

Ano: 2018  
 Entidade: \* Hospital de Santa Maria Maior (Barcelos)  
 ARS: NORTE  
 Tipologia: HOSPITAL  
 Utilizador: Dr. Joaquim Manuel Araújo Barbosa  
 E-mail: pca@hbarcelos.min-saude.pt

HOSPITAL SANTA MARIA MAIOR, EPE  
 Reunião do Conselho de Administração

Data: 2018/02/15 Ata nº 8

Deliberação:

*Approvado o Relatório de Atividades / Plano de Ação da Comissão da Qualidade e Segurança do Doente*

## PLANO DE ATIVIDADES

Preenchimento do Plano de Atividades concluído? \* ☐ Sim ☒ Não

### 1. MELHORIA DA QUALIDADE CLÍNICA E ORGANIZACIONAL

#### Relatório de atividades / Plano de Ação

1 de janeiro a 31 de dezembro do ano anterior

Joaquim Barbosa  
 Presidente do Conselho de Administração

#### 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?

9

**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) \*

Anexo I.rar  X

#### Proposta de atividades para o próximo ano

☐ Adicionar Proposta

X Manter os níveis de controlo do processo de implementação das NOC  
 Implementação de um plano de auditorias clínicas para 2018

Atividade conjunta \* Prazo de Execução \*

Não 2018-11-02

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

17

**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) \*

ANEXO 2.zip  X

#### Proposta de atividades para o próximo ano

☐ Adicionar Proposta

X O HSMM nomeou uma Comissão de Auditorias Clínicas que, no seu Plano de Auditorias para 2018 se propõe a realizar:

1. Auditoria aos Cuidados Respiratórios Domiciliários: Prescrição de Oxigenoterapia (Norma n.º 018/2011, de 28/09/2011, atualizada em 11/09/2015 da Direção Geral de Saúde);
2. Auditoria à comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde (norma n.º 01/2017, da Direção Geral de Saúde e procedimento interno nº 111/2017)
3. Auditoria Feixe de Intervenção Prevenção Infecção Urinária associada a cateter vesical (Norma nº 019/2015 de 15/12/2015, da Direção Geral de Saúde)
4. Auditoria aos Carros de emergência ( norma nº 008/2011 de 28/03/2011 da Direção Geral de Saúde e procedimento interno)
5. Auditoria à reconciliação terapêutica ( Norma n.º 018/2016 de 30/12/2016 da Direção Geral de Saúde)
6. Auditoria à Cirurgia Segura

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*  
 Não 2018-11-22

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

- 1 - Antibióticos de justificação clínica obrigatória.
- 2 - Análise do consumos de medicamentos pela CFT e divulgação pelos DS. (análise dos Custos com medicamentos por doente saído e análise dos Custos com medicamentos por dia de internamento).
- 3 - Alerta de Interação entre medicamentos.
- 4 - Stop Order.
- 5 - ALTERAÇÃO GRÁFICA DA NOMENCLATURA DOS MEDICAMENTOS LASA - Tall Man Lettering.
6. Análise dos custos de MCDT (laboratoriais), aquando da prescrição dos mesmos.
7. Envio aos diretores de Serviço, das quantidades de MCDT prescritos por local.
8. Análise dos Custos com Material Consumo Clínico por doente saído. 9. Análise dos Custos com Material Consumo Clínico por dia de internamento.

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

(anexe evidência) \*

ANEXO III.pdf  X

**Proposta de atividades para o próximo ano**

 Adicionar Proposta

X Manter a análise de consumos de medicamentos e atualizar os alertas associados aos medicamentos. Elaboração de um procedimento de gestão dos gases medicinais de forma a cumprir o "Manual Hospitalar de Boas práticas de gestão de Gases medicinais".

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-10-31

## 5) Tabela Nacional de Funcionalidade

### 5.1) Taxa de preenchimento:

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

6

Nº total de pessoas saídas com registo da TNF =

2

**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 =

0.31

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

0.07

**Proposta de atividades para o próximo ano**

 Adicionar Proposta

X Manter a monitorização da atividade no que respeita à TNF e otimizar o registo da TNF: aumentar o intervalo de tempo para registo da TNF na alta do doente

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-09-28

## 6) Auditorias Internas aos registos clínicos das notas de alta médica e de enfermagem (N.º 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?

