



## Anexo I

### DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO DE ADESÃO À ESTRATÉGIA NACIONAL PARA A MELHORIA DA HIGIENE DAS MÃOS - Hospitais

Confirmamos a participação do Hospital \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, nas actividades inerentes à Estratégia Nacional para a Melhoria da Higiene das Mãos, comprometendo-nos a desenvolver os seus cinco componentes fundamentais: mudança no sistema (disponibilização de solução anti-séptica de base alcoólica e acesso a lavatórios equipados com sabão e toalhetes descartáveis); formação e treino dos profissionais; observação da prática da higiene das mãos para avaliação de adesão dos hospitais e *feedback*; colocação de posters em locais estratégicos do hospital; fomentar um ambiente seguro.

Pretendemos aderir com os seguintes serviços: (preencher anexo II)

**Nota:** Os anexos I, II, III e IV deverão ser preenchidos e **enviados** à Direcção-Geral da Saúde, Departamento da Qualidade na Saúde/**Divisão de Segurança do Doente**, através do **Fax: 21 843 08 46**



## Anexo II

Nome do Hospital \_\_\_\_\_

N-º Total de serviços clínicos existentes no Hospital \_\_\_\_\_

### Serviços aderentes

Designação do Serviço \_\_\_\_\_

Director do Serviço \_\_\_\_\_

Enfermeiro Chefe \_\_\_\_\_

Ano de adesão à campanha \_\_\_\_\_

Designação do Serviço \_\_\_\_\_

Director do Serviço \_\_\_\_\_

Enfermeiro Chefe \_\_\_\_\_

Ano de adesão à campanha \_\_\_\_\_

Designação do Serviço \_\_\_\_\_

Director do Serviço \_\_\_\_\_

Enfermeiro Chefe \_\_\_\_\_

Ano de adesão à campanha \_\_\_\_\_

Designação do Serviço \_\_\_\_\_

Director do Serviço \_\_\_\_\_

Enfermeiro Chefe \_\_\_\_\_

Ano de adesão à campanha \_\_\_\_\_

Designação do Serviço \_\_\_\_\_

Director do Serviço \_\_\_\_\_

Enfermeiro Chefe \_\_\_\_\_

Ano de adesão à campanha \_\_\_\_\_

**Notas:** Este documento deverá contemplar a assinatura dos responsáveis de cada serviço aderente.

Este documento deve ser replicado de acordo com o número de serviços clínicos aderentes.



## Anexo III

### Identificação do Coordenador da Estratégia Nacional para a melhoria da Higiene das Mãos ao nível da Unidade de Saúde

Hospital \_\_\_\_\_

(Por favor preencher em letra de imprensa)

Nome do coordenador local nomeado:


Contacto telefónico 1:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Contacto telefónico 2:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

E-Mail 1


E-Mail 2


O Coordenador da Estratégia

\_\_\_\_\_



## Anexo IV

### Assinaturas de adesão oficial da Unidade de Saúde à Estratégia Nacional para a Melhoria da Higiene das Mãos

Presidente do Conselho de  
Administração

---

Director Clínico

---

Enfermeiro Director

---

Coordenador da CCI

---

Data \_\_\_\_\_