

Ano:

Entidade: \*

Morada:

Código Postal:  \_

N.º de camas:

ARS:

ARS:

Tipologia: \*  ACES  
 Hospital/Centro Hospitalar  
 Unidade Local de Saúde

Utilizador:

E-mail:

Utilizador2:  email\_utilizador\_2

### PLANO DE ATIVIDADES

Preenchimento do Plano de Atividades concluído? \*  Sim  Não

Preenchimento do Relatório de Atividades concluído?  Sim  Não

#### 1. MELHORIA DA QUALIDADE CLÍNICA E ORGANIZACIONAL

### Relatório de atividades / Plano de Ação 1 de janeiro a 31 de dezembro do ano anterior

#### Prioridade I: Melhoria da qualidade clínica e organizacional

1) Qual o n.º de Normas emitidas pela DGS que foram discutidas e analisadas na Instituição?

#### Observações / Apoio

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

#### Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

- Para o ano de 2018 prevê-se:  
dar continuidade à sensibilização para o site da DGS no site Institucional, intranet e mail divulgar na INTRANET as Normas da DGS publicadas em 2017 e enviar por email aos profissionais envolvidos dar e o enfoque na promoção das seguintes normas:  
- Norma 006/2017 actualizada em 8.5.2015 - duração da terapêutica antibiótica  
- Norma 052/2011 actualizada em 27.04.2015 - Abordagem da terapêutica farmacológica da diabetes tipo II no adulto

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

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

#### Observações / Apoio

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

#### Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

- Prevê-se a realização de auditorias às NOCS:  
- norma 006/2017 actualizada em 8.5.2015 - duração da terapêutica antibiótica  
- norma 052/2011 actualizada em 27.04.2015 - Abordagem da terapêuticas farmacológica da diabetes tipo II no adulto

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*



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

informação individual da prescrição (via mail)  
Implementação do projecto HOSP - Hospital Ovar  
Sem Papel  
Em 2017 o Hospital implementou a Informatização do  
módulo da cirurgia de ambulatório e convencional no  
Bloco Operatório.

**Observações / Apoio**

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

(anexe evidência) \*

Evid.I.3) -Iniciativas desenv. melhoria prescricao, med.mcdt.docx  

**Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

Promover e valorizar a atividade e o papel do monitor da prescrição, nomeadamente promovendo a concretização de reunião de avaliação e discussão de desvios trimestralmente com os diretores de serviço

Manutenção da avaliação e retorno de informação individual da prescrição (via mail)

Dinamização e acompanhamento do Projeto HOSP

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

 Por dificuldades de implementação (conceito/ aplicabilidade/ subjetividade de avaliação) o processo tem sido difícil de implementar. A escala é complexa e os profissionais tem identificado múltiplos pontos de fragilidade. A realização por dois profissionais pode no mesmo momento estabelecer um índice diferente e em alguns casos devidamente fundamentados pelo intervalo de subjetividade associado.  
Atendendo às limitações de recursos humanos e ao facto de ainda não ter sido possível efectuar formação aos profissionais nesta área, prevê-se para 2018 agendar formação sobre esta temática e proceder à implementação da Tabela Nacional de Funcionalidades no Serviço de Medicina (Unidade Hospitalar).

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-11-30

**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)

Evid.I.6) Auditorias-Internas-registos-clinicos-medicos-enf..pdf  

**Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

Realização de duas auditorias aos registos clínicos das notas de alta médica e de enfermagem

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não

2018-12-31

## 7) Sistema de Triagem (Norma nº 02/2015, de 06/03/2015 atualizada a 23/10/2015)

### A) Serviços de urgência de adulto

7.1) Identificação do Sistema de Triagem

O HFZ não tem Serviço de Urgência

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

Ponderação do número de óbitos até à primeira observação médica por nível de prioridade:

**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) \*

**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 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) \*

Evid.I.8)Proj.deBoasPraticasImp..pdf  

#### Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Consolidar cultura colaborativa e multidisciplinar  
Dinamizar o trabalho das equipas e grupos de trabalho

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.

#### Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta

 Atendendo ao perfil dos serviços e à escassez de recursos humanos não se prevê em 2018 atividade de investigação.

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?

No âmbito da avaliação do inquérito de satisfação a satisfação do Utente é boa ou muito boa.

#### Observações / Apoio

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

(anexe evidência) \*

Evid.II.1)CulturadeSeguranca.docx  

#### Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Aderir ao próximo inquérito de avaliação da cultura de segurança dos Hospitais a implementar pela DGS

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

Sim DGS 2018-12-31

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

2.1.) segurança do doente

Ao longo do ano 2017 a Unidade Formativa realizou várias acções de formação; simulacros de incêndio; Rastreio de Quedas; Saúde Oral; Diabetes; etc

#### Observações / Apoio

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

2.1.) segurança do profissional

Ao longo do ano 2017 a Unidade Formativa realizou várias acções de formação; simulacros de incêndio; HOSP; PBVT-Precauções básicas Baseadas nas vias de transmissão/tipo de isolamento; Implementação das medidas de autoprotecção aspectos operacionais; Manual de procedimentos para colheitas de análises microbiológicas; Prevalência Quedas\_2016 e UP 2016, etc.

(anexe evidência) \*

Evid.II.2.1.e2.2.formacaoSeg.Dtes.Seg.Prof..docx.pdf  

#### Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Promover e inscrever no Plano de Formação 2018 ações de formação/sensibilização sobre segurança do doente e do profissional

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

Em virtude de não se ter conseguido implementar auditorias à segurança da comunicação em 2017, para 2018 devem os serviços promover a realização de uma auditoria por semestre à transferência de informação nas transições de cuidados.

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:  
Nº 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) \*

Evid.II.4,5,6,7)RelatorioAuditoriasCir.Segura2017.pdf  

#### Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Manter política de boas práticas.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-12-31

5) Quais as taxas de complicações cirúrgicas dos eventos inadmissíveis na instituição:

#### Observações / Apoio

Indicar: N.º de incidentes inadmissíveis (por tipo) e o nº 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) \*

Evid.II.4,5,6,7)RelatorioAuditoriasCir.Segura2017.pdf  

#### Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Manter política de boas práticas.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-12-31


6) Quantas auditorias internas foram realizadas?

2

**Observações / Apoio**

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

(anexe evidência) \*

Evid.II.4,5,6,7)RelatorioAuditoriasCir.Segura2017.pdf  

**Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

Manter política de boas práticas. Aumentar o número de auditorias para trimestrais.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-12-31

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

Manter política e prática de boas práticas.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-12-31

**Segurança na utilização da medicação**

8) Tem lista de medicamentos LASA atualizada e divulgada?

- Sim (se sim, anexe evidência)  
 Não

**Observações / Apoio**

Anexar cópia da lista de medicamentos LASA da instituição em vigor, com data de aprovação e de revisão, se aplicável. Evidenciar como foi realizada a divulgação.

(anexe evidência) \*

CFT-15-03-MEDICAMENTOS\_LASA.pdf  

**Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

A lista de medicamentos LASA é divulgada na intranet a todos os profissionais, enviada por email aos Responsáveis de Serviço.

Manter a atualização constante da Lista de medicamentos LASA na Instituição.

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) \*

Evid.II.9)Est.Inst.Arm.Ident.LASA.pdf  

**Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

Manter a atualização constante da Lista de medicamentos LASA na Instituição.

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

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

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) \*

  **Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

Promover realização de auditoria ao protocolo

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

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) \*

  **Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

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

**Observações / Apoio**

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

**Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

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

**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

Promover realização de auditoria ao protocolo.

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

Assegurar informação sobre medicamentos a profissionais e utentes;  
Garantir o suporte à planificação e tomada de decisões no âmbito do medicamento;  
Assegurar participação do farmacêutico na equipa multidisciplinar de prestação de cuidados.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não

2018-12-31

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

Implementação do procedimento de reconciliação terapêutica na UC.

