

Ano

2021

Entidade: *

Unidade Local de Saúde de Matosinhos

ARS

NORTE

Tipologia

ULS

Utilizador:

Drª. Maria Cabral

E-mail:

maria.cabral@ulsm.min-saude.pt

PLANO DE ATIVIDADESPreenchimento 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?

31

Observações / Apoio
Identificar as normas analisadas; a tipologia das iniciativas desenvolvidas (ex: sessões clínicas, ação de formação, etc.); o nº de profissionais envolvidos; datas.

(anexe evidência) *

CQS_I_Q_1_Normas da DGS anali...

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta



Para 2021

Dar continuidade a todas as orientações emanadas superiormente que surjam de interesse no âmbito da melhoria da qualidade clínica e organizacional.

Atividade conjunta *

Prazo de Execução *

Sim

Identifique a entidade *

ULSM

2021-12-31

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) *

CQS_I_Q 2 - Auditorias às normas ...

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta



Para 2021

Dar continuidade à realização das auditorias preconizadas nas normas de carácter Clínico e Organizacional..

Atividade conjunta *

Prazo de Execução *

Sim

Identifique a entidade *

2021-12-31

ULSM

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

Mantendo as iniciativas introduzidas em anos anteriores, foram realizadas algumas melhorias pontuais que foram sendo introduzidas na sequência do processo de manutenção do sistema.

Destacam-se:

- as melhorias no âmbito da informação livre e esclarecida ao utente relativamente á Política de obtenção do consentimento informado através da criação de uma ferramenta eletrónica de apoio ao médico onde através de link podem aceder a folhetos informativos a fornecer aos utentes.
- extensão dos mecanismos internos de alerta às equipas das unidades do ACES de Matosinhos sempre que haja uma adenda a um relatório médico.

- elaborado protocolo no âmbito do diagnóstico e tratamento "Rastreio Nutricional NRS2002" .

Neste âmbito pretende-se:

- Avaliar e identificar os doentes em risco nutricional na admissão ao internamento.
- Permitir uma intervenção nutricional atempada e adequada.
- Diminuir a desnutrição hospitalar durante o tempo de internamento.

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

(anexe evidência) *

CQS_I_Q 3.1 - Alerta MMR sistem...

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta



Para 2021

Dar continuidade a todas as medidas apresentadas e outras que surjam de interesse no âmbito da melhoria da qualidade

clínica e organizacional.

Atividade conjunta *

Sim

Prazo de Execução *

Identifique a entidade *

ULSM

2021-12-31

4) Processo Assistencial Integrado

4.1) Número total de pessoas com diabetes com, pelo menos, um registo de exame ao pé no período =

9189

Observações / Apoio

Indicar os valores no espaço a seguir ao símbolo "=" em cada numerador e denominador

Exemplo: Número total de pessoas com diabetes com, pelo menos, 2 consultas registadas "com presença" no ano anterior = 1268

Número total de pessoas com diabetes inscritas a 31 de Dezembro do ano anterior =1580

Número total de pessoas com diabetes em vigilância (1) a 30 de Novembro do presente ano =

12783

Nota para cálculo dos denominadores
(1) Excluir do total do denominador as pessoas que já estão em tratamento por lesão do pé no Centro de Saúde e/ou Hospital, ou sejam portadoras de amputação do pé (bilateral).

Nota para cálculo dos denominadores
(2) Excluir do total do denominador as pessoas que já estão em tratamento por lesão da retina em consulta hospitalar de oftalmologia (ou equivalente) ou sejam portadoras de cegueira.

Número total de pessoas com diabetes em vigilância (2) a 30 de Novembro do presente ano =

6921

4.3) Processo Assistencial Integrado do Risco Vascular no Adulto está implementado no ACES?

Sim

Não (indique os motivos)

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta



Para 2021

Dar continuidade às iniciativas de monitorização e acompanhamento do processo assistencial integrado no âmbito da melhoria da qualidade clínica e organizacional.

Atividade conjunta *

Sim

Prazo de Execução *

Identifique a entidade *

ULSM

2021-12-31

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 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 =

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

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta



Para 2021

Implementar a Tabela nacional de Funcionalidade a todos os utentes elegíveis no Hospital Pedro Hispano. No ACESM está a ser implementada a todos os utentes elegíveis.

