf  

**Proposta de atividades para o próximo ano**

 Adicionar Proposta

 Modificação do armazenamento consoante as actualizações implementadas

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-12-31

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


0

**Observações / Apoio**

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

**Proposta de atividades para o próximo ano**

 Adicionar Proposta

 Manter a notificação na plataforma em vigor, e as medidas de prevenção de incidentes relacionados com esta medicação

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-12-31

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) \*

ALERTA MAXIMO LISTA.pdf  

**Proposta de atividades para o próximo ano**

 Adicionar Proposta

 Actualização da lista consoante a introdução de novos medicamentos

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-12-31

12) Tem implementada estratégia institucional para os medicamentos de alerta máximo?

Sim (se sim, anexe evidência)

Não

**Observações / Apoio**


Anexar cópia da estratégia em vigor, com data de aprovação e de revisão, se aplicável, identificando os serviços onde está implementada. Evidenciar como foi realizada a divulgação.

(anexe evidência) \*

ALERTA MAXIMO PRESC..pdf  

**Proposta de atividades para o próximo ano**

 Adicionar Proposta

 Manter a colaboração com os programadores do sistema informático de prescrição de medicamentos, para actualização sempre que necessário dos medicamentos que desencadeiam alerta informático na prescrição, se pertencerem à lista estabelecida como de alerta máximo

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-12-31

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

0

**Observações / Apoio**

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



**Proposta de atividades para o próximo ano** Adicionar Proposta Manter a notificação na plataforma em vigor, e as medidas de prevenção de incidentes relacionados com esta medicação

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não | 2018-12-31

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

0

**Observações / Apoio**

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

**Proposta de atividades para o próximo ano** Adicionar Proposta Iniciar auditoria após formação de profissional nomeado pelo CA

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não | 2018-12-31

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

- Sim (se sim, anexe evidência)
- Não

**Observações / Apoio**

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

**Proposta de atividades para o próximo ano** Adicionar Proposta Manter os circuitos de Toxina Botulínica implementados  
Articulação com os sistemas informáticos de prescrição de medicamentos que permita extrair os dados de consumo de diferentes medicamentos, nomeadamente antibióticos (descriminando carbapenemes e quinolonas)

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não | 2018-12-31

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

Na admissão é avaliada a lista de medicação enviada pelo serviço de origem, e/ou trazida pelo próprio doente/cuidador, e verificada sempre que possível na PDS

No relatório de alta, em separador próprio, é enviado o relato da medicação que o doente está a realizar

**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) \*

RECONCILIAC\_A-O TERAPE^UTICA.pdf  **Proposta de atividades para o próximo ano** Adicionar Proposta Manter a descrição no relatório de alta da medicação em curso e proposta para o doente

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não | 2018-12-31

**Identificação inequívoca dos doentes**

17) Tem implementada estratégia local para a identificação inequívoca do doente?

- Sim (se sim, anexe evidência)
- Não

**Observações / Apoio**

Anexar cópia da estratégia em vigor, com

data de aprovação, modo de divulgação e revisão, se aplicável.

(anexe evidência) \*

IDENTIFICAÇÃO DOENTE.pdf  X

**Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

X Manter processo de identificação em curso  
Realizar auditoria ao uso da identificação

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-12-31

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 Fomentar a notificação em plataforma disponível

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-12-31

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

0

**Observações / Apoio**

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

**Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

X Iniciar auditoria interna, após formação de profissional

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-12-31

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

0

**Observações / Apoio**

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

(anexe evidência) \*

Não aplicavel.docx  X

**Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

X Proposta de aquisição de pulseira I com código QR e seu leitor, para identificação inequívoca de doentes

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-12-31

**Prevenir a ocorrência de quedas**

21) Implementou atividades no âmbito da prevenção de quedas?

Sim (Se sim, anexe evidência)

Não

(anexe evidência) \*

FORMAC,A-O NOTIFICA, FERIDAS, QUEDAS.pdf  X

**Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

X Manter a avaliação do risco de queda recorrendo às escalas validadas e seu registo em aplicação disponível para todos os profissionais, com adaptação dos cuidados consoante o score obtido

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-12-31

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

9

**Observações / Apoio**

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

(anexe evidência) \*

NOTIFICA.pdf  X

**Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

X  Campanha de sensibilização sobre a plataforma NOTIFICA

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-12-31


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).