Foi realizada sessão de sensibilização e reforço aos profissionais envolvidos à cerca da importância da Reconciliação Terapêutica na gestão do circuito do Medicamento Seguro na Unidade de Convalescença. Adiada a discussão e o desenho do procedimento de reconciliação terapêutica na Unidade Hospitalar para 2018

**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) \*

Evid.16-Apresentação\_Reconciliação UC.pdf  

**Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

Promover a discussão e o desenho de procedimento de reconciliação terapêutica para os Serviços de Internamento Médico e Cirúrgico;  
Acompanhamento e melhoria dos processos já implementados na Unidade de Convalescença.

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) \*

Evid.II.17)Ident.Ineq.Doente e auditoria.pdf  

**Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

Acompanhar a implementação do procedimento CQSD-04-01 (Ident. inequívoca dos doentes)  
Promover a implementação de mais auditorias por ano (pelo menos uma por trimestre)

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-12-31



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

1

**Observações / Apoio**

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

(anexe evidência) \*

auditoria-PulseirasUC.pdf  

**Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

Manter e fomentar política de notificação e adesão às boas práticas.

Criar equipa de auditores, neste âmbito, com responsabilidade de implementação de 1 auditoria/Trimestre/Serviço; respectivo acompanhamento e relatório final.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-12-31

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

8

**Observações / Apoio**

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

(anexe evidência) \*

Evid.II.19-auditorias-Identif.Ineq.Doente.pdf  

**Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

Fomentar a realização de auditorias trimestrais.

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.

Implementação do procedimento CQSD-04-01-Identificação Inequívoca dos doentes e realização de auditorias

**Observações / Apoio**

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

(anexe evidência) \*

Evid.II.20)PraticaVerif.Ident.Ineq.Doente.pdf  

**Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

Rever o procedimento CQSD-04-01-identificação Inequívoca do Doente

Fomentar a realização de mais auditorias

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) \*

CQSD-5-02\_Proc\_avaliacao\_risco\_queda.pdf  

**Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

Dinamizar o acompanhamento da implementação do procedimento CQSD-05-01-procedimento de avaliação do risco de queda, do protocolo de medidas para prevenção de quedas (CQSD-5.1-01) e da notificação de quedas (CQSD-5.2-01).

Promover a realização de formação neste âmbito aos profissionais

Dar continuidade à avaliação do risco de queda, pelos profissionais do Serviço de Medicina Física e de Reabilitação.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não

2018-12-31



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

54

**Observações / Apoio**

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

(anexe evidência) \*

Evid.II.22-registo-quedas.docx  

**Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

Dinamizar atividade do grupo de trabalho com recolha de dados mensal com cruzamento e uma primeira análise dos dados, reuniões trimestrais para análise, recolha e tratamento de dados;

Fomentar a apresentação de sugestões/propostas de melhoria por parte dos profissionais;

Realizar reuniões semestrais de acompanhamento com a CQSD para definição de estratégias de melhoria continua

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não

2018-12-31



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

3

**Observações / Apoio**

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

(anexe evidência) \*

Auditorias-quedas-HFZ.pdf  

**Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

Implementar auditorias trimestrais às práticas para a prevenção de quedas.

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) \*

Formação\_UP-UC.docx  

**Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

- Rever o procedimento CQSD-06-01 (Proc. de Avaliação, prevenção e tratamento de úlceras de pressão);

- O Grupo das Feridas deve apresentar à CQSD relatório trimestral com descrição de medidas de melhoria implementadas e propostas de melhoria;

- O Gabinete de Formação inscrever no seu plano anual, sessões de formação sobre feridas para os profissionais.

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?

39

**Observações / Apoio**

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

(anexe evidência) \*

Evid.II.25.Nºnotif.incidentesUP.pdf  

**Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

- Rever o procedimento CQSD-06-01 (Proc. de Avaliação, prevenção e tratamento de úlceras de pressão);
- O Grupo das Feridas deve apresentar à CQSD relatório trimestral com descrição de medidas de melhoria implementadas e propostas de melhoria;
- O Gabinete de Formação inscrever no seu plano anual, sessões de formação sobre feridas para os profissionais

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) \*

auditoriaUP.pdf  

#### Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Implementar auditorias semestrais em todos os serviços.