47.00 %

6.2) Qual a percentagem de registos clínicos eletrónicos não conformes

16.00 %

no 2º semestre do ano?

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

(anexe evidência)

ANEXO 6.zip  **Proposta de atividades para o próximo ano**☐ Adicionar Proposta Continuar a monitorizar as notas de alta e intervir sobre as não conformidades, reportando as anomalias à tutela

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-11-30

**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 de Manchester

**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)

00:07

Demora média entre a triagem e a primeira observação médica:

**1.º Trimestre**

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:06
Laranja	00:11
Amarela	00:59
Verde	01:07
Azul	01:24
Branca	00:29

**2.º Trimestre**

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:02
Laranja	00:09
Amarela	00:48
Verde	01:01
Azul	01:02
Branca	00:24

**3.º Trimestre**

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:03
Laranja	00:08
Amarela	00:44
Verde	00:59
Azul	01:02
Branca	00:29

**4.º Trimestre**

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:13
Laranja	00:11
Amarela	01:02
Verde	01:35
Azul	01:25
Branca	00:29

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	09:32
Laranja	07:39
Amarela	04:57
Verde	02:42
Azul	02:38
Branca	03:23

#### 2.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	11:22
Laranja	06:53
Amarela	04:12
Verde	02:25
Azul	02:10
Branca	02:58

#### 3.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	07:30
Laranja	06:30
Amarela	04:08
Verde	02:16
Azul	01:52
Branca	02:07

#### 4.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	06:30
Laranja	07:36
Amarela	04:50
Verde	02:59
Azul	02:33
Branca	02:06

(anexe evidência) \*

ANEXO 7.xlsx  X

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

A instituição dispõe de Serviço de Urgência Pediátrica?

☒ Sim

☐ Não

## 7.3) Identificação do Sistema de Triagem

Triagem de Manchester

## 7.4) Indicadores da implementação do sistema:

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

Demora média para triagem (hh:mm)

00:07

Demora média entre a triagem e a primeira observação médica:

## 1.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:03
Laranja	00:07
Amarela	00:16
Verde	00:30
Azul	00:27
Branca	00:21

## 2.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:05
Laranja	00:07
Amarela	00:13
Verde	00:20
Azul	00:36
Branca	00:13

## 3.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:18
Laranja	00:07
Amarela	00:12
Verde	00:17
Azul	00:38
Branca	00:10

## 4.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:02
Laranja	00:08
Amarela	00:16
Verde	00:33
Azul	00:21
Branca	00:18

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	10:31
Laranja	03:29
Amarela	04:06
Verde	01:36
Azul	01:10
Branca	01:46

## 2.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	13:38
Laranja	03:25
Amarela	03:13
Verde	01:27
Azul	01:47
Branca	00:51

## 3.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	06:18
Laranja	03:21
Amarela	03:36
Verde	01:34
Azul	01:20
Branca	01:07

## 4.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	09:41
Laranja	03:41
Amarela	03:46
Verde	01:38
Azul	01:10
Branca	01:25

(anexo evidência) \*

ANEXO 7.xlsx  

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.

(anexo evidência) \*

ANEXO 8.zip  

## Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta Manter a preocupação com a implementação de projetos de boas práticas e implementar.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-11-30

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

☒ Sim  
☐ Não

**Observações / Apoio**  
Anexar lista de estudos em curso.

(anexe evidência) \*

Anexo 9.pdf  

**Proposta de atividades para o próximo ano**

 Adicionar Proposta

 Manter a abertura Institucional para atividades de Investigação Clínica.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-11-30

## 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?



Elaboração / revisão de procedimentos e Panfletos de Informação aos utentes (Guias de Informação / Folhetos dos Serviços) : Direitos e Deveres do Utente. (0028\_Pol\_CCSS)  
Consentimento Informado. (0067\_Pro\_CCSS)  
Política de Confidencialidade. (0102\_Pol\_PROS)  
Política de Confidencialidade dos dados. (0120\_Pol\_PROS)  
Garantia de confidencialidade e proteção de dados. (0099\_Pro\_PROS)  
Tomada de Decisão do Utente no HSMM, EPE (0048\_Pro\_CCSS)  
Regulamento de Acesso a Informação (RAI) (0079\_Rgl\_CCSS)  
Direito a Reclamações/ Sugestões e Elogios (0024\_Pro\_RESU)  
Direito a Segunda Opinião Clínica e impresso – Pedido de Segunda Opinião Clínica (0051\_Mod\_CCSS)  
Privacidade do Utente durante o Atendimento e Prestação de Cuidados (0070\_Pro\_CCSS)  
Pedido de parecer á Comissão de ética (0065\_Pro\_CCSS)  
Linha SOS Emigrante (0077\_Doc\_CCSS)  
Metodologia de Avaliação do Risco (0035\_Nor\_PROS)  
Procedimento – Notificação de Incidentes – NotifiQ@ (0063\_Pro\_PROS)  
Procedimento de Análises de Incidentes - NotifiQ@ (0131\_Pro\_PROS)  
Procedimento Geral do Hospital (0068\_Pro\_PROS)  
Procedimento – Comunicação Eficaz na transição de Cuidados de Saúde (0111\_Pro\_PROS)  
Panfletos Informação aos utentes (Guias de Informação / Folhetos dos Serviços)  
Procedimentos - Colheita de produtos para análise (027\_Pro\_PAT) e (028\_Pro\_PAT)  
Procedimento – Identificação de Amostras Biológicas Utente (004\_Pro\_PAT)  
Procedimento - Colheita de sangue para análise (016\_Pro\_IMU)  
Colheita, Transporte, Conservação e Eliminação das Amostras Biológicas no Laboratório de Patologia Clínica (028\_Pro\_PAT)  
Ficha de Reação Adversa à Transusão (025\_Doc\_IMU)  
Controlo dos prazos de Validade dos medicamentos e produtos Farmacêuticos (0107\_Ins\_PROS)  
Tabela de reconstituições, diluições e incompatibilidades (0041\_Doc\_PROSC, 0042\_Doc\_PROS)  
Procedimento de Bombas e Seringas e Bombas Perfusoras (0023\_Pro\_PROS);  
Procedimento Prevenção da Infecção do local Cirúrgico (0064\_Pro\_PROS)  
Avaliação da Satisfação dos Utentes – Inquérito de Satisfação (0106\_Pro\_RESU)

Plano de Emergência em Catástrofe (0026\_Pla\_PROS de 04/04/2017) Matéria Orgânica Derramada (0128\_Pro\_PROS) Cartaz Derrame de Citotóxicos (0129\_Doc\_PROS) Elaboração do Índice do Manual de Segurança do Utente para os 4 serviços em acreditação, a criar em 2018

#### Observações / Apoio


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

(anexe evidência) \*

ANEXO II 1.zip  

#### Proposta de atividades para o próximo ano

☐ Adicionar Proposta

-  - Atualizar o panfleto relativo a Hipocoagulação - Guia de orientação do Serviço de Imunohemoterapia e Realizar cartaz Informativo com informação do panfleto para afixar na sala de Espera;
- Realizar cartaz com Instruções de Trabalho do Serviço de Patologia Clínica sobre segurança pré-analítica para divulgação nos diferentes Serviços.
- Criar procedimento de uso seguro de bisturi elétrico.
- Realizar procedimento interno de uso seguro de Garrotes pneumáticos.
- Elaborar Manual de Segurança do Utente para os 4 serviços em acreditação.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-11-30

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

2.1.) segurança do doente

Realizadas 10 ações de formação  
Áreas temáticas: Segurança medicamentos /Gestão de risco/Prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde/ Segurança transfusional/Segurança do doente no bloco operatório/Comunicação na transição de cuidados/Gases medicinais  
Participantes: 76 enfermeiros e 35 médicos  
Nº total de participações: 209  
Volume de horas de formação: 340.5 h  
Formadores: profissionais internos responsáveis por comissões técnicas / 1 formador externo (Gases medicinais)

#### Observações / Apoio

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

2.1.) segurança do profissional

Realizadas 6 ações de formação  
Áreas temáticas: Incêndios/Derrame de citotóxicos/Ergonomia no trabalho/ Proteção individual face a infeções  
Participantes: 55 Enfermeiros/2 Técnicos Superiores/3 Assistentes operacionais/51 Médicos  
Nº total de participações: 111  
Volume de horas de formação: 238 h  
Formadores internos responsáveis das comissões técnicas.

(anexe evidência) \*

Anexo II 2.zip  

#### Proposta de atividades para o próximo ano

☐ Adicionar Proposta

-  Cumprir o Plano de Formação para 2018

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-11-30

#### 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



- ✗ No plano de auditorias da Comissão de auditorias clínicas está prevista a realização de uma auditoria interna sobre a transferência de informação nas transições de cuidados
- Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*
- Não 2018-05-31

### Segurança Cirúrgica

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

1,49 (%)

#### 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) \*

getjobid12477.pdf ✗

#### Proposta de atividades para o próximo ano

☐ Adicionar Proposta

✗ Manter os níveis de conformidade.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-11-30

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

#### Observações / Apoio

Indicar: N.º de incidentes inadmissíveis (por tipo) e o n.º de doentes intervençionados.

Local cirúrgico errado:	0 (%)
Procedimento errado:	0 (%)
Doente errado:	0 (%)
Retenção de objetos estranhos no local cirúrgico:	0 (%)
Morte intraoperatória em doentes ASA1:	0 (%)

(anexe evidência) \*

modbo005\_16.pdf ✗

#### Proposta de atividades para o próximo ano

☐ Adicionar Proposta

✗ Realizar procedimento de marcação de local cirúrgico. A ser realizado por Médico e Enfermeiro do BO.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-11-30

6) Quantas auditorias internas foram realizadas?

12

#### Observações / Apoio

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

(anexe evidência) \*

ANEXO II 6.zip ✗

#### Proposta de atividades para o próximo ano

☐ Adicionar Proposta

✗ Continuar a realizar auditorias mensais.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-11-30

7) Quantas notificações de incidentes relacionados com procedimentos cirúrgicos ocorreram na instituição?

1

**Observações / Apoio**

Indicar:

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

(anexe evidência) \*

Plano ação - Local cirurgico - BO 2017.pdf  X**Proposta de atividades para o próximo ano**☐ Adicionar Proposta

X Continuar a incentivar a notificação voluntária na plataforma NOTIFICA.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-11-30

**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) \*

0036\_Pro\_PROS\_Medicamentos LASA\_E1.R0.pdf  X**Proposta de atividades para o próximo ano**☐ Adicionar Proposta

X Realização de Auditorias Internas

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-11-30

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) \*

0036\_Pro\_PROS\_Medicamentos LASA\_E1.R0.pdf  X**Proposta de atividades para o próximo ano**☐ Adicionar Proposta

X Realização de Auditorias Internas

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-11-30

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

X Continuar a incentivar a notificação voluntária na plataforma NOTIFICA.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-11-30

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) \*

proc\_29.pdf  X

**Proposta de atividades para o próximo ano**

☐ Adicionar Proposta

X Implementar um só local de armazenamneto para os medicamentos de alerta máximo.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-11-30

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) \*

proc\_29.pdf  X

**Proposta de atividades para o próximo ano**

☐ Adicionar Proposta

X Rever o procedimento

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-11-30

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

X Continuar a reforçar o incentivo à notificação voluntária através do NOTIFICA

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-11-30

14) Quantas auditorias internas foram realizadas no âmbito de práticas seguras do medicamento, 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) \*

Deliberação do CA de 24-08-2017.pdf  X

**Proposta de atividades para o próximo ano**

☐ Adicionar Proposta

X Cumprir o plano de auditorias para 2018 e intervir sobre as não conformidades

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-11-30

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).

(anexo evidência) \*

ANEXO II 15.zip  X

## Proposta de atividades para o próximo ano

☐ Adicionar Proposta

X Continuar a implementar medidas de melhoria no âmbito das práticas seguras do medicamento

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-11-30

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

Não Aplicável

**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.

(anexo evidência) \*

ANEXO II 16.pdf  X

## Proposta de atividades para o próximo ano

☐ Adicionar Proposta

X Projeto de implementação da reconciliação terapêutica no hospital

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-11-30

## Identificação inequívoca dos doentes

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

☒ Sim (se sim, anexo evidência)☐ Não

**Observações / Apoio**  
Anexar cópia da estratégia em vigor, com data de aprovação, modo de divulgação e revisão, se aplicável.

(anexo evidência) \*

ANEXO II 17.zip  X

## Proposta de atividades para o próximo ano

☐ Adicionar Proposta

X Monitorizar os procedimentos de identificação e realização de auditorias

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-11-30

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

0

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

## Proposta de atividades para o próximo ano

☐ Adicionar Proposta

X Continuar a incentivar o reporte interno de processos de identificação não conformes e intervir perante as não conformidades

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-11-30

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

1

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

(anexe evidência) \*

Auditoria Identificação utentes Out2017.pdf  

## Proposta de atividades para o próximo ano

☐ Adicionar Proposta Cumprir o plano de auditorias para 2018 e intervir sobre as não conformidades

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não

2018-11-30

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

Observação direta: - serviço medicina; - Serviço pediatria; - Serviço ortopedia; Serviço urgência; - Serviço Consulta Externa

Colocação de pulseiras de identificação dos doentes

## Observações / Apoio

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

(anexe evidência) \*

Etiquetas Identificação Doente.pdf  

## Proposta de atividades para o próximo ano

☐ Adicionar Proposta Incentivar a dupla verificação da identidade do doente para procedimentos clínicos

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não

2018-11-30

## Prevenir a ocorrência de quedas


21) Implementou atividades no âmbito da prevenção de quedas?

☒ Sim (Se sim, anexe evidência)☐ Não

(anexe evidência) \*

Indicadores quedas 2017.pdf  

## Proposta de atividades para o próximo ano

☐ Adicionar Proposta revisão dos procedimentos institucionais nº 15: Avaliação do risco de queda  
nº 16: Prevenção de queda

nº 17: Atuação na ocorrência de queda

nº 18: Contenção de doentes

nº 25: Avaliação do risco de queda em idade pediátrica

nº 26: Prevenção de queda em idade pediátrica

nº 27: Atuação na ocorrência de queda em idade pediátrica

2. manter a monitorização mensal dos indicadores relativos a prevenção de quedas

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não

2018-11-30

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

92


## Observações / Apoio

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

(anexe evidência) \*

ANEXO II 22.zip  

## Proposta de atividades para o próximo ano

☐ Adicionar Proposta Manter o registo das notificações de quedas  
Elaborar relatórios intercalares e anual de prevenção e gestão de quedas

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não

2018-11-30

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

2

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

(anexe evidência) \*

ANEXO II 23.zip  X

**Proposta de atividades para o próximo ano**

 Adicionar Proposta

X Manter a realização de 2 auditorias /ano e intervir sobre as não conformidades

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-11-30

**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) \*

ANEXO II 24.zip  X

**Proposta de atividades para o próximo ano**

 Adicionar Proposta

X 1. Revisão dos procedimentos institucionais nº 8: Avaliação do risco de úlcera de pressão nº 39: Prevenção de úlcera de pressão  
2. Manter a monitorização mensal dos indicadores relativos a prevenção de úlceras de pressão

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-11-30

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

103

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

(anexe evidência) \*

ANEXO II 25.zip  X

**Proposta de atividades para o próximo ano**

 Adicionar Proposta

X Manter o registo das notificações de úlceras de pressão.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-11-30

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

2

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

(anexe evidência) \*

RAI UP 2017.pdf  X

**Proposta de atividades para o próximo ano**

 Adicionar Proposta

X Manter a realização de 2 auditorias/ano e intervir sobre as não conformidades.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-11-30