(anexe evidência) \*

AUDITORIA.docx  X

**Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

X  Manter as auditorias em curso

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-12-31

**Prevenir a ocorrência de úlceras por pressão**

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

Sim (se sim, anexe evidência)

Não

(anexe evidência) \*

RISCO ULCERAS PRESSÃO.pdf  X

**Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

X  Manter as directrizes em vigor na instituição quanto à avaliação do risco diário de úlceras de pressão recorrendo à escala de Braden, e adopção das medidas preventivas consoante o risco obtido - posicionamentos nocturnos de 3 em 3 horas, uso de produtos de apoio na prevenção de úlceras de pressão

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-12-31

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

0

**Observações / Apoio**

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

**Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

X  Manter as directrizes em vigor na instituição quanto à avaliação do risco diário de úlceras de pressão recorrendo à escala de Braden, e adopção das medidas preventivas consoante o risco obtido - posicionamentos nocturnos de 3 em 3 horas, uso de produtos de apoio na prevenção de úlceras de pressão

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-12-31

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

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) \*

AUDITORIA.docx  X**Proposta de atividades para o próximo ano** Adicionar Proposta

X Manter a auditoria em curso

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-12-31

**Notificação, análise e prevenção e incidentes**

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

 Sim (se sim, anexe evidência) Não**Observações / Apoio**

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

**Proposta de atividades para o próximo ano** Adicionar Proposta

X Manter as notificações no NOTIFICA

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-12-31

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

Acção de formação para enfermeiros chefe e elos de ligação do PPCIRA sobre

- Prevenção de Quedas
- Prevenção da Ocorrência de úlceras de pressão
- Controle da dor
- Prevenção e controlo de infeções e resistências aos antimicrobianos

**Observações / Apoio**

Anexar documento comprovativo da implementação de medidas.

(anexe evidência) \*

FORMAC,A-O NOTIFICA, FERIDAS, QUEDAS.pdf  X**Proposta de atividades para o próximo ano** Adicionar Proposta

X Formação em serviço sobre quedas e úlceras de pressão - já agendada para Fevereiro de 2018

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2019-03-31

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

 Sim (se sim, anexe evidência) Não**Observações / Apoio**

Anexar relatório de auditoria interna.

**Proposta de atividades para o próximo ano** Adicionar Proposta

X Realizar auditoria no ano corrente

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-12-31

**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

- O CMRRC-RP não dispõe de Laboratório de Microbiologia próprio, recorrendo a serviços externos prestados pelo Hospital Distrital da Figueira da Foz - EPE. É o Laboratório desse Hospital que realiza a notificação e monitorização dos microorganismos Alerta e Problema comunicando ao INSA

Atividade conjunta \*Identifique a entidade \*Prazo de Execução \*

Sim	HDFP-EP	2018-12-31
-----	---------	------------

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

- Sim (Se sim, anexe evidência)  
 Não

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

- Sim (Se sim, anexe evidência)  
 Não

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

- Sim (Se sim, anexe evidência)  
 Não

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

- Sim (anexe evidência)  
 Não

#### Observações / Apoio

Admite-se evidência por amostragem. Anexar cópia do mail enviado para notificação dos microorganismos alerta (amostragem) e problema.

(anexe evidência) \*

NOTIFICAÇÃO MO PROBLEMA.pdf 

#### Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta

- O CMRRC-RP não dispõe de Laboratório de Microbiologia próprio, recorrendo a serviços externos prestados pelo Hospital Distrital da Figueira da Foz - EPE. É o Laboratório desse Hospital que realiza a notificação e monitorização dos microorganismos Alerta e Problema comunicando ao INSA

Atividade conjunta \*Identifique a entidade \*Prazo de Execução \*

Sim	HDFP-EP	2018-12-31
-----	---------	------------

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

- Sim (Se sim, anexe evidência)  
 Não

#### Observações / Apoio

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

#### Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta

- O CMRRC-RP não dispõe de Laboratório de Microbiologia próprio, recorrendo a serviços externos prestados pelo Hospital Distrital da Figueira da Foz - EPE. É o Laboratório desse Hospital que realiza a notificação e monitorização dos microorganismos Alerta e Problema comunicando ao INSA  
 Não podemos fornecer resultados

Atividade conjunta \*Identifique a entidade \*Prazo de Execução \*

Sim	HDFP-EP	2018-12-31
-----	---------	------------

32.2. Está implementado na Instituição a Norma da DGS/PPCIRA para a prevenção e controlo da transmissão de MRSA, n.º 018/2014 de 09/12/2014, atualizada a 27/10/2015?

- Sim (Se sim, anexe evidência)  
 Não

#### Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta

- Em fase de implementação. Já adquirida mupirocina (pomada nasal) e toalhetes impregnados de clorhexidina. É realizada descolonização de casos sinalizados mas ainda não está implementado o rastreio de todos os doentes admitidos.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-12-31


32.3. A Instituição aplica a grelha de avaliação do risco individual do doente na admissão, de modo a implementar as medidas de isolamento adequada?

- Sim (Se sim, anexe evidência)  
 Não

Se sim, em que percentagem de serviços clínicos/áreas de atendimento?

100.00 %

(anexe evidência) \*

ANEXO1\_FLUXOGRAMA\_MoMR.pdf 

**Proposta de atividades para o próximo ano**

 Adicionar Proposta

- ACÇÃO DE FORMAÇÃO PARA MÉDICOS E ENFERMEIROS SOBRE MEDIDAS DE ISOLAMENTO

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-12-31

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

- Sim (se sim, anexe evidência)  
 Não

**Observações / Apoio**

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

**Proposta de atividades para o próximo ano**

 Adicionar Proposta

- O apoio à prescrição de antimicrobianos no CMRCC Rovisco Pais é efetuado pela Drª Cláudia Nazareth, médica Infeciologista. Contudo uma vez que não dispomos de ferramenta informática com perfil destinado a esta função, o PAPA não foi ainda formalizado junto do Conselho de Administração. Está em estudo com o GHAF a possibilidade de melhorar o PAPA com apoio deste programa.

Atividade conjunta \*Identifique a entidade \*Prazo de Execução \*

Sim CHUC 2018-12-31

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

- Sim (Se sim, anexe evidência)  
 Não

**Observações / Apoio**

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

35) Verificou-se, na instituição, diminuição no consumo de carbapenemes do ano anterior para o ano atual?

- Sim (Se sim, anexe evidência)  
 Não

**Observações / Apoio**

Anexar dados de consumo de Carbapenemes em DDD (Hospitais) ou em número de embalagens/despesa (ACES).

**Proposta de atividades para o próximo ano**

 Adicionar Proposta

- O dados disponíveis revelam um aumento do consumo destes antimicrobianos. A justificação provável é o aumento de doentes tratados neste Centro no ultimo ano.  
 Manter e incentivar a prescrição deste grupo de antibióticos só quando não ha alternativa terapêutica

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-11-30

36) Verificou-se, na instituição, diminuição do consumo de quinolonas do ano anterior para o ano atual?

- Sim (Se sim, anexe evidência)  
 Não

**Observações / Apoio**

Anexar dados de consumo de Quinolonas

**Proposta de atividades para o próximo ano** Adicionar Proposta

O dados disponíveis revelam um aumento do consumo destes antimicrobianos. A justificação provável é o aumento de doentes tratados neste Centro no ultimo ano.

Manter e incentivar a prescrição deste grupo de antibióticos só quando não ha alternativa terapêutica

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não	2018-12-31
-----	------------

37) A Instituição aderiu aos Feixes de Intervenção (bundles) de prevenção e controlo de infeção associada a dispositivos/procedimentos invasivos:

37.1) Feixe de intervenções para a prevenção da infeção do local cirúrgico

 Sim Não**Proposta de atividades para o próximo ano** Adicionar Proposta

Faz parte do plano de acção para 2018 do PPCIRA esta actividade

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não	2018-12-31
-----	------------

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

 Sim Não**Proposta de atividades para o próximo ano** Adicionar Proposta

Faz parte do plano de acção para 2018 do PPCIRA esta actividade

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não	2018-01-31
-----	------------

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

Não aplicável

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não	2018-12-31
-----	------------

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

 Sim Não**Proposta de atividades para o próximo ano** Adicionar Proposta

Não aplicável

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não	2018-12-31
-----	------------

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

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

100.00	%
--------	---

**Observações / Apoio**

Anexar cópia de formulário de adesão/resultados obtidos

(anexe evidência) \*

PBCI.pdf	<input checked="" type="checkbox"/>
----------	-------------------------------------

**Proposta de atividades para o próximo ano** Adicionar Proposta

Dados inseridos na plataforma nacional

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não	2018-12-31
-----	------------

38.2) Módulo de monitorização da adesão dos profissionais de saúde à higiene das mãos?

- Sim (Se sim, anexe evidência)  
 Não

Se sim, indique a percentagem de serviços clínicos aderentes/áreas de atendimento? 70.00 %

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

(anexe evidência) \*

HIGIENE MÃOS.pdf		
------------------	--	--

**Proposta de atividades para o próximo ano**
 Adicionar Proposta

- Manter as campanhas em curso, com introdução na plataforma nacional  
 Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*  

Não	2018-12-31
-----	------------

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? 100.00 %

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

(anexe evidência) \*

LUVAS.pdf		
-----------	--	--

**Proposta de atividades para o próximo ano**
 Adicionar Proposta

- Manter as campanhas em curso, com introdução na plataforma nacional  
 Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*  

Não	2018-12-31
-----	------------

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

- Sim (Se sim, anexe evidência)  
 Não

**Observações / Apoio**  
Anexar plano interno anual de ação

(anexe evidência) \*

ALERTA PRESCRIÇÃO AB.pdf		
--------------------------	--	--

**Proposta de atividades para o próximo ano**
 Adicionar Proposta

- Manter as prescrições no GHAF  
 Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*  

Não	2018-12-31
-----	------------

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

- Sim (Se sim, anexe evidência)  
 Não

**Observações / Apoio**  
Anexar relatório interno anual de atividades e propostas de melhoria

**Proposta de atividades para o próximo ano**
 Adicionar Proposta

- PROPOSTA DE ACÇÃO DE FORMAÇÃO PARA OS VÁRIOS GRUPOS PROFISSIONAIS  
 Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*  

Não	2018-09-30
-----	------------

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



cumprimento deste plano de ação?

- Sim  
 Não

**Observações / Apoio**

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

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

- Sim  
 Não

**Observações / Apoio**

Anexar plano interno anual de formação

**3. MONITORIZAÇÃO PERMANENTE QUALIDADE E SEGURANÇA****Relatório de atividades / Plano de Ação**

1 de janeiro a 31 de dezembro do ano anterior

**Prioridade III: Monitorização permanente da qualidade e segurança**

1) A instituição avaliou a satisfação do utente?

- Sim  Não

**Observações / Apoio**

Identificar instrumento de avaliação da satisfação e apresentar principais resultados.

(anexe evidência) \*

AVALIAC,A~O SATISFAC,A~O.pdf  

**Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

 Manter a avaliação, mediante o preenchimento do inquérito em vigor na instituição, do grau de satisfação dos utentes

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não	2018-12-31
-----	------------

**4. RECONHECIMENTO DA QUALIDADE DAS UNIDADES SAÚDE****Relatório de atividades / Plano de Ação**

1 de janeiro a 31 de dezembro do ano anterior

**Prioridade IV: Reconhecimento da qualidade das unidades de saúde**

1) A instituição está acreditada?

- Sim  Não

**Observações / Apoio**

Se sim, identificar:  
 1) unidades/serviço ou Hospital  
 2) qual o modelo (ACSA, CHKS, JCI, outros...)  
 3) período de vigência do(s) certificado(s).

**Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

 EM ESTUDO FUTURA ACREDITAÇÃO

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-12-31

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).

**Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

EM ESTUDO PARA CERTIFICAÇÃO

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-12-31

**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?

ACÇÃO TERAPIA DA FALA  
ACÇÃO LAVAGEM MÃOS  
ACÇÃO SOBRE NOVO SUBSIDIO GRANDE DEFICIÊNCIA  
DIA INTERNACIONAL DO AVC

**Observações / Apoio**

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

(anexe evidência) \*

T.FALA E S. SOCIAL.pdf

**Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

DIA DA FISIOTERAPIA  
DIA MUNDIAL DA HIGIENE DAS MÃOS  
DIA EUROPEU DO ANTIBIOTICO  
DIA DA TERAPIA DA FALA  
DIA DA TERAPIA OCUPACIONAL  
CAMPANHA DE VACINAÇÃO CONTRA A GRIPE  
DIA INTERNACIONAL DO AVC

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-12-31

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

ACÇÃO TERAPIA DA FALA  
ACÇÃO LAVAGEM MÃOS  
ACÇÃO SOBRE NOVO SUBSIDIO GRANDE DEFICIÊNCIA

**Observações / Apoio**

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

(anexe evidência) \*

T.FALA E S. SOCIAL.pdf

**Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

DIA DA FISIOTERAPIA  
DIA MUNDIAL DA HIGIENE DAS MÃOS  
DIA EUROPEU DO ANTIBIOTICO  
DIA DA TERAPIA DA FALA  
DIA DA TERAPIA OCUPACIONAL  
CAMPANHA DE VACINAÇÃO CONTRA A GRIPE  
DIA INTERNACIONAL DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA  
DIA INTERNACIONAL DO AVC

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-12-31

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

RESPOSTA SEGUNDO AS NORMAS EM VIGOR

**Observações / Apoio**


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

(anexe evidência) \*

Resposta ao utente - Gabinete do Cidadão.pdf  

**Proposta de atividades para o próximo ano**

 Adicionar Proposta

 **MANTER O PROCESSO VIGENTE**  
Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*  
Não 2018-12-31

**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) e com o respetivo carimbo. \*

Validação do Plano de Atividades pela ARS \*

Sim  Não  Em avaliação

Adicionar documento:

