



Check-list Procedimentos de Segurança

1. CULTURA DE SEGURANÇA

- 1.1 A organização possui um elemento responsável pelas questões da segurança do doente ©
- 1.2 A organização promove o trabalho em equipa multidisciplinar na implementação de processos relativos à segurança do doente
- 1.3 A organização promove acções de formação em matérias relacionadas com a segurança do doente
- 1.4 Os protocolos de cirurgia e das áreas de medicina da organização prevêm regras que visem assegurar um adequado nível de experiência e treino dos profissionais

2. IDENTIFICAÇÃO DE DOENTES

- 2.1 A organização tem implementadas práticas uniformizadas de identificação de doentes ©
- 2.2 A prática de identificação de doentes baseia-se na identificação positiva do doente
- 2.3 A organização proíbe o uso de abreviaturas, acrónimos, símbolos e outras designações na identificação de doentes
- 2.4 A organização tem procedimentos, protocolos ou outras orientações relativos aos registos de alta dos doentes ©
Os registo de alta dos doentes inclui informação sobre:
 - 2.5 história clínica do doente
 - 2.6 medicação administrada
 - 2.7 exames complementares de diagnóstico realizados e seus resultados
 - 2.8 ensaios clínicos a que o doente foi submetido
 - 2.9 instruções para acompanhamento posterior

3. COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO

A organização possui uma política de comunicação interna que contempla:

- 3.1 planos de prevenção no âmbito da segurança do doente
- 3.2 formulário para comunicação de ocorrências



Check-list Procedimentos de Segurança

3.3 A organização tem um procedimento implementado para a transmissão de informação relativa a eventos adversos a doentes e familiares

3.4 A organização assegura que o processo clínico dos doentes em suporte artificial de vida está acessível, em qualquer altura, junto do doente

A organização possui os seguintes procedimentos na rotulagem de exames complementares de diagnóstico:

3.5 amostra para análises clínicas identificada apenas na presença do doente

3.6 identificação do doente e do exame a executar

3.7 utilização da dupla identificação para as amostras sanguíneas ou outras

3.8 rastreabilidade da imagem com a identificação do doente

3.9 marcação de direita e esquerda em cada imagem de RX

3.10 A organização efectua, de forma sistemática, o registo da ocorrência de eventos adversos decorrentes de erros na rotulagem de exames complementares de diagnóstico

3.11 A organização efectua a avaliação desse registo numa óptica de melhoria contínua

4. SEGURANÇA DE MEDICAÇÃO DE ALTA VIGILÂNCIA

4.1 A organização utiliza prescrição electrónica de medicamentos ©

Gestão da Medicação

O responsável pela farmácia da organização:

4.2 Tem um procedimento de segurança implementado para a gestão da medicação

4.3 Está disponível para esclarecimentos de dúvidas relacionadas com a ordenação, interpretação e revisão da medicação

4.4 Emite recomendações sobre segurança na utilização de medicamentos e promove a prevenção de erros na medicação

4.5 Trabalha em equipa com outros profissionais com vista a promover a minimização de erros na dispensa de medicação

4.6 Trabalha em equipa com outros profissionais com vista a promover a minimização de erros na administração de medicação

4.7 Supervisiona a preparação de medicação



Check-list Procedimentos de Segurança

- 4.8 Inspecciona o local de armazenagem de medicamentos periodicamente
- 4.9 A organização garante um farmacêutico 24 horas por dia e 7 dias por semana
- 4.10 A organização revê periodicamente a lista de medicação utilizada (pelo menos anualmente)
- 4.11 A organização efectua, de forma sistemática, o registo da ocorrência de eventos adversos decorrentes de erros na gestão da medicação
- 4.12 A organização efectua a avaliação desse registo numa óptica de melhoria contínua

Reconciliação Terapêutica

- 4.13 A organização recolhe e regista de forma sistemática informação sobre os antecedentes de hipersensibilidade medicamentosa de cada doente
- 4.14 A organização recolhe e regista informação sobre os medicamentos que cada doente está a tomar previamente ao momento da admissão
- 4.15 Há envolvimento de familiares e doentes na construção desse registo
- 4.16 Esse registo é actualizado durante o internamento do doente
- 4.17 A actualização da medicação é comunicada internamente, assim como aos doentes e familiares
- 4.18 Aquando da transferência para outras instituições de saúde, a organização assegura que o registo de medicamentos do doente é comunicado
- 4.19 A organização revê periodicamente esse procedimento (pelo menos anualmente)
- 4.20 A organização efectua, de forma sistemática, o registo da ocorrência de eventos adversos decorrentes de erros na reconciliação terapêutica
- 4.21 A organização efectua a avaliação desse registo numa óptica de melhoria contínua

Armazenagem e Rotulagem

- 4.22 A organização possui planos, procedimentos, políticas ou protocolos escritos para a armazenagem e rotulagem de todos os medicamentos ©
- 4.23 A organização garante a rotulagem dos medicamentos quando são transportados fora da sua embalagem original ©
- 4.24 As áreas para manipulação de medicamentos estéreis estão devidamente identificadas



Check-list Procedimentos de Segurança

4.25 A organização padroniza e limita concentrações de medicamentos incompatíveis

4.26 A organização possui uma listagem de medicamentos incompatíveis entre si ©

4.27 Os locais de armazenagem de medicamentos são devidamente acondicionados, limpos e organizados

4.28 Os medicamentos que contenham psicotrópicos e estupefacientes encontram-se separados e o seu acesso é restrito ©

4.29 A organização efectua, de forma sistemática, o registo da ocorrência de eventos adversos decorrentes de erros na armazenagem e rotulagem de medicamentos

4.30 A organização efectua a avaliação desses resultados, numa óptica de melhoria contínua

Medicação de Alto Risco

4.31 A organização possui uma listagem onde se identifica a medicação de alto risco

4.32 A organização possui planos, procedimentos, políticas ou protocolos escritos para a utilização de medicação de alto risco

4.33 A organização revê periodicamente esse procedimento (pelo menos anualmente)

4.34 A organização assegura que os profissionais que manuseiem medicamentos de quimioterapia e anestesia possuem qualificações ou certificações apropriadas

4.35 A organização efectua, de forma sistemática, o registo da ocorrência de eventos adversos na utilização de medicamentos de alto risco

4.36 A organização efectua a avaliação desse registo numa óptica de melhoria contínua

Medicação por Unidose ou Dosagem para Consumo

4.37 A organização possui planos, procedimentos, políticas ou protocolos escritos sobre a dispensa de medicamentos em unidose ou dosagem para consumo

4.38 A organização assegura que cada unidose, ou dosagem para consumo, contém rotulagem onde é identificado o nome do medicamento, período de validade e fabricante

4.39 A organização assegura que, em caso de falta de medicação, esta é repostada em 24 horas, desde que não se verifique ruptura no mercado

4.40 A organização efectua, de forma sistemática, o registo da ocorrência de eventos adversos decorrentes de erros na dispensa de medicamentos em unidose ou dosagem para consumo

4.41 A organização efectua a avaliação desse registo numa óptica de melhoria contínua



Check-list Procedimentos de Segurança

5. CIRURGIAS SEGURAS

- A organização utiliza uma check-list ou outro procedimento de prevenção de erros
- 5.1. em cirurgia (por exemplo, relativamente à região anatómica, à pessoa a interencionar e ao procedimento a realizar) ©

Esta check-list/procedimento contempla:

- 5.2 verificação pré-operatória do processo cirúrgico
- 5.3 marcação do lado que vai ser objecto da incisão
- 5.4 reunião prévia para verificação de todos os elementos (paciente correcto, procedimento a realizar e outras acções relevantes)
- 5.5 avaliação do risco de perda de sangue e eventual necessidade de transfusão
- 5.6 confirmação da administração de profilaxia antibiótica nos 60 minutos anteriores à cirurgia
- 5.7 A organização revê periodicamente esta check-list/procedimento (pelo menos anualmente)

Complicações Cardíacas

- 5.8 A organização tem implementados planos, procedimentos, políticas ou protocolos de avaliação do risco de acidente isquémico cardíaco pré-operatório a cada doente

Este procedimento contempla:

- 5.9 avaliação do risco de complicações cardíacas
- 5.10 resultados dos exames que atestem o risco de complicações cardíacas no doente
- 5.11 orientações para prevenção de enfarte agudo do miocárdio
- 5.12 registo de decisões clínicas relativas à utilização de betabloqueantes
- 5.13 A organização revê periodicamente este procedimento (pelo menos anualmente)

6. RISCOS DE INFECÇÃO

Úlceras de Pressão

- 6.1 A organização tem implementados planos, procedimentos, políticas ou protocolos de avaliação de risco de úlceras de pressão
- 6.2 Essas avaliações são referenciadas no processo clínico de cada doente



Check-list Procedimentos de Segurança

6.3 Sempre que um doente esteja sob risco de desenvolver úlceras de pressão, a organização reavalia regularmente a integridade da pele, durante o período de internamento

6.4 Os resultados das reavaliações são registados no processo clínico de cada doente

6.5 A organização efectua, de forma sistemática, o registo da ocorrência de úlceras de pressão

6.6 A organização efectua a avaliação desse registo numa óptica de melhoria contínua

Tromboembolismo Venoso

6.7 A organização tem implementados planos, procedimentos, políticas ou protocolos de avaliação de tromboembolismo venoso

Este procedimento contempla:

6.8 a avaliação, no momento da admissão, de todos os doentes em risco de tromboembolismo venoso

6.9 o registo da avaliação e prevenção no processo clínico do doente

6.10 métodos com evidência comprovada na profilaxia do tromboembolismo venoso

6.11 a reavaliação do risco durante o internamento

6.12 A organização efectua, de forma sistemática, o registo da ocorrência de tromboembolismo venoso

6.13 A organização efectua a avaliação desse registo numa óptica de melhoria contínua

Anticoagulantes Orais

6.14 A organização tem implementados planos, procedimentos, políticas ou protocolos de avaliação de risco a doentes sujeitos a terapêutica anticoagulante

Insuficiência Renal por Contraste Induzido

6.15 A organização tem implementados planos, procedimentos, políticas ou protocolos de avaliação do risco de insuficiência renal por contraste induzido

Este procedimento contempla:

6.16 a avaliação do risco de insuficiência renal nos doentes antes da administração do contraste

6.17 o uso de métodos clínicos apropriados para redução do risco de danos renais

6.18 o registo da avaliação e prevenção no processo clínico do doente



Check-list Procedimentos de Segurança

6.19 A organização efectua, de forma sistemática, o registo da ocorrência de insuficiência renal por contraste induzido

6.20 A organização efectua a avaliação desse registo numa óptica de melhoria contínua

Gripe

6.21 São aplicadas medidas de prevenção relativamente ao risco de gripe

6.22 A organização efectua um programa de imunização da gripe relativamente aos seus colaboradores

6.23 A organização mantém registos dessas imunizações

Outros Riscos de Infecção

6.24 A organização usa métodos de prevenção relativos a riscos associados à colocação de cateter venoso central

6.25 A organização efectua avaliação na fase pré operatória em virtude de determinar o risco de infecção no local cirúrgico e implementar medidas de profilaxia antibiótica adequada

6.26 Estão implementadas medidas de lavagem das mãos com toalhetes desinfectantes ou com desinfectante anti séptico, antes e depois do contacto directo com o doente ou com objectos à sua volta

6.27 A organização preconiza o uso de máscaras como medida de prevenção de infecção respiratória

6.28 A organização tem implementadas medidas de isolamento como medida de prevenção para a infecção respiratória

7. OUTROS RISCOS

7.1 A organização tem implementado planos, procedimentos, políticas ou protocolos de avaliação do risco de aspiração

7.2 Quando é utilizado garrote pneumático, é avaliado o risco de isquemia e/ou outra complicação trombolítica e são utilizadas medidas profiláticas apropriadas

7.3 A organização tem implementado um procedimento de prevenção para riscos decorrentes da utilização de aparelhos de Raio X

7.4 A organização efectua avaliação do risco de desnutrição nos doentes no momento de admissão hospitalar

Quedas

7.5 A organização tem implementados planos, procedimentos, políticas ou protocolos da avaliação e reavaliação do risco de queda aos doentes

7.6 Este procedimento contempla a identificação de medicamentos, tais como sedativos, diuréticos, tranquilizantes, anti-hipertensivo, que podem aumentar o risco de queda



SINAS@Hospitais

Check-list Procedimentos de Segurança

- 7.7 A organização regista no processo clínico do doente a avaliação do risco de queda e as respectivas medidas de prevenção
- 7.8 A organização mantém os botões de campainha sempre ao alcance dos doentes
- 7.9 A organização mantém a vigilância e agilidade no atendimento à chamada realizada por campainha
- 7.10 A organização mantém a cama na posição baixa com as rodas travadas e grades elevadas para doentes em risco
- 7.11 A organização efectua, de forma sistemática, o registo da ocorrência de quedas ©
- 7.12 A organização efectua a avaliação desse registo numa óptica de melhoria contínua

© - Ponto Crítico