Atividade conjunta *

Prazo de Execução *

Identifique a entidade *

ULSM

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)

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta



Para 2021

Dar continuidade à verificação dos registos clínicos eletrónicos e acompanhamento da Gestão de Não Conformidades no âmbito da melhoria da qualidade clínica e organizacional.

Atividade conjunta *

Prazo de Execução *

Identifique a entidade *

ULSM

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 Manchester II

7.2) Indicadores da implementação do sistema:

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

Demora média para triagem (hh:mm)

00:29

Demora média entre a triagem e a primeira observação médica:

1.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:08
Laranja	00:09
Amarela	00:34
Verde	01:08
Azul	01:29
Branca	00:30

2.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:10
Laranja	00:09
Amarela	00:21
Verde	00:35
Azul	00:45
Branca	00:00

3.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:06
Laranja	00:09
Amarela	00:25
Verde	00:47
Azul	00:51
Branca	00:00

4.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:08
Laranja	00:11
Amarela	00:30
Verde	00:57
Azul	00:51

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	05:05
Laranja	06:43
Amarela	04:48
Verde	03:32
Azul	03:06
Branca	00:05

2.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	04:34
Laranja	06:53
Amarela	04:45
Verde	03:02
Azul	02:32
Branca	02:38

3.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	05:08
Laranja	06:20
Amarela	04:30
Verde	02:57
Azul	02:28
Branca	02:39

4.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	05:28
Laranja	06:42
Amarela	04:57
Verde	03:14
Azul	02:36
Branca	00:03

(anexe evidência) *

CQS_I_Q7 - Melhoria da qualidade ...

B) Serviços de urgência pediátrica (se aplicável)

A instituição dispõe de Sim
 Serviço de Urgência P
 ediátrica? Não

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) *

CQS_I_Q8.pdf

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta



Para 2021

Dar continuidade à implementação de boas práticas e monitorização das iniciativas no âmbito da melhoria da qualidade clínica e organizacional.

Atividade conjunta *

Prazo de Execução *

Sim

Identifique a entidade *

ULSM

2021-12-31

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

Sim

Não

Observações / Apoio

Anexar lista de estudos em curso.

(anexe evidência) *

CQS_I_Q9_Mapa de acompanham...

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta



Para 2021

Dar continuidade à implementação de boas práticas e atividades de investigação clínica no âmbito da melhoria da qualidade clínica e organizacional.

Atividade conjunta *

Prazo de Execução *

Sim

Identifique a entidade *

ULSM

2021-12-31

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?

Formação e treino dos profissionais_no que se refere à implementação de novos procedimentos e ao iniciar novas funções e sempre que necessário;; Apoio pela gestão de topo no que se refere à prioridade dos procedimentos dirigidos aos utentes; Pressão e ritmo de trabalho na adequação de RH e novos circuitos para dar resposta à prestação de cuidados em segurança; Qualidade e segurança do doente nas várias perspetivas; Gestão e troca de informação assegurando a proteção de dados, a identificação inequívoca e o arquivo digital de todo o processo clínico. Resposta ao erro não punitiva na medida em que os registos de não conformidades são anónimos, sendo registados por um interlocutor.

Observações / Apoio

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

(anexe evidência) *

CQS_II_1_Cultura de Segurança.pdf

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta



Para 2021

Dar continuidade ao reforço da cultura de segurança implementando iniciativas promotoras de resposta às necessidades identificadas no âmbito da melhoria da qualidade clínica e organizacional.

Atividade conjunta *

Sim

Prazo de Execução *

Identifique a entidade *

ULSM

2021-12-31

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

2.1.) segurança do doente

Em anexo evidencia das formações realizadas no âmbito da segurança do doente.

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

2.1.) segurança do profissional

Em anexo evidencia das formações realizadas no âmbito da segurança do doente.

(anexe evidência) *

CQS_II_02_Lista_FormDtsPro_202...

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta



Para 2021

Dar continuidade ao reforço da formação de segurança implementando iniciativas promotoras de resposta às necessidades identificadas no âmbito da melhoria da qualidade clínica e organizacional e segurança do doente e do profissional.

Atividade conjunta *

Prazo de Execução *

Sim

Identifique a entidade *

2021-12-31

ULSM

Segurança da Comunicação

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

765

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

(anexe evidência) *

CQS_II_03_2020-2021.pdf

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta



Para 2021

Dar continuidade à realização de auditorias de acordo com plano de auditorias clínicas e organizacionais da ULSM no âmbito da melhoria da qualidade clínica e organizacional e segurança do doente e do profissional.

Atividade conjunta *

Prazo de Execução *

Sim

Identifique a entidade *

2021-12-31

ULSM

Segurança Cirúrgica

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

5.65

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) *

CQS_II_04_2020-2021.pdf

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta



Para 2021

Dar continuidade ao reforço das auditorias de à utilização da lista de verificação de segurança cirurgica no âmbito da melhoria da qualidade clínica e organizacional e segurança do doente e do profissional.

Atividade conjunta *

Prazo de Execução *

Sim

Identifique a entidade *

2021-12-31

ULSM

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) *

CQS_II_5_6_7.pdf

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta



Para 2021

Dar continuidade ao reforço das auditorias de à utilização da lista de verificação de segurança cirurgica no âmbito da melhoria da qualidade clínica e organizacional e segurança do doente e do profissional.

Atividade conjunta *

Prazo de Execução *

Sim

Identifique a entidade *

2021-12-31

ULSM

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



Para 2021

Dar continuidade ao reforço das auditorias de à utilização da lista de verificação de segurança cirurgica no âmbito da melhoria da qualidade clínica e organizacional e segurança do doente e do profissional.

Atividade conjunta *

Prazo de Execução *

Sim

Identifique a entidade *

2021-12-31

ULSM

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



Para 2021

Dar continuidade ao reforço das auditorias de à utilização da lista de verificação de segurança cirurgica no âmbito da melhoria da qualidade clínica e organizacional e segurança do doente e do profissional.

Atividade conjunta *

Prazo de Execução *

Sim

Identifique a entidade *

2021-12-31

ULSM

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) *

CQS_II_8.pdf

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta



Para 2021

Dar continuidade às iniciativas LASA no âmbito da melhoria da qualidade clínica e organizacional e segurança do doente e do profissional.

Atividade conjunta *

Prazo de Execução *

Sim

Identifique a entidade *

2021-12-31

ULSM

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) *

CQS_II_9.pdf

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta



Para 2021

Dar continuidade às iniciativas no âmbito da melhoria da qualidade clínica e organizacional e segurança do doente e do profissional.

Atividade conjunta *

Prazo de Execução *

Sim

Identifique a entidade *

2021-12-31

ULSM

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

3

Observações / Apoio

Indicar:

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

(anexe evidência) *

CQS_II_10.pdf

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta



Para 2021

Dar continuidade às iniciativas LASA no âmbito da melhoria da qualidade clínica e organizacional e segurança do doente e do profissional.

Atividade conjunta *

Sim

Identifique a entidade *

ULSM

Prazo de Execução *

2021-12-31

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) *

CQS_II_11_Lista HAM.pdf

Proposta de atividades para o próximo ano

[+ Adicionar Proposta](#)

Para 2021

Dar continuidade às iniciativas HAM no âmbito da melhoria da qualidade clínica e organizacional e segurança do doente e do profissional.

Atividade conjunta *

Sim

Identifique a entidade *

ULSM

Prazo de Execução *

2021-12-31

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) *

CQS_II_12.pdf

Proposta de atividades para o próximo ano

[+ Adicionar Proposta](#)

Para 2021

Dar continuidade às iniciativas no âmbito da melhoria da qualidade clínica e organizacional e segurança do doente e do profissional.

Atividade conjunta *

Sim

Identifique a entidade *

ULSM

Prazo de Execução *

2021-12-31

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



Para 2021

Dar continuidade às iniciativas HAM no âmbito da melhoria da qualidade clínica e organizacional e segurança do doente e do profissional.

Atividade conjunta *

Prazo de Execução *

Sim

Identifique a entidade *

2021-12-31

ULSM

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

8932

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

(anexe evidência) *

CQS_II_14_2020-2021.pdf

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta



Para 2021

Dar continuidade às iniciativas de práticas seguras do medicamento no âmbito da melhoria da qualidade clínica e organizacional e segurança do doente e do profissional.

Atividade conjunta *

Prazo de Execução *

Sim

Identifique a entidade *

2021-12-31

ULSM

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

Sim (se sim, anexe evidência)

Não

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

(anexe evidência) *

CQS_II_15.pdf

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta



Para 2021

Dar continuidade às iniciativas de práticas seguras do medicamento no âmbito da melhoria da qualidade clínica e organizacional e segurança do doente e do profissional.

Atividade conjunta *

Prazo de Execução *

Sim

Identifique a entidade *

2021-12-31

ULSM

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

Ver documento 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 erros de medicação, nomeadamente: omissões, duplicações, doses inadequadas, interações, bem como problemas de adesão à medicação.

(anexe evidência) *

CQS_II_16.pdf

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta



Para 2021

Dar continuidade às iniciativas de reconciliação terapêutica no âmbito da melhoria da qualidade clínica e organizacional e segurança do doente e do profissional.

Atividade conjunta *

Prazo de Execução *

Sim

Identifique a entidade *

2021-12-31

ULSM

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) *

CQS_II_17_2020-2021.pdf

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta



Para 2021

Dar continuidade ao reforço das auditorias à Identificação inequívoca dos doentes no âmbito da melhoria da qualidade clínica e organizacional e segurança do doente e do profissional.

Atividade conjunta *

Sim

Identifique a entidade *

ULSM

Prazo de Execução *

2021-12-31

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

3

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

(anexe evidência) *

CQS_II_18_2020-2021.pdf

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta



Para 2021

Dar continuidade ao reforço das auditorias à Identificação inequívoca dos doentes no âmbito da melhoria da qualidade clínica e organizacional e segurança do doente e do profissional.

Atividade conjunta *

Sim

Identifique a entidade *

ULSM

Prazo de Execução *

2021-12-31

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



Para 2021

Dar continuidade ao reforço das auditorias à Identificação inequívoca dos doentes no âmbito da melhoria da qualidade clínica e organizacional e segurança do doente e do profissional.

Atividade conjunta *

Sim

Identifique a entidade *

ULSM

Prazo de Execução *

2021-12-31

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

Existe informação afixada em locais estratégicos com a finalidade de alertar os profissionais para os seguintes aspetos críticos:
1. Confirmar a identidade do doente

- antes de realizar cada ato.
2. Se não for possível determinar com segurança a identificação do doente, não realizar o ato.
 3. Utilizar sempre mais do que um dado de identificação inequívoca. Recorrer sempre a dois dos três elementos e nunca só a um.
 4. Não assumir que dar o nome ao doente para ele confirmar a sua identificação é garantia que o doente é, de facto, quem confirma ser. Um doente pode responder afirmativamente por ansiedade, por limitação auditiva, por confusão, etc.
 5. Perguntar qual o nome do doente, para que seja ele a identificar-se.
 6. Não assumir que o doente que está numa cama é o doente certo.
 7. Confirmar os dados do doente com os da pulseira antes de a colocar, mesmo que conheça bem o doente. É importante verificar que os dados estão corretamente inscritos na pulseira.
 8. Verificar a legibilidade da pulseira com frequência. Substituir a pulseira antes que se torne ilegível.
 9. Na alta do doente a pulseira só deve ser retirada imediatamente antes da saída da instituição.
 10. O doente tem o direito de recusar a utilização da pulseira. É dever do profissional informar o doente do risco que corre, para que o doente possa assumir o risco conscientemente.

Outras ações:

- Programa da cirurgia segura salva vidas.
- Auditorias internas da qualidade (NP EN ISO 9001:2015).
- Implementadas novas pulseiras de identificação dos doentes.

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

(anexe evidência) *

CQS_II_20_20202_2021.pdf

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta



Para 2021

Dar continuidade ao reforço das ações e iniciativas de práticas seguras de identificação do doente no âmbito da melhoria da qualidade clínica e organizacional e segurança do doente.

Atividade conjunta *

Prazo de Execução *

Sim

Identifique a entidade *

ULSM

2021-12-31

Prevenir a ocorrência de quedas

21) Implementou ativid


ades no âmbito da prevenção de quedas? Sim (Se sim, anexe evidência) Não

(anexe evidência) *

CQS_II_21_2020-2021.pdf

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta

-  - Manter a substituição de camas e macas não reguláveis por camas elétricas/macac hidráulicas, de forma a manter a segurança e conforto dos doentes e profissionais.
- Planeamento de auditorias clínicas, basadas na Norma DGS nº 008/2019 de 09.12.2019 - Prevenção e intervenção na queda do adulto em cuidados hospitalares - Discussão interna da informação.
- Reforço da formação dos profissionais.
- Avaliação de risco de queda nos serviços – infraestruturas.
- Publicação de nova versão do Documento 2543.0 - Prevenção e intervenção na queda do adulto e criança.

Atividade conjunta *

Prazo de Execução *

Sim

Identifique a entidade *

ULSM

2021-12-31

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

170


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

(anexe evidência) *

CQS_II_22.docx

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta

-  Para 2021
- Implementar formalmente a norma nº 008/2019 da DGS, com alteração dos documentos internos da ULSM; sessões de apresentação dos documentos aos responsáveis dos serviços; planeamento de auditorias; parametrização de sistema de notificação (prevê-se que haja interligação com os registos no SClínico); promover a realização de ações de formação aos profissionais da área clínica.

Atividade conjunta *

Prazo de Execução *

Sim

Identifique a entidade *

ULSM

2021-12-31

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



Para 2021

Planeamento para a realização das auditorias para o ano de 2022.

Atividade conjunta *

Prazo de Execução *

Sim

Identifique a entidade *

2021-12-31

ULSM

Prevenir a ocorrência de úlceras por pressão

24) Implementou ativid Sim (se sim, anexe evidência) ades no âmbito da prevenção de úlceras de pressão? Não

(anexe evidência) *

CQS_II_24_25_26.pdf

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta



Para 2021

Dar continuidade ao reforço das ações e iniciativas de práticas seguras de prevenção de UP no âmbito da melhoria da qualidade clínica e organizacional e segurança do doente.

Atividade conjunta *

Prazo de Execução *

Sim

Identifique a entidade *

2021-12-31

ULSM

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

462

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

(anexe evidência) *

CQS_II_24_25_26.pdf

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta



Para 2021

Dar continuidade às medidas a instituir que são definidas internamente por cada serviço e passam por formação, sensibilização das equipas, adequação de material antiescara em uso, adequação de ingestão nutricional, etc

Atividade conjunta *

Prazo de Execução *

Sim

Identifique a entidade *

2021-12-31

ULSM

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



Para 2021

Dado o estado de pandemia não foram efectuadas auditorias no ACES conforme procedimento 2106. Contudo, para 2021 será dada continuidade à realização das respetivas auditorias no âmbito da melhoria da qualidade clínica e organizacional e segurança do doente.

Atividade conjunta *

Prazo de Execução *

Sim

Identifique a entidade *

2021-12-31

ULSM

Notificação, análise e prevenção e incidentes

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

Sim (se sim, anexe evidência)

Não

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

(anexe evidência) *

CQS_II_27_.pdf

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta



Para 2021

Dar continuidade à monitorização da GNC e definição de medidas condutoras de resolução eficaz das constatações identificadas no âmbito da melhoria da qualidade clínica e organizacional e segurança do doente.

Atividade conjunta *

Prazo de Execução *

Sim

Identifique a entidade *

2021-12-31

ULSM

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

Quedas

- Identificação incorreta do doente
- Transporte de doentes
- Erro dos Serviços Farmacêuticos no fornecimento de medicamentos
- Avaria de equipamentos (sistema anti rapto, degradação por impossibilidade de adquirir novos equipamentos).

Os planos de ação interna estão devidamente documentados no sistema interno de notificação – GNC (Gestão de não conformidades).

Observações / Apoio
Anexar documento comprovativo da implementação de medidas.

(anexe evidência) *

CQS_II_28_.pdf

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta



Para 2021

Dar continuidade à monitorização da GNC e definição de medidas condutoras de resolução eficaz das constatações identificadas no âmbito da melhoria da qualidade clínica e organizacional e segurança do doente.

Atividade conjunta *

Prazo de Execução *

Sim

Identifique a entidade *

2021-12-31

ULSM

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

Sim (se sim, anexe evidência)

Não

Observações / Apoio

Anexar relatório de auditoria interna.

(anexe evidência) *

CQS_II_29.pdf

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta



Para 2021

Dar continuidade ao reforço das auditorias internas à metodologia de análise de incidentes no âmbito da melhoria da qualidade clínica e organizacional e segurança do doente e do profissional.

Atividade conjunta *

Prazo de Execução *

Sim

Identifique a entidade *

2021-12-31

ULSM

Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos

30) A Instituição monit Sim (Se sim, anexe evidência)

orizou as infeções ass Não

ociadas aos cuidados de saúde mais relevantes,

através dos programas de vigilância epidemiológica em rede Europeia e/ou Nacional:

Observações / Apoio

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

(anexe evidência) *

CQS_II_30_merged_CCIRA.pdf

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta



Para 2021

Dar continuidade à monitorização das infeções no âmbito da melhoria da qualidade clínica e organizacional e segurança do doentel.