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.

(anexe evidência) \*

Evid.II.27-RelatorioAtividades2017.pdf  

#### Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Reforçar a divulgação do sistema de notificação Notifica da DGS e do Sistema de Notificação interno (Grupo Notific@)

Elaborar uma campanha interna de incentivo à notificação

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?

Cartazes de sensibilização;  
Rastreio de quedas.

#### Observações / Apoio

Anexar documento comprovativo da implementação de medidas.

(anexe evidência) \*

Evid.II28medidasPreventivasIncidentesSeg..pdf  

#### Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Manter sessões de rastreio de quedas dirigidas à população, instituições de saúde, lares, etc.

Divulgar no site do Hospital conselhos úteis na área da PBCI

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-12-31

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

- Sim (se sim, anexe evidência)  
 Não

#### Observações / Apoio

Anexar relatório de auditoria interna.

#### Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Considerar no âmbito do plano de auditorias internas a auditoria à metodologia de análise de incidentes

Reunião anual do grupo para avaliação dos relatórios dos restantes grupos.

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.

(anexe evidência) \*

Relatórios\_Hellics2017.pdf



#### Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Consolidar o HAI-SSI (Colecistectomia laparoscópica ou clássica, e Tireoidectomia total ou parcial), e dar início ao longo de 2018 ao registo e monitorização das Artroplastias da Anca e Joelho.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não

2018-12-31

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

- Sim (Se sim, anexe evidência)  
 Não

(anexe evidência) \*

Relatórios\_Hellics2017.pdf



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 Infeções 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

(anexe evidência) \*

Relatório\_INCS\_2017.pdf



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

- Sim (Se sim, anexe evidência)  
 Não

(anexe evidência) \*

Extrato nota de reunião relatorio.pdf



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

- Sim (anexe evidência)  
 Não

#### Observações / Apoio

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

(anexe evidência) \*

Alerta\_ProblemaINSA.pdf



#### Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

No ano de 2018 pretende-se manter a VE segundo as práticas recomendadas pelo PPCIRA Nacional e Rede Europeia - ECDC. A instituição identifica e notifica os serviços da presença de microrganismo alerta ou problema, sendo verificado se se trata de infeção ou colonização e iniciam-se ou mantêm-se as medidas de prevenção e controlo de infeção com base na via de transmissão.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 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 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?

100.00 %

#### Observações / Apoio

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

(anexe evidência) \*

Staphylococcus\_amostras\_invasivas.pdf  

#### Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Manter as orientações do PPCIRA Nacional, e respetiva monitorização do cumprimento dos procedimentos internos.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 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

Se sim, em que percentagem de serviços clínicos?

100.00 %

(anexe evidência) \*

GCL-PPCIRA-DescolonzacaoPortadoresMRSA.pdf  

#### Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Manter as orientações do PPCIRA Nacional, e respetiva monitorização do cumprimento dos procedimentos internos.

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?

80.00 %

(anexe evidência) \*

GCL-PPCIRA-33-01-Proc.\_Avaliacao\_Risco\_Individual\_Doente\_Infecao.pdf  

#### Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Manter as orientações do PPCIRA Nacional, e respetiva monitorização do cumprimento dos procedimentos internos.

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.

(anexe evidência) \*

fluxograma\_Circ.Inf.Epidemiologica.pdf  

#### Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

No ano de 2018 O GCL-PPCIRA pretende:  
- Garantir o cumprimento do fluxograma do circuito de informação epidemiológica e de apoio à prescrição de antibióticos.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-12-31

- Promover o desenvolvimento e implementação de protocolos de tratamento antibiótico alinhado com as NOC respectivas de modo a permitir tratamento de dados;

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-12-31

- Equacionar junto do CD a implementação de plataforma de suporte ao PPCIRA

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-12-31

Reconhecemos dificuldades na implementação do Despacho nº 15423 tendo em conta a perspetiva presente da manutenção dos constrangimentos mencionados no extrato de ata de reunião já mencionado. Para tal, o grupo propõe-se a rever os seus processos internos no sentido de melhoria da eficiência.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 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).

(anexe evidência) \*

Mapa Comparativo Antimicrobianos 2017.pdf  

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).

(anexe evidência) \*

ConsumoHospitalar\_global\_carbapenemes2017vs2016.pdf  

**Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

No ano de 2018 O GCL-PPCIRA pretende:  
- Manter política de harmonização e adequação à especificidade da instituição das orientações da DGS e PPCIRA Nacional;  
- Manter a vigilância e análise dos resultados no âmbito do PPCIRA;  
- Retomar prática de informação de consumo mensal de antimicrobianos aos prescretores atualizada.  
- Avaliar a possibilidade de reunião trimestral, na segunda semana após encerramento do trimestre entre GCL-PPCIRA, CD e Diretores de Serviço.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-12-31

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 DDD (Hospitais) ou em número de embalagens/despesa (ACES)

(anexe evidência) \*

Mapa Comparativo Antimicrobianos 2017.pdf  

**Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

No ano de 2018 O GCL-PPCIRA pretende:  
- Manter política de harmonização e adequação à especificidade da instituição das orientações da DGS e PPCIRA

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

a) se sim, indique a percentagem de serviços cirúrgicos aderentes? 100.00 %

b) Se sim, indique se o (s) bloco (s) operatório (s) cumpre os respetivos critérios desta bundle procedimento em fase de aprovação

#### Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

No ano de 2018 pretende-se realizar o procedimento interno de acordo com as boas praticas em PPCIRA.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-12-31

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

Sim

Não

Se sim, indique a percentagem de serviços clínicos/áreas de atendimento aderentes? 100.00 %

#### Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

No ano de 2018 pretende-se realizar o procedimento interno de acordo com as boas praticas em PPCIRA.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-12-31

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

No ano de 2018 pretende-se realizar o procedimento interno de acordo com as boas práticas em PPCIRA.

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

Procedimento a ser elaborado, mas dado a nossa dimensão e tipologia de cuidados, assim como o numero de doentes muito reduzido, conduziu a que os poucos recursos fossem orientados para outras situações de igual criticidade, mas de maior relevância e impacto institucional, nomeadamente auditorias no âmbito da Campanha Multimodal das PBCI.

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) \*

Caracterizacao\_Unidade.pdf  

#### Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta



Manter as actividades inerentes à manutenção de adesão à Estratégia Multimodal de Promoção das Precauções Básicas de Controlo de Infecção (PBCI)

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?

100.00 %

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

(anexe evidência) \*

Caracterizacao\_Unidade.pdf  

#### Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Manter as actividades inerentes à manutenção de adesão à Estratégia Multimodal de Promoção das Precauções Básicas de Controlo de Infecção (PBCI)

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-12-31

38.3) Módulo de monitorização do uso de luvas?

- Sim (Se sim, anexe evidência)  
 Não

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

#### Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Procedimento em fase de discussão no grupo de elos do GCL-PPCIRA.

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) \*

relatorioPPCIRA2016.pdf  

#### Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Dinamizar as propostas apresentadas no relatório do grupo PPCIRA

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

(anexe evidência) \*

relatorioPPCIRA2016.pdf  

#### Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Concluída colheita de dados, de momento procede-se à análise de dados para elaboração do retrospectivo relatório.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-12-31

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

- Sim  
 Não

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

a) Coordenador

1

b) Médicos

2

c) Enfermeiros do Núcleo Executivo do GCL-PPCIRA



2

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) \*

caraterizacao\_grupo\_ppcira.pdf  

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

- Sim  
 Não

**Observações / Apoio**

Anexar plano interno anual de formação

(anexe evidência) \*

Plano\_Formacao\_Servico2017.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 utente?

- Sim  Não

**Observações / Apoio**

Identificar instrumento de avaliação da satisfação e apresentar principais resultados.

(anexe evidência) \*

Avaliacao\_satisfacao\_2017.pdf  

**Proposta de atividades para o próximo ano**

Adicionar Proposta

Para 2018 o HFZ irá rever os formulários existentes, rever a sua aplicação, quanto à frequência a realizar em cada serviço, atendendo a que o público-alvo, na Consulta Externa é quase sempre o mesmo, não se justificando a aplicação de questionário a todas as vindas ao Hospital.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-12-31

O Gabinete de Comunicação e Imagem irá desenvolver um formulário para disponibilizar na página da internet para avaliar a 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).

(anexe evidência) \*

Evid.IV.1)CertificadoAcred.UC.pdf  

#### Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta

-  Dadas as limitações orçamentais e de recursos humanos existentes não se prevê apresentar candidatura para acreditação de outro serviço.

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

-  Atendo o domínio da prestação directa de cuidados a CQSD sugere que seja privilegiada a acreditação

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?

Ao longo do ano 2017 a Unidade Formativa juntamente com o Gabinete de Qualidade e Comunicação, no âmbito da informação ao cidadão desenvolveram:  
-algumas actividades de sensibilização e esclarecimento associadas a comemorações de datas festivas. Ex: Dia Mundial da Fisioterapia; Dia Mundial da Diabetes; Rastreo de Quedas etc;  
- divulgaram no site do Hospital notícias de temas relacionados com a saúde;  
- foram distribuídos folhetos temáticos aos utentes; -  
- foram divulgados vídeos no âmbito da segurança do doente nas salas de espera dos Utentes;  
- e foram afixados cartazes informativos.

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

(anexe evidência) \*

Evid.V.1)1)IniciativasDivulg.Inform.doente-utente.pdf  

#### Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta



Manter e dinamizar as iniciativas, desenvolvidas com os diversos serviços e Grupos de trabalho, de sensibilização e esclarecimento junto da população alvo.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-12-31

✗ Aderir e participar nas campanhas de sensibilização no âmbito do PBCI

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-12-31

✗ Incluir no Plano de Formação 2017 temas que reforcem o aumento da cultura de segurança

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-12-31

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

Em 2017 foram dinamizadas algumas ações com os utentes e doentes internados:  
Risco de Queda; Higiene das mãos; Cuidar da Voz;  
Saúde Oral; Diabetes; Nutrição, etc.

#### Observações / Apoio

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

(anexe evidência) \*

Evid.V.2)Inform.TransparenteCidadao.pdf  ✗

#### Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta

✗ Inscrever no Plano de Formação do Gabinete de Formação ações dirigidas aos utentes no âmbito da literacia e promoção de saúde:  
- rastreio de quedas  
- Higienização das mãos

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

Sim IPSS e Escolas 2018-12-31

✗ Promover e participar em ações conjuntas na comunidade: Mês sénior

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

Sim Divisão Social de Ovar 2018-12-31


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

A taxa de reclamação é muito baixa e a maioria relacionada com processos de comunicação ao longo do atendimento

#### Observações / Apoio

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

(anexe evidência) \*

Evid.V.3)Iniciativas\_desenvolvidas\_principais-reclamacoes.pdf  ✗

#### Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta

✗ Contemplar no Plano de Formação 2018 formação no âmbito do atendimento.  
Dinamizar o Gabinete do CIDADAO.HOSP, que foi criado para apoiar os Utes em sequência ao projeto HOSP - Hospital Ovar Sem Papel, que pretende a desmaterialização das receitas e dos processos.

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. \*

Data de aprovação \* 2018-02-14

Adicionar documento: \* PlanoAtividadesCQSDHFZovar2018.pdf  ✗

Homologação do Plano de Atividades pelo Diretor-Geral da Saúde

Data de homologação \* 2018-06-21

Adicionar documento:  Selecione...



Ano \_\_\_\_\_

- Aprovação do Relatório de Atividades pelo Conselho de Administração/Presidente do ACES
- Plano anos anteriores
- retroceder\_para\_plano\_homologado