**Notificação, análise e prevenção de incidentes**

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


☒ Sim (se sim, anexe evidência)

☐ Não

**Observações / Apoio**

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

(anexe evidência) \*

ANEXO II 27.zip  X

#### Proposta de atividades para o próximo ano

☐ Adicionar Proposta

X Continuar a incentivar a notificação e Definir um circuito mais eficiente para a notificação das quedas e úlceras de pressão e respetiva análise.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-11-30

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

- Criação / Revisão de Procedimentos

**Observações / Apoio**  
Anexar documento comprovativo da implementação de medidas.

(anexe evidência) \*

ANEXO II 28.zip  X

#### Proposta de atividades para o próximo ano

☐ Adicionar Proposta

X Continuar a avaliar os incidentes de segurança do doente e implementar medidas corretivas.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-11-30

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

☐ Sim (se sim, anexe evidência)

☒ Não

**Observações / Apoio**  
Anexar relatório de auditoria interna.

#### Proposta de atividades para o próximo ano

☐ Adicionar Proposta

X Propor a realização de auditorias internas à metodologia de análise de incidentes.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-11-30

#### 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) \*

ANEXO II 30.zip  X

#### Proposta de atividades para o próximo ano

☐ Adicionar Proposta

X Manter o acompanhamento.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-11-30

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

☒ Sim (Se sim, anexe evidência)

☐ Não

(anexe evidência) \*

30.a.pdf  X

b) Programa de VE das quatro infeções mais relevantes em Unidades de Cuidados Intensivos de Adultos (rede europeia) - HAI-Net-ICU

☐ Sim (Se sim, anexe evidência)

☒ Não

c) Programa de VE das quatro infeções mais relevantes em Unidades de Cuidados

Intensivos de Neonatologia (rede nacional) - HAI-UCIN

- ☐ Sim (Se sim, anexe evidência)  
☒ Não

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

- ☒ Sim (Se sim, anexe evidência)  
☐ Não

(anexe evidência) \*

30.d.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) \*

ANEXO II 31.zip  

32) A instituição monitorizou e notificou atempadamente os microrganismos alerta e problema, através da rede europeia de VE, de acordo com a Norma da DGS/PPCIRA n.º 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) \*

32.pdf  

#### Proposta de atividades para o próximo ano

☐ Adicionar Proposta

 Manter o acompanhamento.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-11-30

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

- ☒ Sim (Se sim, anexe evidência)  
☐ Não

Em que percentagem?

4.76 %

#### Observações / Apoio

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

(anexe evidência) \*

32.1.pdf  

#### Proposta de atividades para o próximo ano

☐ Adicionar Proposta

 Manter o acompanhamento.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-11-30

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) \*

32.2.pdf  

#### Proposta de atividades para o próximo ano

☐ Adicionar Proposta

 Manter o acompanhamento.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-11-30



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

- ☒ Sim (Se sim, anexe evidência)  
☐ Não

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

100.00 %

(anexe evidência) \*

32.3.pdf  X

**Proposta de atividades para o próximo ano**

☐ Adicionar Proposta

X Manter o acompanhamento.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-11-30

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) \*

33.pdf  X

**Proposta de atividades para o próximo ano**

☐ Adicionar Proposta

X Continuar a implementação do programa de apoio à prescrição de antibióticos.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-11-30

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) \*

34.pdf  X


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) \*

35.pdf  X

**Proposta de atividades para o próximo ano**

☐ Adicionar Proposta

X Manter o acompanhamento.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-11-30

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

- ☒ Sim (Se sim, anexe evidência)  
☐ Não

**Observações / Apoio**

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

(anexe evidência) \*

36.pdf  X**Proposta de atividades para o próximo ano**☐ Adicionar Proposta

X Manter o acompanhamento.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não

2018-11-30

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

37.1) Feixe de intervenções para a prevenção da infecção 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 respectivos critérios desta bundle

Na auditoria realizada encontramos algumas não conformidades.