Atividade conjunta *

Prazo de Execução *

 Sim

Identifique a entidade *

ULSM

a) Programa de VE da Sim (Se sim, anexe evidência)s Infeções do Local Cirúrgico (rede europeia) Não

- HAI-Net-SSI

(anexe evidência) *

b) Programa de VE da Sim (Se sim, anexe evidência)s quatro infeções mais relevantes em Unidade Não

s de Cuidados

Intensivos de Adultos

(rede europeia) - HAI-

Net-ICU

(anexe evidência) *

c) Programa de VE da Sim (Se sim, anexe evidência)s quatro infeções mais relevantes em Unidade Não

s de Cuidados

Intensivos de Neonatologia

(rede nacional) -

HAI-UCIN

(anexe evidência) *

d) Programa de VE da Sim (Se sim, anexe evidência)s Infeções Nosocomiais da Corrente Sanguínea em Não

serviços de internamento

de unidades de cuidados

de agudos (rede nacional)

(rede nacional)

- HAI-VE-INCS

(anexe evidência) *

31) A Instituição analis Sim (Se sim, anexe evidência)a regularmente os dados das IACS (ex: semestral/anual) Não

e fornece informação regular de retorno aos profissionais de saúde e gestores?

(anexe evidência) *

32) A instituição monitorizou e notificou adequadamente os microrganismos alertas e problema, através da rede europeia de alertas e problemas, 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 microrganismos alertas (amostragem) e problema.

(anexe evidência) *

CQS_II - 32 - Monitorização e notific...

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta



Para 2021

Dar continuidade à monitorização das infeções no âmbito da melhoria da qualidade clínica e organizacional e segurança do doente.

Atividade conjunta *

Prazo de Execução *

Sim

Identifique a entidade *

ULSM

2021-12-31

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?

0.13 %

Observações / Apoio

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

(anexe evidência) *

CQS_II - 32.1 - Taxa MRSA.pdf

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta



Para 2021

Dar continuidade à monitorização das infeções no âmbito da melhoria da qualidade clínica e organizacional e segurança do doente.

Atividade conjunta *

Sim

Prazo de Execução *

Identifique a entidade *

2021-12-31

ULSM

32.2. Está implementada Sim (Se sim, anexe evidência) do 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?

Se sim, em que percentagem de serviços clínicos?

100.00 %

(anexe evidência) *

CQS_II - 32.2 - Norma MRSA.pdf

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta



Para 2021

Dar continuidade à monitorização das infeções no âmbito da melhoria da qualidade clínica e organizacional e segurança do doente.

Atividade conjunta *

Sim

Prazo de Execução *

Identifique a entidade *

2021-12-31

ULSM

32.3. A Instituição aplica Sim (Se sim, anexe evidência) a a grelha de avaliação do risco individual do doente na admissão, de modo a implementar as medidas de isolamento adequadas?

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

100.00 %

(anexe evidência) *

CQS_II - 32.3 - Grelha de avaliação...

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta



Para 2021

Dar continuidade à monitorização das infeções no âmbito da melhoria da qualidade clínica e organizacional e segurança do doente.

Atividade conjunta *

Sim

Prazo de Execução *

Identifique a entidade *

2021-12-31

ULSM

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.

(anexe evidência) *

CQS_II - 33 - Programa de Apoio `a...

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta



Para 2021

Dar continuidade à monitorização do PAPA no âmbito da melhoria da qualidade clínica e organizacional e segurança do doente.

Atividade conjunta *

Prazo de Execução *

Sim

Identifique a entidade *

ULSM

2021-12-31

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) *

CQS_II - 34 - Consumo de antimicr...

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 Carbapenemos em DDD (Hospitais).

(anexe evidência) *

CQS_II - 35 e 36 - Diminuição do co...

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta



Para 2021

Dar continuidade às iniciativas no âmbito da melhoria da qualidade clínica e organizacional e segurança do doente.

Atividade conjunta *

Prazo de Execução *

Sim

Identifique a entidade *

ULSM

2021-12-31

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 em número de
embalagens/despesa (ACES)

(anexe evidência) *

CQS_II - 35 e 36 - Diminuição do co...

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta



Para 2021

Dar continuidade às iniciativas no âmbito da melhoria da qualidade clínica e organizacional e segurança do doente.

Atividade conjunta *

Prazo de Execução *

Sim

Identifique a entidade *

2021-12-31

ULSM

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?

60.00 %

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

As normas estão instituídas e aplicadas. Verificação durante auditoria clínica às PBCI's durante a pandemia não houve sistematização da evidência por falta de recursos humanos.

Cirurgia B, Cirurgia C e Ortopedia.
O BO dá continuidade à monitorização da bundle.

Prioridade II – 37:

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta



As normas estão instituídas e aplicadas. Verificação durante auditoria clínica às PBCI's durante a pandemia não houve sistematização da evidência por falta de recursos humanos.

Para 2021

Dar continuidade às iniciativas no âmbito da melhoria da qualidade clínica e organizacional e segurança do doente.

Atividade conjunta *

Prazo de Execução *

Sim

Identifique a entidade *

2021-12-31

ULSM

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?

0.00 %

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta



As normas estão instituídas e aplicadas. Verificação durante auditoria clínica às PBCI's durante a pandemia não houve sistematização da evidência por falta de recursos humanos.

Para 2021

Dar continuidade às iniciativas no âmbito da melhoria da qualidade clínica e organizacional e segurança do doente.

Atividade conjunta *

Prazo de Execução *

Sim

Identifique a entidade *

2021-12-31

ULSM


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

0.00 %

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta

 As normas estão instituídas e aplicadas. Verificação durante auditoria clínica às PBCI's durante a pandemia não houve sistematização da evidência por falta de recursos humanos.

Para 2021

Dar continuidade às iniciativas no âmbito da melhoria da qualidade clínica e organizacional e segurança do doente.

Atividade conjunta *

Prazo de Execução *

Sim

Identifique a entidade *

2021-12-31


ULSM

37.4) Feixe de intervenções para a prevenção da pneumonia associada à intubação? Sim NãoSe sim, indique a percentagem de UCI/outros serviços clínicos aderentes em que esta bundle **deva ser aplicada**

0.00 %

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta

 As normas estão instituídas e aplicadas. Verificação durante auditoria clínica às PBCI's durante a pandemia não houve sistematização da evidência por falta de recursos humanos.

Para 2021

Dar continuidade às iniciativas no âmbito da melhoria da qualidade clínica e organizacional e segurança do doente.

Atividade conjunta *

Prazo de Execução *

Sim

Identifique a entidade *

2021-12-31

ULSM

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) *

CQS_II - 38.1 - PBCI's Resultados ...

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta



Para 2021

Dar continuidade às iniciativas no âmbito da melhoria da qualidade clínica e organizacional e segurança do doente.

Atividade conjunta *

Prazo de Execução *

Sim

Identifique a entidade *

2021-12-31

ULSM

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) *

CQS_II - 38.2 - Relatório Taxa HMã...

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta



Para 2021

Dar continuidade às iniciativas no âmbito da melhoria da qualidade clínica e organizacional e segurança do doente.

Atividade conjunta *

Prazo de Execução *

Sim

Identifique a entidade *

2021-12-31

ULSM

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) *

CQS_II - 38.3 - Monitorização uso d...

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta



Para 2021

Dar continuidade às iniciativas no âmbito da melhoria da qualidade clínica e organizacional e segurança do doente.

Atividade conjunta *

Prazo de Execução *

Sim

Identifique a entidade *

2021-12-31

ULSM

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) NãoObservações / Apoio
Anexar plano interno anual de ação

(anexe evidência) *

CQS_II - 39 - Plano de Atividades.pdf

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta



Para 2021

Dar continuidade às iniciativas no âmbito da melhoria da qualidade clínica e organizacional e segurança do doente.

Atividade conjunta *

Prazo de Execução *

Sim

Identifique a entidade *

2021-12-31

ULSM

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

 Sim (Se sim, anexe evidência) Não

Observações / Apoio

Anexar relatório interno anual de atividades e propostas de melhoria

(anexe evidência) *

CQS_II - 40 - Relatório de atividade...

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta



Para 2021

Dar continuidade às iniciativas no âmbito da melhoria da qualidade clínica e organizacional e segurança do doente.

Atividade conjunta *

Prazo de Execução *

Sim

Identifique a entidade *

2021-12-31

ULSM

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

 Sim Não

Indique os FTE* do GCL-PPCIRA, por grupo profissional

a) Coordenador

20:00

b) Médicos

55:00

c) Enfermeiros do Núcleo Executivo do GCL-PPCIRA

110:00

Anexar composição do GCL-PPCIRA e carga horária (FTE*) afeta aos seus membros

Observações / Apoio

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

(anexe evidência) *

CQS_II - 41 - N° horas semanais G...

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

Observações / Apoio
Anexar plano interno anual de formação

(anexe evidência) *

CQS_II - 42 - Formação 2020.pdf

— 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 utent e?

Sim Não

Observações / Apoio
Identificar instrumento de avaliação da satisfação e apresentar principais resultados.

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta



Para 2021

Devido ao Covid_19_ em 2020, foi decidido suspender a avaliação da satisfação dos utentes.

Em 2021 está já em curso à avaliação da satisfação dos utentes em toda a ULSM com nova metodologia baseada em Net Promoter Score.

Atividade conjunta *

Prazo de Execução *

Sim

Identifique a entidade *

ULSM

2021-12-31

— 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



Para 2021

Acompanhar as iniciativas e boas práticas no âmbito da melhoria da qualidade clínica e organizacional e segurança do doente.

Atividade conjunta *

Prazo de Execução *

Sim

Identifique a entidade *

2021-12-31

ULSM

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) *

CQS_IV_2_Certificado do SGQ 202...

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta



Para 2021

Dar continuidade às iniciativas no âmbito da melhoria da qualidade clínica e organizacional e segurança do doente.

Atividade conjunta *

Prazo de Execução *

Relat

Sim

Identifique a entidade *

2021-12-31

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?

Iniciativas de divulgação de informação ao doente no âmbito da segurança do doente

Observações / Apoio

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

(anexe evidência) *

CQS_V_Q1_2020-2021.pdf

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta

 Para 2021

Dar continuidade às iniciativas desenvolvidas no âmbito da divulgação de informação ao doente/utente.

Atividade conjunta *

Prazo de Execução *

Sim

Identifique a entidade *

2021-12-31

ULSM

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

Formação aos cuidadores dos doentes
 - Ensinos aos doentes
 - Saúde Escolar (vários projetos)
 - Semana da Prevenção de resíduos
 - Comemorações de dias Internacionais ou Nacionais sobre temáticas relacionadas com a saúde – exemplos:
 Alimentação, Visão, Doenças Neurológicas
 - Informação divulgada nas salas de espera da ULSM, relacionadas com temas de saúde pertinentes.

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

(anexe evidência) *

CQS_V_2.docx

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta

 Para 2021

dar continuidade às iniciativas de formação aos cuidadores dos doentes, nomeadamente:

- Ensinos aos doentes
- Saúde Escolar (vários projetos)
- Semana da Prevenção de resíduos
- Comemorações de dias Internacionais ou Nacionais sobre temáticas relacionadas com a saúde – exemplos: Alimentação, Visão, Doenças Neurológicas
- Informação divulgada nas salas de espera da ULSM, relacionadas com temas de saúde pertinentes.

Atividade conjunta *

Prazo de Execução *

Sim

Identifique a entidade *

2021-12-31

ULSM

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

Relativamente a iniciativas desenvolvidas no âmbito da análise das principais causas de reclamações, não tem sido possível desenvolver ações /medidas de melhoria, neste ano transato devido a sobrecarga de trabalho por causa do Covid, contexto que temos vivido e devido aos recursos humanos limitados que o serviço tem sentido.


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

(anexe evidência) *

CQS_V_3.docx

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta

 Relativamente a iniciativas desenvolvidas no âmbito da análise das principais causas de reclamações, não tem sido possível desenvolver ações /medidas de melhoria, atendendo ao contexto que temos vivido e devido aos recursos humanos limitados

que o serviço tem sentido.

Para 2021

Dar continuidade às iniciativas desenvolvidas no âmbito da análise das principais causas de reclamações, que por motivos extraordinários não foi possível desenvolver no âmbito da melhoria contínua .

Atividade conjunta *

Prazo de Execução *

Sim

Identifique a entidade *

2021-12-31

ULSM

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 Sim Não Em avaliação

Atividades pela ARS *

Adicionar documento:

	Selecione...
--	--------------