



Ano: 2017  
 Entidade: \* Centro de Medicina de Reabilitação Rovisco Pais  
 ARS: CENTRO  
 Tipologia: HOSPITAL  
 Preenchimento do Plano de Atividades concluído? \*  Sim  Não  
 Utilizador: Paulo Filipe dos Santos de Melo Margalho  
 E-mail: paulo.margalho@roviscopais.min-saude.pt

CMRRC-ROVISCOPAIS  
 CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

O Presidente: Dr. Vítor Lourenço

O Vogal Executivo: Gracia Leão Gonçalves

Diretora Clínica: Delia Amorim

O Enf.º Diretor: Abel Cavaco

Em: 2017-2-2

## 1. MELHORIA DA QUALIDADE CLÍNICA E ORGANIZACIONAL

### Diagnóstico de Situação no ano atual

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

##### Relatório de atividades (1 de Novembro do ano anterior a 30 de Novembro do ano atual)

1) Qual o n.º de Normas emitidas pela DGS que foram discutidas e analisadas na Instituição? 7

##### Observações / Apoio

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

(anexe evidência) \*

Doc 1.pdf  X

##### Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Circular Normativa Conjunta ACSS/DGS/INFARMED/SPMS nº 22/2016/DPS/ACSS de 27/10/2016 Regime de acesso e financiamento no âmbito do Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio (SAPA) de dispositivos médicos para apoio a ostomias e incontinência nos Estabelecimentos e Serviços do SNS  
 Norma nº 013/2016 de 28/10/2016 Regras de Prescrição de Dispositivos Médicos na Retenção/Incontinência em Idade Pediátrica e no Adulto  
 Norma nº 014/2016 de 28/10/2016 Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias de Alimentação em Idade Pediátrica e no Adulto  
 Norma nº 010/2015 de 15/06/2015 Modelo de Funcionamento das Teleconsultas  
 Norma nº 015/2014 de 25/09/2014 Sistema Nacional de Notificação de Incidentes – NOTIFICA  
 Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*  
 Não 2017-12-31

2) Quantas auditorias internas sobre as normas emitidas pela DGS foram realizadas? 0

##### 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

Após contacto com DGS e ARS-Centro, aguarda-se realização de curso de formação em Auditoria, para o qual foi proposto Médico deste Centro, tendo em vista iniciar auditoria à implementação das normas  
 Atividade conjunta \*Identifique a entidade \*Prazo de Execução \*  
 Sim ARS CENTRO 2017-12-31

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

Manteve-se a prescrição informatizada de tratamentos de reabilitação, e iniciou-se o registo de procedimentos invasivos recorrendo ao programa informático SISREQ (Doc2)  
 - Em 2016 houve a mudança de programa da prescrição eletrónica de medicamentos, dietas e vigilância clínica de procedimentos de saúde, adoptando-se o programa GHAF – ST+I (Doc 3)  
 - Os MCDT da área da patologia clínica continuam a ser requisitados no programa informático SCLÍNICO/SONHO, com protocolo com o Hospital Distrital da Figueira da Foz (Doc 4)  
 - Foi criado, no ambiente do programa GHAF, alerta informático para a manutenção de antibioterapia após o número de dias preconizado para cada patologia específica, com necessidade de validação pelo grupo coordenador local do PPCIRA. Também este programa alerta para interações medicamentosas entre medicamentos já prescritos e aqueles que se vão prescrever (Doc 5)  
 - Foi regulamentada, com publicação em Circular Normativa, o circuito de fornecimento de e medicamentos para técnicas invasivas e Toxina Botulínica, para melhor segurança da sua aplicação. (Doc 6 a, Doc 6b)

##### Observações / Apoio

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

(anexe evidência) \*

Doc 6b.pdf  X

##### Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Durante 2016 não foi possível, por dificuldades informáticas a criação do interface directo de requisição de MCDT da área da patologia clínica, com ligação ao HDFigFoz. Renova-se a proposta para o presente ano, o que evitará a transcrição manual dos exames laboratoriais pedidos, fonte de possível erro.  
 - Por dificuldade informática, não foi possível em 2016 a requisição de exames imagiológicos, electromiografia, estudos urodinâmicos e ecografias músculo-esqueléticas em suporte informático. Propõe-se para 2017 a implementação deste processo, abandonando a requisição em papel.  
 Atividade conjunta \*Identifique a entidade \*Prazo de Execução \*  
 Sim HDF FOZ 2017-06-30

5) Tabela Nacional de Funcionalidade

5.1) Taxa de preenchimento:

Nº total de pessoas entradas e elegíveis para a aplicação da TNF = 0

Nº total de pessoas saídas com registo da TNF = 0

##### Observações / Apoio

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

5.2) Média de ganhos funcionais:

Média do grau de funcionalidade dos utentes no momento da

admissão =

0.00

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

0.00

**Proposta de atividades para o próximo ano** Adicionar Proposta O CMRRP-RP NÃO SE ENCONTRA ABRANGIDO PELO DESPACHO 10218/2014 DE 8 DE AGOSTO

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2017-02-06

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

Qual a percentagem de registos clínicos eletrónicos não conformes no âmbito do ponto n. 7 do despacho 2784/2013 de 20/02? 0.00 %

(anexe evidência)

CQS 2017 HOMOLOGADO.pdf **Observações / Apoio**

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

**Proposta de atividades para o próximo ano** Adicionar Proposta Após contacto com DGS e ARS-Centro, aguarda-se realização de curso de formação em Auditoria, para o qual foi proposto Médico deste Centro, tendo em vista iniciar auditorias

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

Sim ARS-CENTRO 2017-12-31

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

7.1) Identificação do Sistema de Triagem NÃOAPLICAVEL AO CMRRP-RP

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: Demora média entre a triagem e a primeira observação médica por prioridade "Vermelha": Demora média entre a triagem e a primeira observação médica por prioridade "Laranja": Demora média entre a triagem e a primeira observação médica por prioridade "Amarela": Demora média entre a triagem e a primeira observação médica por prioridade "Verde": Demora média entre a triagem e a primeira observação médica por prioridade "Azul": Demora média entre a triagem e a primeira observação médica por prioridade "Branco": 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 por prioridade "Vermelha": Demora média entre a triagem e saída do doente do serviço de urgência por prioridade "Laranja": Demora média entre a triagem e saída do doente do serviço de urgência por prioridade "Amarela": Demora média entre a triagem e saída do doente do serviço de urgência por prioridade "Verde": Demora média entre a triagem e saída do doente do serviço de urgência por prioridade "Azul": Demora média entre a triagem e saída do doente do serviço de urgência por prioridade "Branco": 

(anexe evidência)

CQS 2017 HOMOLOGADO.pdf 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) \*

Doc 7.pdf **Proposta de atividades para o próximo ano** Adicionar Proposta Propõe-se a nomeação de elemento de cada grupo profissional com formação na área da qualidade/boas práticas, que identifique boas práticas internas que possam ser generalizadas a todo o Centro

Atividade conjunta \*Prazo de Execução \*

Não 2017-06-30

9) A instituição desenvolveu e/ou participa em atividades de investigação clínica?  Sim  Não**Observações / Apoio**

Anexar lista de estudos em curso.

(anexe evidência) \*

Doc 8.pdf **Proposta de atividades para o próximo ano** Adicionar Proposta