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

X Manter o acompanhamento.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não

2018-11-30

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

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

X Propor a adesão a este tipo de prevenção e controle.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não

2018-11-30

37.3) Feixe de intervenções para a prevenção da infecção associada ao cateter intravascular?

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

X Sem resposta.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não

2018-11-30

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

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

X Sem resposta.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não

2018-11-30

38) A Instituição aderiu à Estratégia Multimodal de Promoção das Precauções Básicas de Controle de Infecção (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) \*

38.1.zip  X**Proposta de atividades para o próximo ano**☐ Adicionar Proposta

☒ Manter o acompanhamento.  
Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*  
Não 2018-11-30

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) \*

38.2.zip  ☒

**Proposta de atividades para o próximo ano**

☐ Adicionar Proposta

☒ Manter o acompanhamento.  
Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*  
Não 2018-11-30

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) \*

38.3.zip  ☒

**Proposta de atividades para o próximo ano**

☐ Adicionar Proposta

☒ Manter o acompanhamento.  
Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*  
Não 2018-11-30

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) \*

39.pdf  ☒

**Proposta de atividades para o próximo ano**

☐ Adicionar Proposta

☒ Cumprir o plano para 2018  
Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*  
Não 2018-11-30

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) \*

40.zip  ☒

**Proposta de atividades para o próximo ano**

☐ Adicionar Proposta

☒ Cumprir o plano para 2018  
Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*  
Não 2018-11-30

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

- ☐ Sim  
☒ Não

#### Observações / Apoio

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

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

- ☒ Sim  
☐ Não

#### Observações / Apoio

Anexar plano interno anual de formação

(anexe evidência) \*

42.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) \*

ANEXO III 1.zip  

Proposta de atividades para o próximo ano

☐ Adicionar Proposta

 Aplicar os inquéritos de satisfação em todos os serviços do hospital e em vários momentos ao longo do ano.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-11-30

### 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

## Proposta de atividades para o próximo ano

☐ Adicionar Proposta

✗ Obter a Acreditação dos 4 serviços em processo de acreditação desde dezembro de 2016 e alargar a outros serviços do hospital.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-11-30

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

✗ Sem resposta

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-11-30

## 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?

Foram criados guias de acolhimento, cartazes e panfletos informativos e foi atualizado o site do HSMM.

## Observações / Apoio

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

(anexe evidência) \*

ANEXO V 1.zip ✗

## Proposta de atividades para o próximo ano

☐ Adicionar Proposta

✗ Continuar a atualizar o site do HSMM com informação acerca da Segurança dos doentes.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-11-30

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

1 ação de formação

## Observações / Apoio

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

(anexe evidência) \*

2017-09-04 - UTENTE - PROMOÇÃO DA ADESAO TERAP ADOLESC DIAB TIPO 1 (1).pdf ✗

## Proposta de atividades para o próximo ano

☐ Adicionar Proposta

✗ Promover mais ações de formação para utentes acerca da segurança do doente.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2018-11-30


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

Elaboração de um procedimento para tratamento e análise de reclamações, sugestões e elogios; Criação de um panfleto do Gabinete do Cidadão e de um cartaz para publicitar a existência de livro de reclamações; Semestralmente, a técnica do gabinete do cidadão reúne com os diretores de serviço com o intuito de apresentar a estatística das exposições obtidas e debater eventuais soluções estratégicas para as resolver.

## Observações / Apoio

Identificar as principais causas de

(anexe evidência) \*

ANEXO V 3.zip  X**Proposta de atividades para o próximo ano**☐ Adicionar Proposta

X Enviar aos serviços o reporte das reclamações mensalmente e fazer relatórios semestrais ou anuais.

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não

2018-11-30

**6. APROVAÇÕES E HOMOLOGAÇÕES****Relatório de atividades / Plano de Ação****1 de janeiro a 31 de dezembro do ano anterior****Aprovações e Homologações**☐ Plano de Ação aprovado, assinado pelo responsável máximo da Instituição (Presidente do Conselho de Administração/Diretor Executivo) e com o respetivo carimbo. \*

Validação do Plano de Atividades pela ARS \*

☐ Sim ☐ Não ☐ Em avaliação

Adicionar documento: