1. OBJETIVO

Instituir ações para a promoção da segurança do paciente nas unidades operacionais, através de uma equipe multiprofissional, propondo a aplicação das boas práticas de funcionamento e disseminando uma cultura de segurança em todas as unidades da instituição, atendendo a RDC n° 36/2013.

2. APLICAÇÃO

Itaigara Memorial Hospital Dia.
Itaigara Memorial Gastro-Hepato.
Itaigara Memorial Clínica da Dor.

3. REFERÊNCIA

"Guia Prático Para Segurança do Paciente" - BOPSIN, Patrícia dos Santos; et al. (org.). Porto Alegre: Moriá, 2019. Ate.t;
ANVISA, Resolução RDC n° 63 de 25 de novembro de 2011 – Requisitos de Boas Práticas em Serviços de Saúde.
ANVISA, Resolução RDC n° 36, de 25 de julho de 2013 – Segurança do Paciente em Serviços de Saúde.
COREN, 10 Passos para a Segurança do Paciente, 2010.
POL-NQS-001- Conjunto de Políticas Institucionais.
Portaria MS n°. 529 de 1º de abril 2013 – Programa Nacional de Segurança do Paciente.
Portaria MS n°. 44, de 10 de janeiro de 2001.

CÓPIA NÃO CONTROLADA

PRO-MNT-001- Serviços de Manutenção
PRT-NQS-001- Registro e Tratativa de ocorrencias e oportunidades de melhorias.
PRT-DOP-001- Protocolo de Identificação do Paciente
PRT-DOP-002- Protocolo de Higienização de Mãos
PRT-DOP-003- Protocolo de Comunicação Efetiva
PRT-DOP-004- Protocolo de Medicamentos de Alerta Alto
PRT-DOP-005- Protocolo de Prevenção de Queda
PRT-DOP-006- Protocolo de Cirurgia Segura
PRT-DOP-010- Protocolo de Exame Seguro
PRT-DOP-011 Protocolo Transporte Seguro
PRT-SECIH-002- Protocolo de Reprocessamento de Artigos Hospitalares
REG-GAD-006- Regimento Interno do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP).
ROT-DOP-005- Pit Stop- Parada Técnica de Alinhamento do Dia.
ROT-FAR-015- Rotina de Parecer Técnico para Padronização de Novos Produtos Médico-Hospitalares

4. DEFINIÇÃO

- **Boas práticas de funcionamento e serviço de saúde:** componentes da garantia da qualidade que asseguram que os serviços são ofertados com padrões de qualidade adequados.
- **Crachá:** documento de identificação que permite o controle de acesso, circulação e saída de pessoas do ambiente físico do hospital.
- **CRP:** Comissão de Revisão de Prontuários.

CÓPIA NÃO CONTROLADA

- **Cultura da segurança:** conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde.
- **Evento adverso (EA):** incidente que resulta em dano à saúde.
- **Gestão de risco:** aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional.
- **Hospital Dia:** é a assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial, para realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, que requeiram a permanência do paciente na unidade, por um período máximo de 12 horas. (Portaria nº. 44 Brasil/GM, MS, 2001).
- **IH:** Infecção Hospitalar.
- **Medidas de Barreiras:** são aquelas que visam reduzir, gerenciar ou confrontar a probabilidade de ocorrência no futuro dano ao paciente decorrente de um incidente. Essas ações podem ser praticadas ou reativas.
- **Núcleo de Segurança do Paciente (NSP):** instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente.
- **NQS:** Núcleo de Qualidade e Segurança;
- **Órtese:** é entendida como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico.

CÓPIA NÃO CONTROLADA

- **Prótese:** qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente em membro, órgão ou tecido.
- **Tecnologias em saúde:** conjunto de equipamentos, medicamentos, insumos e procedimentos utilizados na atenção à saúde, bem como os processos de trabalho, a infraestrutura e a organização do serviço de saúde.
- **Unidades Operacionais:** parte da estrutura da organização que administra com algum grau de autonomia os grupos de processos que suportam determinados recursos e geram resultados (Unidade de Internação), Unidade do Centro Cirúrgico, CME - Central de Material Esterilizado, Farmácia, Atendimento ao Paciente, Nutrição, SECIH – Serviços Especializado no Controle de Infecção Hospitalar, Higienização e SAME – Serviço de Arquivo Médico e Estatístico.

5. DESCRIÇAO DAS ATIVIDADES

O Itaigara Memorial é uma instituição de direito privado, com fins lucrativos, que tem por objetivo principal o atendimento em regime de hospital dia para realização de procedimento cirúrgico, diagnóstico e terapêutico. Presta atendimento aos pacientes portadores de planos de saúde e particulares.

O Itaigara Memorial conta com 03 unidades, sendo duas cirúrgicas e uma ambulatorial com prestação de procedimentos endoscópicos e colonoscópicos.

- A unidade Itaigara Memorial Hospital Dia localizada no Edf. Linus Pauling, no Itaigara, consta de 07 salas cirúrgicas, 01 unidade de CRPA com 04 leitos, 02 salas para procedimentos de pequenas cirurgias e 31 leitos. Com um atendimento anual de cerca de 15.000 cirurgias.

CÓPIA NÃO CONTROLADA

- A unidade Itaigara Memorial Hospital Dia localizada no Edf. Itaigara Memorial, no Itaigara, consta de 04 salas cirúrgicas, 01 unidade de CRPA com 03 leitos e 16 leitos. Com um atendimento anual de cerca de 1.300 cirurgias. Esta unidade foi inaugurada em maio de 2015.
- A unidade Itaigara Memorial Gastro-Hepato está localizada na Alameda das Espatódias, na Pituba, consta de 07 salas de exames, 01 unidade de CRPA com 07 leitos e 24 leitos. Com um atendimento anual de cerca de 20.000 procedimentos endoscópicos e colonoscópicos. Esta unidade foi inaugurada em agosto de 2014.
- A unidade Itaigara Memorial Clínica da Dor está localizada no Edf. Linus Pauling, 7º andar, no Itaigara, consta com sala de procedimentos com 12 leitos, 01 sala de fisioterapia e 06 consultórios médicos. Com capacidade instalada de 37.000 atendimentos/ ano (Consultas – 11.000/ ano e Procedimentos – 26.000/ ano).

Atendendo à RDC nº 36 de 25/07/2013, foi constituído Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), único, para as 03 unidades, através da Resolução da Superintendência nº 001 de 21/02/2014, revogando o item 1 da Resolução Nº 001, de 08 de novembro de 2010, quanto a composição dos membros do Comitê de Segurança do Paciente, passando a ser denominado de Núcleo de Segurança do Paciente (NSP). O NSP possui Regimento próprio, conforme “REG-GAD-006- Regimento Interno do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)”.

As principais competências do NSP:

- Promover ações para a gestão de risco no Itaigara Memorial.

- Desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no serviço de saúde.
- Promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas.
- Elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente do Itaigara Memorial.
- Acompanhar as ações vinculadas neste Plano de Segurança do Paciente.
- Estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes no Itaigara Memorial, através do Formulário “Matriz de Gestão de Risco” (anexo I).
- Desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade no Itaigara Memorial.
- Analisar, avaliar e monitorar os dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço do Itaigara Memorial.
- Compartilhar e divulgar à direção da Instituição e aos profissionais do Itaigara Memorial os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde.
- Manter sob sua guarda e disponibilizar à autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações de eventos adversos.
- Acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias.

As diretrizes, estratégias e o gerenciamento de risco do Itaigara Memorial para a Segurança do Paciente conforme RDC nº 36 de 25/07/2013, estão descritos do item 6.1 deste documento.

5.1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

A identificação do paciente é uma boa prática destinada a assegurar que o cuidado seja prestado à pessoa para qual se destina em qualquer ambiente da instituição.

Devemos garantir que o paciente seja corretamente identificado. Para isso, os profissionais envolvidos devem participar ativamente do processo de identificação, desde o cadastramento na recepção, na realização da consulta médica, consulta pré-operatória, na central de atendimento (marcação) e nas unidades que irão realizar os procedimentos.

A identificação deve ser feita por meio de pulseira de cor branca padronizada, utilizando dois identificadores: nome completo e data de nascimento, que deve ser colocada no Membro Superior Direito (MSD) do paciente, no momento do internamento. Todos os impressos que constam no prontuário deverão portar etiqueta de identificação do paciente, como também, devem apor nas solicitações de exames, laudos médicos e outras. Nos consultórios o segundo identificador padronizado é a foto do paciente.

O paciente e seus familiares são envolvidos no processo de identificação, explicando-os os propósitos dos dois identificadores, a obrigatoriedade do uso da pulseira durante toda a sua permanência no hospital e a conferência dos dados pela equipe, antes de qualquer procedimento. Todo o processo de identificação do paciente é regido de acordo com o “PRT-DOP-001-Protocolo de Identificação do Paciente”.

5.1.1 – Auditorias clínicas

O “PRT-DOP-001-Protocolo de Identificação do Paciente” é auditado anualmente, através de auditoria clínicas utilizando formulário específico “Checklist de auditoria do protocolo de identificação do paciente” (anexo XI), realizadas pelos membros do NQS.

5.1.2 – Indicadores de desempenho

Esse protocolo é acompanhado mensalmente através do indicador “Taxa de conformidade na identificação do paciente” com seus resultados analisados nas reuniões mensais do NSP.

5.1.3 – Possíveis Fatores de Risco e Medidas de Barreiras

Erros de identificação do paciente podem ocorrer desde a admissão até a alta do serviço, em todas as fases do diagnóstico e do tratamento. Podem acarretar sérias consequências para a segurança do paciente, como: erros de medicação, procedimentos realizados em pacientes errados e/ou em locais errados, em pacientes homônimos entre outros.

Alguns fatores podem potencializar os riscos na identificação do paciente como: estado de consciência do paciente, mudanças de leitos, setor ou profissional dentro da instituição e outras circunstâncias no ambiente.

As barreiras estabelecidas para a prevenção de Eventos Adversos quanto à identificação do paciente estão descritas no formulário “Matriz de Risco” de cada mapeamento de processo onde esta meta se aplica, conforme modelo do anexo I.

5.2 HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

A prática sustentada de Higienização das Mãos pelos profissionais de saúde no momento certo e na maneira correta é a medida mais segura, econômica e eficiente na prevenção e controle das infecções relacionadas à assistência à saúde. Devemos assegurar que os insumos básicos para higienização das mãos (sabão líquido, álcool gel 70% e papel toalha) sejam disponibilizados regularmente. Estimular profissionais, acompanhantes e pacientes a higienizar as mãos através de um sistema de comunicação efetiva, utilizando instrumentos como: folders distribuídos na consulta pré-anestésica, palestras e cartazes.

O Itaigara Memorial dispõe de “PRT-DOP-002- Protocolo de Higienização de Mãos”, onde estão estabelecidas condutas para a lavagem das mãos com água e sabão, aplicação do álcool gel 70% e antissepsia cirúrgica das mãos.

5.2.1 – Auditorias clínicas

Realizar auditoria de Higienização das Mãos, semestralmente, utilizando como método observação “in loco”, com aplicação de instrumento “Checklist de auditoria do Protocolo de Higienização das Mãos” (anexo XIV), para certificar o cumprimento das orientações de higiene das mãos.

Avaliação da prática da HM dos colaboradores da Enfermagem, realizado pela coordenadora/supervisora de enfermagem, semestralmente, a fim de avaliar o desempenho quanto a técnica de HM e os 5 momentos de HM.

5.2.2 – Indicadores de desempenho

Esse protocolo é acompanhado através do indicador e relatório da auditoria interna de HM: “Taxa de adesão ao protocolo de higienização das mãos”, por setor e consolidado e pelo relatório elaborado após a auditoria interna de HM, quanto a adesão a HM por categoria profissional e a adesão de HM nos 5 momentos” acompanhados semestralmente com seus resultados analisados pela CCIH e discutidos nas reuniões mensais do NSP.

5.2.3 – Medidas de Barreiras

As barreiras estabelecidas para a prevenção de Eventos Adversos quanto à identificação do paciente estão descritas no formulário “Matriz de Risco” de cada mapeamento de processo onde esta meta se aplica, conforme modelo do anexo I.

5.3 SEGURANÇA CIRÚRGICA

Segurança Cirúrgica constitui-se em um conjunto de regras estabelecidas com o objetivo de tornarem as intervenções cirúrgicas mais seguras para os pacientes, incluindo a aplicação da Lista de Verificação de Cirurgia Segura, desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde- OMS.

O protocolo de cirurgia segura será aplicado em todos locais em que sejam realizados procedimentos, quer terapêuticos, quer diagnósticos, que impliquem em incisão no corpo ou em introdução de equipamentos endoscópios, dentro ou fora do centro cirúrgico, por qualquer profissional de saúde.

A Lista de Verificação de Cirurgia Segura, trata-se de um *checklist* padrão, que deve ter uma abordagem prática e simples para ser seguido por toda a

equipe participante do ato operatório (cirurgiões, anestesiologistas, equipe de enfermagem, instrumentadores, fornecedores), sendo conduzido por um representante da equipe de enfermagem.

A Lista de Verificação de Cirurgia Segura deve ser realizada em três fases:

Fase 1- Antes da indução anestésica: Dados de Identificação;

Fase 2- Antes da incisão cirúrgica: Confirmação e *Time Out* – reconfirmação com equipe cirúrgica;

Fase 3- Antes da saída do paciente da sala cirúrgica: Registros

O Itaigara Memorial dispõe de "PRT-DOP-006- Protocolo de Cirurgia Segura", onde estão estabelecidas as medidas a serem implantadas para garantir a realização de procedimentos, no local correto, paciente correto e cirurgia correta. A Unidade de Gastro-hepato possui protocolo específico para a segurança dos procedimentos endoscópicos (endoscopia digestória alta e baixa) – "PRT-DOP-010- Protocolo de Exame Seguro", com a aplicação do formulário "Lista de Verificação de Exame Seguro".

A demarcação do sítio cirúrgico é de responsabilidade do cirurgião e/ou 1º/ 2º auxiliar, e deve ser feita antes do encaminhamento do paciente para o centro cirúrgico ou dentro da sala cirúrgica, com a participação do paciente que deve estar envolvido, acordado e consciente. Os procedimentos realizados na sala de pequena cirurgia, com anestesia local, serão demarcados dentro da sala.

O local da cirurgia deve ser marcado com o símbolo sinal de alvo (bola cheia), utilizando caneta demarcação específica.

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Para as cirurgias oftalmológicas o critério de segurança estabelecido será:

A enfermeira da unidade de internação realizará a pré-demarcação com o sinal de alvo na região frontal próximo ao olho que será operado para iniciar o preparo oftalmológico (dilatação). A confirmação da lateralidade será feita pelo cirurgião na primeira fase do checklist.

5.3.1 - Auditorias clínicas

O "PRT-DOP-006- Protocolo de Cirurgia Segura" e o "PRT-DOP-010- Protocolo de Exame Seguro" são auditados anualmente, através de auditoria clínicas utilizando formulário específico "Checklist de Auditoria Clínica do Protocolo de Cirurgia Segura" (anexo X), realizadas pelos membros do NQS. Além disso, semestralmente é realizada uma autoavaliação pelo próprio Centro Cirúrgico.

5.3.2 - Indicadores de desempenho

Esse protocolo é acompanhado mensalmente, através de indicador "Taxa de adesão da equipe cirúrgica aos padrões de cirurgia segura", com seus resultados analisados nas reuniões mensais do NSP.

5.3.3 - Possíveis Fatores de Risco e Medidas de Barreiras

Alguns fatores podem potencializar os riscos na Cirurgia Segura: falha na identificação, falta de participação ativa da equipe cirúrgica no momento da

CÓPIA NÃO CONTROLADA

condução do checklist, ausência de demarcação do sitio cirúrgico (lateralidade, estrutura múltiplas) e falta de padronização do símbolo.

As barreiras estabelecidas para a prevenção de Eventos Adversos quanto as Seguranças Cirúrgicas estão descritas no formulário "Matriz de Risco" dos mapeamentos de processos do Centro Cirúrgico (anexo I).

5.4. SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO, USO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

A maioria dos medicamentos possui uma margem terapêutica segura, porém uma quantidade pequena de fármacos classificados como Medicamentos de Alerta Alto, que são os Medicamentos de Alta Vigilância, os medicamentos com grafias e sons parecidos (*sound-alike)* e as ampolas semelhantes (*look-alike)*, tem risco inerente de lesar o paciente quando há falha no processo de utilização.

As consequências clínicas dos erros de medicação com Medicamentos de Alerta Alto no âmbito hospitalar podem ser mais significativas do que em regime ambulatorial, considerando-se a complexidade e a agressividade dos procedimentos terapêuticos adotados em hospitais. Um dos complicadores dos Medicamentos de Alerta Alto é o fato de que a maioria é administrada por via endovenosa, por este motivo expõe o paciente a um maior risco, pois os medicamentos atingem rapidamente a corrente sanguínea e podem levar a EA ocasionando danos irreparáveis à saúde do paciente, como lesões permanentes ou fatais.

O Itaigara Memorial dispõe de "PRT-DOP-004- Protocolo de Medicamentos de Alerta Alto", onde estão as medidas para minimizar ou prevenir ocorrências de EA no processo de administração dos Medicamentos de

Alerta Alto. Além disso, o Itaigara Memorial possui o "MAN-FAR-006- Manual de Segurança na Terapia Medicamentosa" onde estão definidas as diretrizes para o uso seguro de medicamentos e a descrição relacionada ao manuseio e administração dos medicamentos padronizados na instituição.

5.4.1 – Auditorias clínicas:

O "PRT-DOP-004- Protocolo de Medicamentos de Alerta Alto" é auditado semestralmente, através de auditoria clínicas utilizando formulário específico "Checklist de Visita Técnica Auditorias Farmacêuticas" (anexo XIII), realizadas pelos farmacêuticos do Itaigara Memorial.

5.4.2 – Indicadores de desempenho

Esse protocolo é acompanhado mensalmente através do indicador "Índice de erro de medicação" com seus resultados analisados nas reuniões mensais do NSP.

5.4.3 – Possíveis Fatores de Risco e Medidas de Barreiras

Um dos fatores de risco dos Medicamentos Alerta Alto é a falta de identificação e segregação destes medicamentos. Como a não diferenciação dos medicamentos com sons e embalagens parecidas. E a presença de eletrólitos concentrados (principalmente do cloreto de potássio) nas unidades de cuidado.

As barreiras estabelecidas para a prevenção de eventos adversos quanto ao armazenamento, uso e administração dos Medicamentos de Alerta Alto estão descritas no formulário "Matriz de Risco" dos mapeamentos de processos da farmácia (anexo I).

5.5 SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO, USO E ADMINISTRAÇÃO DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES

A administração intravenosa de sangue total ou hemocomponentes pode ser definida como a transferência de sangue e hemocomponentes de um indivíduo (doador) para outro (receptor). Está indicada para pacientes que sofreram perda sanguínea significante ou alterações hematológicas decorrentes de doenças ou procedimentos (ex.: choque, hemorragia, intervenções cirúrgicas, entre outros).

A transfusão só poderá ocorrer após a confirmação da identidade do paciente e sua compatibilidade com o produto (glóbulos vermelhos, plaquetas, fatores de coagulação, plasma fresco congelado, glóbulos brancos).

A administração deve limitar-se, sempre que possível, ao componente sanguíneo que o indivíduo necessita, pois, a administração do produto específico é mais segura e evita reações em decorrência da infusão de componentes desnecessários. Erros na administração de sangue total e hemocomponentes (hemoderivados) comprometem a segurança do paciente. Ver “ROT-UIN-029 -Rotina de Transfusão de Sangue”. O Banco de Sangue do Itaigara Memorial é terceirizado e segue avaliação e qualificação conforme “NOR-GAD-003-Avaliacao e Qualificação de Fornecedores Críticos”.

5.5.1 – Auditorias clínicas

Não se aplica auditoria clínica.

5.5.2 – Indicadores de desempenho

Esse protocolo não é acompanhado através de indicador.

5.5.3 – Possíveis Fatores de Risco e Medidas de Barreiras

As barreiras estabelecidas para a prevenção de eventos adversos quanto a prescrição, uso e administração de hemoderivados estão descritas nas ROT-UIN-029 -Rotina de Transfusão de Sangue”.

5.6 SEGURANÇA NO USO DE EQUIPAMENTOS E MATERIAIS MEDICOS HOSPITALARES

A qualidade é um fator importante a ser observado no planejamento de aquisição de equipamentos, pois está relacionada a tecnologia, a durabilidade, a assistência técnica e a manutenção. Dessa forma, consegue-se garantir segurança no processo: usuário e paciente.

Outro fator importante para garantir segurança ao paciente é a padronização dos equipamentos no qual serve para que os usuários se sintam mais seguros ao manuseá-los, evitando quebras indevidas e/ou erros operacionais.

Além da padronização dos equipamentos, a instituição precisa ter uma equipe técnica capacitada para realizar os atendimentos sempre que necessário. A equipe precisa ter ferramentas apropriadas e em alguns casos elas precisam estar calibradas e possuir rastreabilidade.

Para os equipamentos mais complexos, é fundamental que a instituição possua contratos de manutenções preventivas/corretivas, pois além dos equipamentos estarem com as manutenções programadas atualizadas, sempre que houver qualquer intercorrência, o atendimento será tratado a

caráter de urgência. Fazendo com o que o equipamento retorne em suas condições normais e gere o mínimo de impacto possível.

A decisão institucional de padronizar, nas unidades operacionais, os mesmos tipos de equipamentos médicos representam uma medida de segurança, pois a equipe terá capacidade de manusear os equipamentos com mais habilidade, a exemplo de bisturis elétricos, monitores multiparamétricos, torres de vídeo cirurgia, endoscopia, desfibriladores, aspiradores portáteis, aparelhos de anestesia, dentre outros. Além da padronização dos equipamentos, a Manutenção realiza treinamentos junto a área assistencial ao longo do ano, com o objetivo de fortalecer ainda mais boas práticas de manuseio, tirar dúvidas e englobar colaboradores que porventura tenham entrado recentemente na instituição.

Quando não for possível seguir com a padronização dos equipamentos, será necessário adotar o procedimento de Avaliação de Novas Tecnologias, a Manutenção avalia os requisitos técnicos: disponibilidade de peças no mercado, valor do contrato após garantia, assistência técnica local e instituições que possuem o equipamento, para consultas etc. Validando essa primeira etapa, é agendado reunião com o prestador de serviço e o setor que fará uso do equipamento, para apresentação e maiores esclarecimentos. Sempre que possível é solicitado equipamento a título de demonstração, a equipe é devidamente treinada e o prestador fica presente nos procedimentos, para possíveis dúvidas que possam vir a surgir. Durante o uso do equipamento, o setor utiliza o parecer de “Aquisição de Novas Tecnologias” validando o equipamento ou não.

Só após conclusão dessa etapa, que haverá evolução para aquisição do equipamento. Esse trabalho é de extrema importância, pois envolve equipe multi interdisciplinar, para que todos possam contribuir e quando o

equipamento chegar à instituição, seja bem aceito, evitando insatisfação, sub utilização, etc.

Além do processo de aquisição ser fundamental, a instituição precisa ter um plano de manutenção programada, conforme o “PRO-MNT-001- Serviços de Manutenção” baseado nas recomendações de cada fabricante. Esse plano tem o objetivo de aumentar a vida útil dos equipamentos e proporcionar ainda mais segurança na realização dos procedimentos.

Quando falamos em manutenção programada, cada equipamento possui sua especificidade. Podendo passar por inspeções qualitativas, calibrações, validações, verificações e/ou segurança elétrica, conforme “PRO-MNT-001- Serviços de Manutenção”.

Sabe-se que, por mais que haja o controle das manutenções periódicas, pode existir situação de parada de equipamento: seja por desgaste natural, erro operacional, mau uso etc.

Para situações emergenciais, os usuários são orientados a entrar em contato com a Manutenção via telefone. Para demais situações, os usuários registram aberturas de chamados técnicos via o sistema Neovero. Os atendimentos são identificados, conforme procedimento “PRO-MNT-001- Serviços de Manutenção” e atendidos por ordem de criticidade.

Os atendimentos podem ser realizados de imediato, com aplicação de peças ou através de assistência técnica a depender da situação.

A equipe da Manutenção procura sempre avaliar as causas dos atendimentos, para evitar novas ocorrências. Se após a avaliação técnica for identificado que o problema foi ocasionado por erro operacional ou mau uso, a Manutenção notifica o setor através de uma ocorrência administrativa com o objetivo educacional e após registro de ocorrência, a Manutenção aciona o

responsável pelo setor e agenda rodas de conversas/ treinamentos junto aos prestadores de serviços, para que possa minimizar esses danos.

Em qualquer momento do processo de utilização do equipamento, se houver suspeita de mau funcionamento, este não deverá ser utilizado novamente, até que seja verificado os processos de segurança da operação. Notificar para o serviço de manutenção, falha do produto, defeito de fabricação, mau funcionamento, instruções impróprias e inadequadas, através da solicitação via sistema Neovero da ordem de serviço, conforme instruções no "PRO-MNT-001- Serviços de Manutenção".

Os materiais médicos hospitalares são padronizados na instituição. A aquisição de novos produtos para a saúde, tem um fluxo próprio onde são testados e avaliados conforme "ROT-FAR-015- Rotina de Parecer Técnico para Padronização de Novos Produtos Médico-Hospitalares", antes da sua aprovação.

5.6.1 – Auditorias clínicas

Não se aplica auditoria clínica para este processo.

5.6.2 – Indicadores de desempenho

Os indicadores de "Taxa de cumprimento do programa de manutenção preventiva (interna)" e "Índice de manutenção corretiva ocasionada por mal-uso" são acompanhados pelo setor de manutenção mensalmente.

5.6.3 – Possíveis Fatores de Risco e Medidas de Barreiras

As barreiras estabelecidas para a prevenção de ocorrências estão descritas no formulário "Matriz de Risco" de cada mapeamento de processo onde esta meta se aplica, conforme modelo do anexo I.

5.7 MANTER REGISTROS ADEQUADOS DE ORTESES E PROTESES QUANDO ESTE PROCEDIMENTO FOR REALIZADO

O uso de órteses e próteses se tornou uma constante nas instituições hospitalares. O avanço da tecnologia relacionado a trazer materiais com diferentes matérias-primas e funcionalidades aumentou a responsabilidade no manuseio e processamento dos mesmos.

As Órteses e Próteses quando não adquiridas estéreis, são encaminhadas a Central de Material Esterilizado e sofrem todo o processo de reprocessamento conforme "PRT-SECIH-002- Protocolo de Reprocessamento de Artigos Hospitalares".

A aquisição e solicitação das Órteses e Próteses fica sobre a responsabilidade do setor de Suprimentos, conforme "ROT-SUP-002- Rotina de Recebimento de Produtos e Entrada no Sistema" o que conferem o registro ANVISA e a data de validade destes itens.

No centro cirúrgico o controle destes produtos para saúde se inicia durante a montagem da sala cirúrgica, antes de encaminhar o paciente para sala, na aplicabilidade da "Lista de Verificação de Cirurgias/Exame Seguro" e após procedimento quando o técnico de enfermagem anexa a nota de sala do fornecedor na nota de sala da farmácia, para conferência e evidência do uso. Ver "PRT-DOP-006- Protocolo para Cirurgia Segura" e "ROT-UCC-001- Rotina de Montagem de Sala Cirúrgica".

5.7.1 – Auditorias clínicas

Não se aplica

5.7.2 – Indicadores de desempenho

Não se aplica

5.7.3 – Possíveis Fatores de Risco e Medidas de Barreiras

As barreiras estabelecidas para a prevenção de Eventos Adversos estão descritas no formulário "Matriz de Risco" de cada mapeamento de processo onde esta meta se aplica, conforme modelo do anexo I.

5.8. PREVENÇÃO DE QUEDAS DOS PACIENTES

A queda pode ser definida como o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, provocada por circunstâncias multifatoriais que resultam ou não em dano. Considera-se queda quando o paciente é encontrado no chão ou quando, durante o deslocamento, necessita de amparo, ainda que não chegue ao chão.

O Itaigara Memorial possui o "PRT-DOP-005- Protocolo de Prevenção de Queda" que é aplicado nas áreas de cuidado assistencial, na realização de procedimentos terapêuticos e diagnósticos. Neste protocolo está incluso todos os ambientes onde os pacientes serão atendidos: consulta pré-operatória, salas cirúrgicas / exames, unidade de internação, sala de terapia infusional e clínica da dor.

Os pacientes são avaliados para o risco de queda pela enfermeira no momento da consulta pré de enfermagem, com exceção para os pacientes que não realizaram a consulta prévia, os quais serão avaliados no momento da admissão na unidade de internação.

Para avaliação do risco de queda, será empregado como instrumentos norteadores os seguintes formulários: "Escala de Morse", "Diagnóstico e

Intervenção de Enfermagem", "Diagnóstico e Intervenção de Enfermagem na Terapia Infusional", "Diagnóstico e Intervenção de Enfermagem na Clínica da Dor" e "Avaliação de Risco e Prescrição de Enfermagem", que atendem ao perfil dos pacientes do Itaigara Memorial e constam no "PRT-DOP-005-Protocolo de Prevenção de Queda".

Esta avaliação pode ser modificada na admissão, como também, no decorrer da permanência do paciente na instituição quando indicada por uma alteração da condição clínica ou pelo uso de medicamentos, dentre outros fatores.

O risco de queda pode ser inerente ao paciente, ambiente e organização.

Independente da classificação do risco de queda, a instituição adotará medidas gerais e específicas para reduzir a ocorrência e minimizar o dano dela decorrente.

5.8.1 – Auditorias clínicas

O "PRT-DOP-005- Protocolo de Prevenção de Queda" é auditado anualmente, através de auditoria clínicas utilizando formulário específico "Checklist de auditoria clínica-Protocolo Prevenção a Queda" (anexo XII), realizadas pelos membros do NQS.

5.8.2 – Indicadores de desempenho

Esse protocolo é acompanhado através do indicador "Taxa de queda de pacientes", que é mensurado mensalmente com seus resultados analisados nas reuniões mensais do NSP.

5.8.3 – Possíveis Fatores de Risco e Medidas de Barreiras

As barreiras estabelecidas para a prevenção de Eventos Adversos quanto à queda estarão descritas no formulário “Matriz de Risco”, conforme modelo do anexo I.

5.9 PREVENÇÃO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO

Devido ao perfil de Hospital Dia este item não se aplica ao Itaigara Memorial.

5.10 PREVENÇÃO E CONTROLE DE EVENTOS ADVERSOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE, INCLUINDO AS INFECÇÕES RELACIONADAS A ASSISTÊNCIA A SAÚDE

As infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) são hoje uma grande preocupação, e se tornaram problema de saúde pública em todo o mundo. O principal fator que contribui para a disseminação dessas infecções é a falta de adesão dos profissionais às Boas Práticas de Funcionamento de Serviços de Saúde. É indispensável que todos os profissionais envolvidos na assistência ao paciente, participem ativamente na prevenção e controle dessas infecções, a fim de evitar dano ao paciente. No Itaigara Memorial existem protocolos próprios escritos para: “NOR-SECIH-004- Medidas preventivas de Infecção do Sítio Cirúrgico", “MAN-SECIH-001- Mini Manual Prevenção da Infecção do Sitio Cirúrgico”, “PRT-SECIH-001- Protocolo de Prevenção da Exposição Biológica dos Profissionais de Saúde” e o Mini Manual de Antibioticoprofilaxia em Cirurgia (anexo IX).

No Itaigara Memorial Gastro Hepato os eventos adversos associados com os procedimentos endoscópicos são monitorados. Esses eventos são

reportados por meio de relatórios, com descrição do percentual mensal e descrição dos eventos adversos mais frequentes.

5.10.1 – Auditorias clínicas

Não se aplica auditoria clínica para esta meta, pois o SECIH realiza o sistema de vigilância das Infecções Relacionados aos Procedimentos através de busca ativa conforme descrito na “ROT-SECIH-005- Sistema de Vigilância das Infecções Relacionados aos Procedimentos” e “ROT-SECIH-006- Passos para contato telefônico após alta pacientes operados IMHD”, onde são levantados os casos de Infecção Hospitalar e Infecção do Sítio Cirúrgico (ISC).

5.10.2 – Indicadores de desempenho

As infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) e eventos adversos relacionados aos procedimentos endoscópicos são acompanhadas por meio de “Incidência de Infecção do Sítio Cirúrgico (ISC) em cirurgia limpa” e “Incidência de Infecção do Sítio Cirúrgico (ISC)” e divulgadas, através do Relatório de Infecção Hospitalar mensal e Boletins do IMGH, também discutidos nas reuniões mensais do NSP.

5.10.3 – Possíveis Fatores de Risco e Medidas de Barreiras

As barreiras estabelecidas para a prevenção de Eventos Adversos quanto à IH estarão descritas no formulário “Matriz de Risco”, conforme modelo do anexo I.

5.11 SEGURANÇA NAS TERAPIAS NUTRICIONAIS ENTERAL E PARENTERAL

Devido ao perfil de Hospital Dia este item não se aplica ao Itaigara Memorial.

5.12 COMUNICAÇÃO EFETIVA ENTRE OS PROFISSIONAIS DO SERVIÇO DE SAÚDE

A comunicação efetiva é essencial, tanto dentro de uma equipe individual quanto entre equipes, para garantir a chegada da informação que necessita o paciente e o pessoal de saúde, para prover cuidados seguros e contínuos. Essa comunicação deve ser oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade e compreendida por todos. Segundo a OMS os erros de comunicação são considerados uma das principais causas de danos não intencionais ao paciente e a sua efetividade resulta na melhoria da segurança do paciente. Visando melhorar a eficácia na comunicação a instituição definiu processos que são norteados pela aplicabilidade de ferramentas de comunicação:

a) *Read back* ou método de ler de volta:

Metodologia de comunicação na qual o receptor se compromete a escrever o que o emissor transmite, para realizar a verificação e encerramento da comunicação.

Aplicabilidade:

- Administração de medicamentos: apenas são permitidas em situações de emergência e durante o transoperatório.
- Resultados Críticos: exames de diagnóstico, pessoalmente ou por telefone após deverá ser realizada a anotação em prontuário.

b) SBAR:

Ferramenta de comunicação estruturada e utilizada para padronizar a transferência de informações entre os profissionais, onde cada letra é um segmento da comunicação (S: situação, B: história prévia, A: avaliação, R: recomendação):

Aplicabilidade:

- Transição do Cuidado: transferências intra-hospitalar e inter-hospitalar.
- Passagem de plantão: realizada nos intervalos e/ou no final da jornada de trabalho.

c) Comunicação Escrita: Deve ser feita de forma clara, completa, concisa, com letra legível e a tempo, por toda equipe multiprofissional, em todo o instrumento de comunicação escrita utilizado na instituição como por exemplo no prontuário do paciente, manuais de orientação pré e pós-operatórios e folders informativo.

d) Pit-Stop: parada técnica, diária, em que a equipe multidisciplinar alinha os principais pontos referentes aos cuidados do dia.

5.12.1 – Auditorias clínicas

O “PRT-DOP-003- Protocolo Comunicação Efetiva” é auditado anualmente, através de auditoria clínicas utilizando formulário específico “Checklist de Auditoria Clínica do Protocolo de Comunicação Efetiva” (anexo XV), realizadas pelos membros do NQS.

5.12.2 – Indicadores de desempenho

Acompanhado mensalmente, pelo CRP, o indicador “Taxa de conformidade dos registros em prontuários analisados.”

5.12.3 – Possíveis Fatores de Risco e Medidas de Barreiras

Os principais fatores que podem potencializar os riscos de uma comunicação efetiva são: Má escuta, linguagem, ruídos, distrações, fadiga e stress. Todo o processo de Comunicação Efetiva é regido de acordo com o “PRT-DOP-003-Protocolo de Comunicação Efetiva”.

As barreiras estabelecidas para a prevenção de Eventos Adversos quanto as comunicações efetivas estão descritas no formulário “Matriz de Risco” de cada mapeamento de processo onde esta meta se aplica, conforme modelo do anexo I.

5.13 ESTIMULAR A PARTICIPAÇÃO DO PACIENTE E DOS FAMILIARES NA ASSISTÊNCIA PRESTADA

A instituição tem a finalidade de educar os pacientes, familiares e / acompanhantes fortalecendo o conhecimento sobre a promoção da saúde ou processo de doença. A educação pacientes, familiares e /ou acompanhantes tem como proposito assegurar a continuidade do cuidado, promover a adesão aos planos de tratamento, envolver ativamente a participação no cuidado visando uma assistência livre de riscos.

O engajamento do paciente, familiares e/ou acompanhante no processo do cuidado é um desafio para a equipe multiprofissional, tendo em vista as diferenças entre estes quanto a idade, cultura, etnia, religião e também pelo nível de entendimento do paciente para absorver as orientações.

As orientações aos pacientes se inicia na consulta de enfermagem Pré-Operatória, onde as enfermeiras aplicam a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE, através da aplicação do Histórico de Enfermagem, quando determina as necessidades e o grau de entendimento do paciente, através da técnica de repetir a informação dada ou “Pergunte-me 03 situações”, para a aplicação do processo educativo. Como forma de otimizar o processo de aprendizagem são disponibilizados folhetos e cartilhas para facilitar a absorção, tais como: Manual de Orientação Pré-Operatória, o folheto “Você Sabe porque Precisa Fazer o Jejum?” (anexo V) e Folder de “Paciente sua Segurança também depende de Você - Confira as 07 maneiras de colaborar” (anexo VIII).

Neste processo os pacientes são orientados quanto:

Período Pré-procedimento:

- Protocolo de Identificação do Paciente em relação a necessidade da conferência dos dados da pulseira de identificação em todos os momentos da assistência prestada.
- Protocolo de Prevenção a Queda quando são classificados com risco de queda e entregue a cartilha “Dicas para Prevenir o Risco de Queda” (anexo III).
- Cartilha de Direitos e Deveres do Paciente afixada nas acomodações (anexo IV).
- Importância da participação do paciente e família no autocuidado através do Folder Confira as 07 maneiras de colaborar (anexo VIII).
- Regulamento Interno para Pacientes e Acompanhantes.
- “Termo de Ciência e Consentimento para a Anestesia, Sedação ou

Acompanhamento do Anestesista" e "Termo de Ciência e Consentimento para procedimento".

Período Pós-procedimento:

As orientações são fornecidas de forma verbal e escritas através do Manual de Orientações de Cirurgia pelas enfermeiras assistenciais.

5.13.1 – Auditorias clínicas

Não se aplica auditoria clínica para este processo.

5.13.2 – Indicadores de desempenho

É acompanhado mensalmente, através de indicadores, com seus resultados analisados nas reuniões mensais da Diretoria de Assistência e nas reuniões de coordenação com a superintendência.

5.13.3 – Possíveis Fatores de Risco e Medidas de Barreiras

Os principais fatores que podem potencializar os riscos de não cumprimento das orientações fornecidas são: comunicação deficiente, erro no preenchimento do Manual de Orientação Pré-operatória, não absorção das orientações dadas pelo paciente, familiares/acompanhantes.

As barreiras estabelecidas para a prevenção de Eventos Adversos quanto ao processo educativo dos pacientes, familiares e/ acompanhantes estão descritas no formulário "Matriz de Risco" de cada mapeamento de processo onde este processo se aplica, conforme modelo do anexo I.

CÓPIA NÃO CONTROLADA

5.14 PROMOÇÃO DE AMBIENTE SEGURO

A higiene hospitalar é um componente importante que deve entregar as estratégias para prevenção das IRAS, proporcionando um ambiente limpo, organizado, seguro e confortável visando o bem-estar do paciente e da equipe de saúde. O ambiente é apontado como importante reservatório de microrganismos nos serviços de saúde, especialmente com superfícies limpas, com redução da carga contaminante evita a disseminação de microrganismos e ajuda a romper a cadeia epidemiológica das infecções.

O controle de acesso ao hospital tem a finalidade de normatizar e disciplinar os procedimentos para um efetivo controle de entrada, circulação e saída. O acesso de pessoas às dependências internas, somente poderá ocorrer após sua identificação nas recepções, realizado através "PRT-ACL-001- Protocolo de Controle de Acesso". A identificação dos colaboradores é uma obrigatoriedade, devendo ser feita através do uso contínuo do crachá, conforme descrito no "PRT-ROU-002 - Gerenciamento de Uniforme". Tal conduta visa garantir ao paciente conhecer as pessoas responsáveis direta e indiretamente por seu tratamento.

5.14.1 – Auditorias clínicas

Não se aplica auditoria clínica para este processo.

5.14.2 – Indicadores de desempenho

Não se aplica para este processo.

CÓPIA NÃO CONTROLADA

5.14.3 – Possíveis Fatores de Risco e Medidas de Barreiras

As barreiras estabelecidas para a prevenção de Eventos Adversos quanto ao processo educativo dos pacientes, familiares e/ acompanhantes estão descritas no formulário "Matriz de Risco" de cada mapeamento de processo onde este processo se aplica, conforme modelo do anexo I.

5.15 - IDENTIFICAÇÃO, ANÁLISE, AVALIAÇÃO, MONITORAMENTO E COMUNICAÇÃO DOS RISCOS NO SERVIÇO DE SAÚDE, DE FORMA SISTEMÁTICA

O Itaigara Memorial tem um sistema de notificação de incidentes consolidado. Cerca de 80% das ocorrências recebidas referem-se a quebra de processos, *near miss* ou circunstâncias de risco o que reflete a maturidade dos colaboradores no processo de notificação. Estas notificações permitem identificar os principais riscos que envolvem todos os processos de trabalho.

A análise das ocorrências é realizada em 100% dos casos pelas lideranças das áreas e realizado *feedback* ao notificador.

A investigação do incidente é obrigatória quando ocorre dano classificado como grave, moderado e óbito ou para as ocorrências que possuem classificação na matriz de risco como "alto" (amarelo) ou "muito alto" (vermelho) também deverão ser investigadas.

A ferramenta da qualidade padronizada para identificação de causa raiz dos incidentes é o Diagrama de Ishikawa, utilizado através do formulário "Analise de Eventos- Diagrama de Ishikawa- Causa e Efeito" (anexo VI) e na investigação de incidentes a ferramenta padronizada é o Protocolo de

Londres, através do formulário "Relatório de Investigação Interna de Acidentes" (anexo VII).

A construção da matriz de risco de cada processo, é elaborada considerando os possíveis riscos e também utilizando como base a tabela de ocorrências do ano vigente. A ferramenta utilizada na construção da matriz de risco é uma adaptação do FMEA, através do formulário "Matriz de Gestão de Risco" (anexo I).

O desenvolvimento/treinamento das lideranças para construção da matriz de risco, contemplou o processo de identificação do risco, análise, avaliação, investigação, monitoramento e comunicação.

5.15.1 – Auditorias clínicas

As auditorias desta meta são realizadas em conjunto com as auditorias internas, onde os colaboradores das áreas são abordados em relação ao conhecimento dos riscos inerentes aos seus processos, barreiras para evita-los e quais contingências deverão ser utilizadas caso o risco aconteça.

5.15.2 – Indicadores de desempenho

Os indicadores são monitorados mensalmente pelo setor de Qualidade e divulgados em reuniões de lideranças.

5.15.3 – Possíveis Fatores de Risco e Medidas de Barreiras

Por mais que um sistema de notificação de ocorrências seja consolidado e instituído há anos se conhece que somente cerca de 10% dos incidentes são notificados. O maior risco deste processo é a subnotificação, causada pelo medo de notificar, de não saber o que notificar ou como notificar. Diversos

treinamentos e orientações com as áreas são desenvolvidos durante todo o ano fortalecendo a necessidade e importância da notificação.

Além disso, o outro risco é a não investigação dos incidentes ocorridos ou o não cumprimento do prazo da investigação. Todo o sistema de notificação visa o conhecimento dos riscos e deste conhecimento criar barreiras e melhorar os processos. Se o risco acontece e ele ou não é investigado, ou é investigado de forma não ideal (superficial ou com conflitos de interesses) ou se demora muito o processo de retroalimentação da melhoria contínua o risco pode acontecer novamente e causar um incidente.

Diversas estratégias são utilizadas para que as investigações ocorram da forma correta e dentro do prazo, conforme pode ser verificado no Programa de Ação do NSP.

5.16 - INTEGRAR OS DIFERENTES PROCESSOS DE GESTÃO DE RISCO DESENVOLVIDOS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O Itaigara Memorial realiza a gestão por processos para busca de eficiência e eficácia nos conjuntos de atividades que formam a cadeia de agregação de valor para os clientes e demais partes interessadas. Existe uma cadeia de valor definida e seu gerenciamento é organizacional, através de um conjunto de atividades inter-relacionadas, alinhadas à missão, visão e os princípios da instituição. Objetivando a tomada de decisão e a execução de ações com base na medição e análise do desempenho, considerando as informações disponíveis e os riscos identificados.

Todos os processos foram mapeados baseados na ferramenta SIPOC e em cada etapa foram identificados os riscos conforme informado no item 5.15 deste documento.

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Todos os processos são gerenciados através de indicadores de desempenho e todos possuem indicadores de estrutura, processo e resultados definidos. Além disso, também são gerenciados através da análise do cumprimento dos acordos entre eles, quando um acordo não é cumprido o mesmo precisa ser notificado e analisado o motivo do seu descumprimento.

5.16.1 – Auditorias clínicas

As auditorias desta meta são realizadas em conjunto com as auditorias internas, onde os colaboradores das áreas são abordados em relação ao conhecimento dos riscos inerentes aos seus processos, barreiras para evita-los e quais contingências deverão ser utilizadas caso o risco aconteça.

5.16.2 – Indicadores de desempenho

É mensurado o quantitativo de descumprimento de acordos entre os processos.

5.16.3 – Possíveis Fatores de Risco e Medidas de Barreiras

Os principais fatores de risco é não revisão periódica dos acordos entre os processos e da subnotificação dos descumprimentos deles.

Diversas estratégias são utilizadas para que as revisões e as notificações ocorram em todas as áreas, conforme pode ser verificado no Programa de Ação do NSP.

CÓPIA NÃO CONTROLADA

6. QUADRO DE REGISTROS

Descrição do Registro	Armazenamento	Recuperação (acesso)	Tempo de Guarda	Descarte
Matriz de Risco	Os documentos aprovados (originais) encontram-se na pasta de documentos originais e uma cópia está disponibilizada nas unidades	Por mapeamento de processo	Indeter-minado	Triturar
Relatório de Investigação Interna de Acidentes (anexo XII)	Sistema GEOQ, anexado ao registro da ocorrência	Pela data da ocorrência	Indeter-minado	N/A
Checklist de Auditoria do Protocolo de Cirurgia Segura (anexo X)	Digitalizado na pasta da rede, em: S:\16. Orientações da Qualidade\Comissões \NSP\Auditoria\	Ordem cronológica	Indeter-minado	N/A
Checklist de Auditoria do Protocolo de Identificação do Paciente				

Checklist de auditoria clínica-Protocolo Prevenção a Queda	Digitalizado na pasta da rede, em: S:\16. Orientações da Qualidade\Comissões \NSP\Auditoria\	Ordem cronológica	Indeter-minado	N/A
Checklist de Visita Técnica Auditorias Farmacêuticas				
Checklist de auditoria do Protocolo de Higienização das Mãos				
Checklist de Auditoria Clínica do Protocolo de Comunicação Efetiva				

7. ANEXOS

Anexo I- Matriz de Gestão de Risco

Anexo II- Mini Manual de Antibioticoprofilaxia em Cirurgia

Anexo III- Cartilha “Dicas para Prevenir o Risco de Queda”

Anexo IV- Cartilha de Direitos e Deveres do Paciente

Anexo V- Folder “Você Sabe porque Precisa Fazer o Jejum?”

Anexo VI- Analise de Eventos- Diagrama de Ishikawa- Causa e Efeito

Anexo VII- Relatório de Investigação Interna de Acidentes

Anexo VIII- Paciente sua Segurança também depende de Você - Confira as 07 maneiras de colaborar

Anexo IX- Mini Manual Prevenção da Infecção do Sitio Cirúrgico

Anexo X- Checklist de Auditoria Clínica- do Protocolo de Cirurgia Segura

Anexo XI - Checklist de Auditoria Clínica- do Protocolo de Identificação do Paciente

Anexo XII- Checklist de Auditoria Clínica- -Protocolo Prevenção a Queda

Anexo XIII- Checklist de Visita Técnica Auditorias Farmacêuticas

Anexo XIV- Checklist de Auditoria Clínica- do Protocolo de Higienização das Mãos

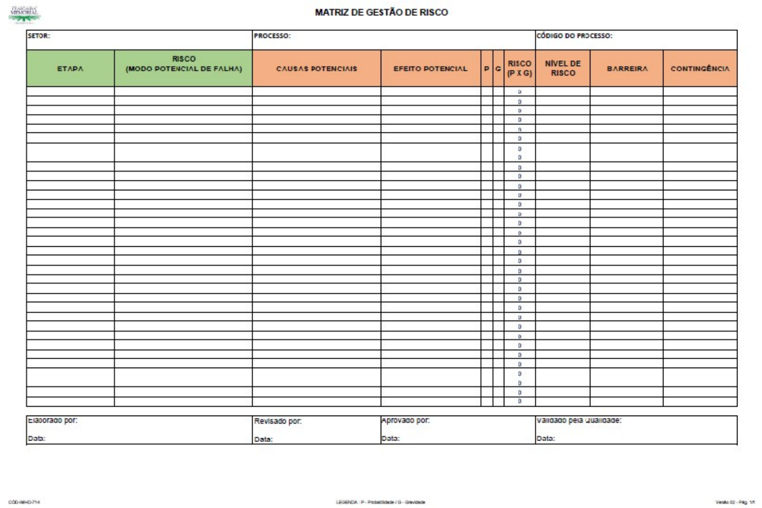
Anexo XV- Checklist de Auditoria Clínica do Protocolo de Comunicação Efetiva

8. ELABORAÇÃO / REVISÃO/ APROVAÇÃO

Elaborado por	Revisado por	Aprovado por
Christiane Koester Coordenadora da Qualidade	Camila Bomfim Superv. de Hotelaria Christiane Koester Coord. da Qualidade Damares Luna Coord. Atendimento ao Cliente	Tânia Chagas Diretora de Assistência

	Diana Rebouças Coord. CC Fernanda Santos Superv. de Enfermagem Licia Ligia Enfermeira SECIH Manuela Moura Superv. de Manutenção Marcia Gabrielli Superv. da Farmácia Maria de Fatima Ribeiro Coord. de Internação Miriam Barreto Coord. Gastro Hepato	
Data: 17/02/2014	Data: 13/06/2023	Data: 28/06/2023
Vigência: 01 ano a partir da data de aprovação		**Vigência:** 28/06/2024

Anexo I- Matriz de Gestão de Risco

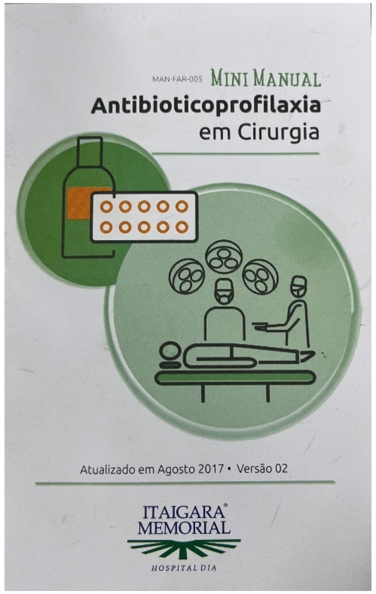


MATRIZ DE GESTÃO DE RISCO

SETOR:		PROCESSO:					CÓDIGO DO PROCESSO:		
ETAPA	RISCO (MODO POTENCIAL DE FALHA)	CAUSAS POTENCIAIS	EFEITO POTENCIAL	P	G	RISCO (P X G)	NÍVEL DE RISCO	BARREIRA	CONTINGÊNCIA
						0			
						0			
						0			
						0			
						0			
						0			
						0			
						0			
						0			
						0			
						0			
						0			
						0			
						0			
						0			
						0			
						0			
						0			
						0			
						0			
						0			
						0			
						0			
						0			
						0			
						0			
						0			
						0			
						0			
						0			
						0			
						0			
						0			
						0			

Elaborado por: Data:	Revisado por: Data:	Aprovado por: Data:	Validado pela Qualidade: Data:

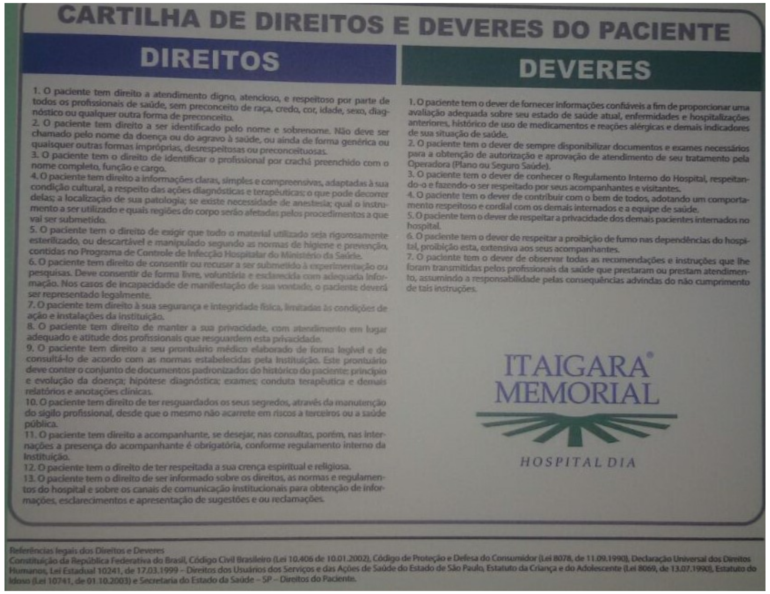
Anexo II- Mini Manual de Antibioticoprofilaxia em Cirurgia



CÓPIA NÃO CONTROLADA

Anexo III- Cartilha “Dicas para Prevenir o Risco de Queda”

Anexo IV- Cartilha de Direitos e Deveres do Paciente



CARTILHA DE DIREITOS E DEVERES DO PACIENTE

DIREITOS

1. O paciente tem direito a atendimento digno, atencioso, e respeitoso por parte de todos os profissionais de saúde, sem preconceito de raça, credo, cor, idade, sexo, diagnóstico ou qualquer outra forma de preconceito.
2. O paciente tem direito a ser identificado pelo nome e sobrenome. Não deve ser chamado pelo nome da doença ou do agravo à saúde, ou ainda de forma genérica ou quaisquer outras formas impróprias, desrespeitosas ou preconceituosas.
3. O paciente tem o direito de identificar o profissional por crachá preenchido com o nome completo, função e cargo.
4. O paciente tem direito a informações claras, simples e compreensivas, adaptadas à sua condição cultural, a respeito das ações diagnósticas e terapêuticas; o que pode decorrer delas; a localização de sua patologia; se existe necessidade de anestesia; qual o instrumento a ser utilizado e quais regiões do corpo serão afetadas pelos procedimentos a que vai ser submetido.
5. O paciente tem o direito de exigir que todo o material utilizado seja rigorosamente esterilizado, ou descartável e manipulado segundo as normas de higiene e prevenção, contidas no Programa de Controle de Infecção Hospitalar do Ministério da Saúde.
6. O paciente tem direito de consentir ou recusar a ser submetido à experimentação ou pesquisas. Deve consentir de forma livre, voluntária e esclarecida com adequada informação. Nos casos de incapacidade de manifestação de sua vontade, o paciente deverá ser representado legalmente.
7. O paciente tem direito à sua segurança e integridade física, limitadas às condições de ação e instalações da instituição.
8. O paciente tem direito de manter a sua privacidade, com atendimento em lugar adequado e atitude dos profissionais que resguardem esta privacidade.
9. O paciente tem direito a seu prontuário médico elaborado de forma legível e de consultá-lo de acordo com as normas estabelecidas pela Instituição. Este prontuário deve conter o conjunto de documentos padronizados do histórico do paciente; princípio e evolução da doença; hipótese diagnóstica; exames; conduta terapêutica e demais relatórios e anotações clínicas.
10. O paciente tem direito de ter resguardados os seus segredos, através da manutenção do sigilo profissional, desde que o mesmo não acarrete em riscos a terceiros ou a saúde pública.
11. O paciente tem direito a acompanhante, se desejar, nas consultas, porém, nas internações a presença do acompanhante é obrigatória, conforme regulamento interno da Instituição.
12. O paciente tem o direito de ter respeitada a sua crença espiritual e religiosa.
13. O paciente tem o direito de ser informado sobre os direitos, as normas e regulamentos do hospital e sobre os canais de comunicação institucionais para obtenção de informações, esclarecimentos e apresentação de sugestões e ou reclamações.

DEVERES

1. O paciente tem o dever de fornecer informações confiáveis a fim de proporcionar uma avaliação adequada sobre seu estado de saúde atual, enfermidades e hospitalizações anteriores, histórico de uso de medicamentos e reações alérgicas e demais indicadores de sua situação de saúde.
2. O paciente tem o dever de sempre disponibilizar documentos e exames necessários para a obtenção de autorização e aprovação de atendimento de seu tratamento pela Operadora (Plano ou Seguro Saúde).
3. O paciente tem o dever de conhecer o Regulamento Interno do Hospital, respeitando-o e fazendo-o ser respeitado por seus acompanhantes e visitantes.
4. O paciente tem o dever de contribuir com o bem de todos, adotando um comportamento respeitoso e cordial com os demais internados e a equipe de saúde.
5. O paciente tem o dever de respeitar a privacidade dos demais pacientes internados no hospital.
6. O paciente tem o dever de respeitar a proibição de fumo nas dependências do hospital, proibição esta, extensiva aos seus acompanhantes.
7. O paciente tem o dever de observar todas as recomendações e instruções que lhe foram transmitidas pelos profissionais da saúde que prestaram ou prestam atendimento, assumindo a responsabilidade pelas consequências advindas do não cumprimento de tais instruções.

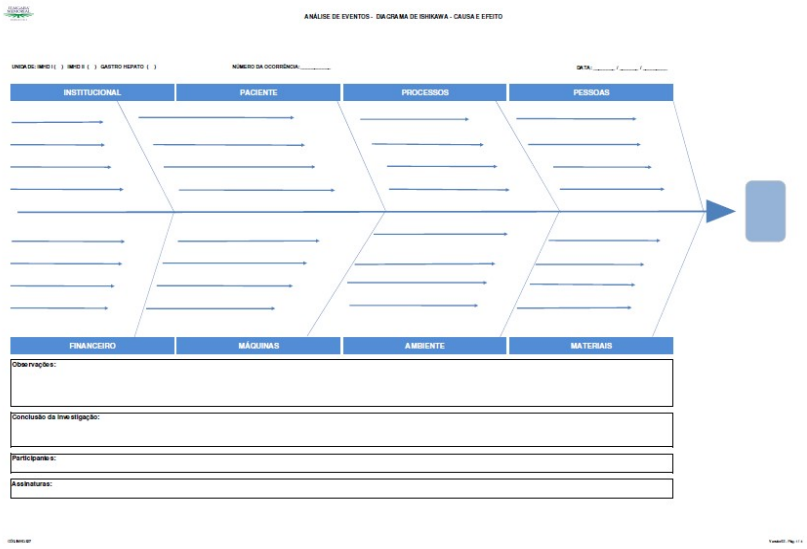
ITAIGARA® MEMORIAL
HOSPITAL DIA

Referências legais dos Direitos e Deveres
Constituição da República Federativa do Brasil, Código Civil Brasileiro (Lei 10.406 de 10.01.2002), Código de Proteção e Defesa do Consumidor (Lei 8078, de 11.09.1990), Declaração Universal dos Direitos Humanos, Lei Estadual 10241, de 17.03.1999 – Direitos dos Usuários dos Serviços e das Ações de Saúde do Estado de São Paulo, Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8069, de 13.07.1990), Estatuto do Idoso (Lei 10741, de 01.10.2003) e Secretaria do Estado da Saúde – SP – Direitos do Paciente.

CÓPIA NÃO CONTROLADA

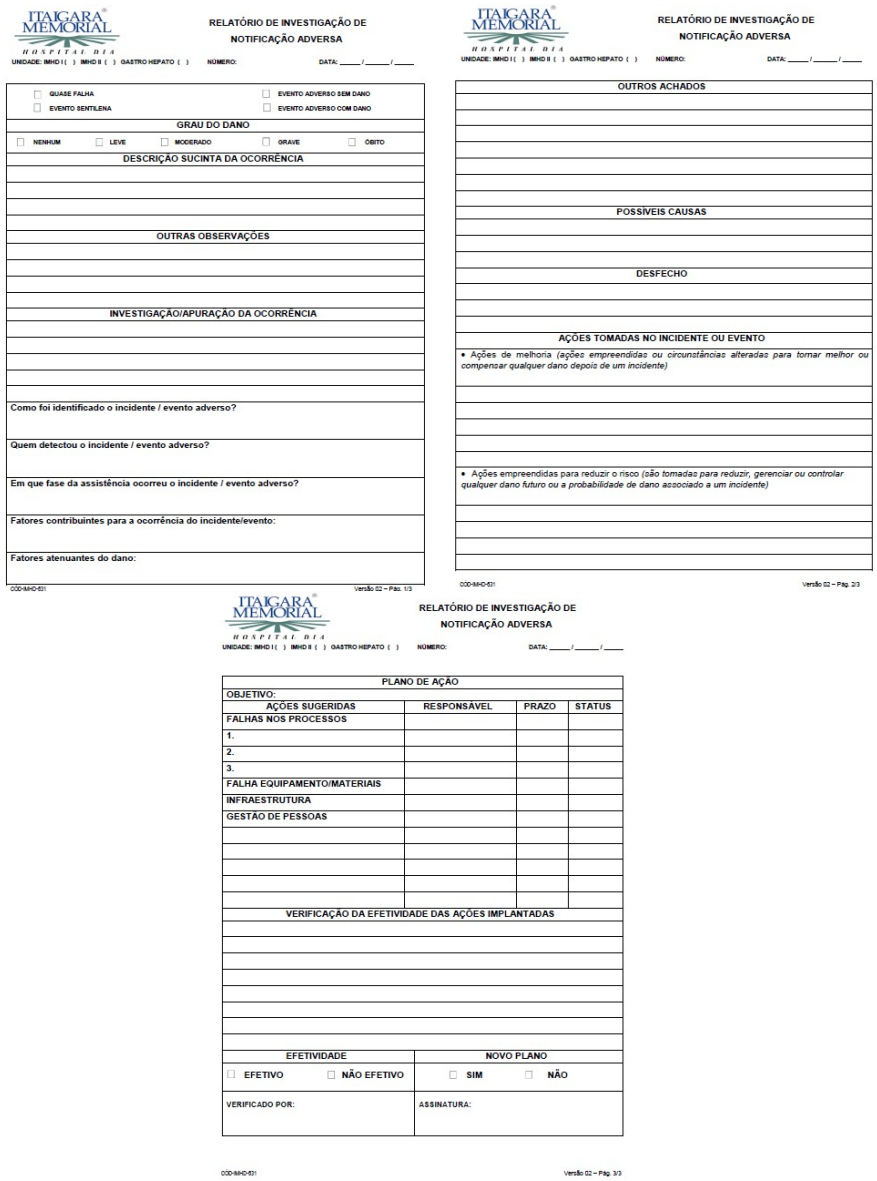
Anexo V- Folder “Você Sabe porque Precisa Fazer o Jejum?”

Anexo VI- Analise de Eventos- Diagrama de Ishikawa- Causa e Efeito



CÓPIA NÃO CONTROLADA

Anexo VII- Relatório de Investigação de Notificação Adversa



ITAIGARA MEMORIAL HOSPITAL DIA

RELATÓRIO DE INVESTIGAÇÃO DE NOTIFICAÇÃO ADVERSA

UNIDADE: IMHD I ( ) IMHD II ( ) GASTRO HEPATO ( ) NÚMERO: DATA: ____/____/____

☐ QUASE FALHA ☐ EVENTO ADVERSO SEM DANO
☐ EVENTO SENTINELA ☐ EVENTO ADVERSO COM DANO

GRAU DO DANO

☐ NENHUM ☐ LEVE ☐ MODERADO ☐ GRAVE ☐ ÓBITO

DESCRIÇÃO SUCINTA DA OCORRÊNCIA

OUTRAS OBSERVAÇÕES

INVESTIGAÇÃO/APURAÇÃO DA OCORRÊNCIA

Como foi identificado o incidente / evento adverso?

Quem detectou o incidente / evento adverso?

Em que fase da assistência ocorreu o incidente / evento adverso?

Fatores contribuintes para a ocorrência do incidente/evento:

Fatores atenuantes do dano:

COD-IMHD-531 Versão 02 – Pág. 1/3

ITAIGARA MEMORIAL HOSPITAL DIA

RELATÓRIO DE INVESTIGAÇÃO DE NOTIFICAÇÃO ADVERSA

UNIDADE: IMHD I ( ) IMHD II ( ) GASTRO HEPATO ( ) NÚMERO: DATA: ____/____/____

OUTROS ACHADOS

POSSÍVEIS CAUSAS

DESFECHO

AÇÕES TOMADAS NO INCIDENTE OU EVENTO

- Ações de melhoria *(ações empreendidas ou circunstâncias alteradas para tornar melhor ou compensar qualquer dano depois de um incidente)*
- Ações empreendidas para reduzir o risco *(são tomadas para reduzir, gerenciar ou controlar qualquer dano futuro ou a probabilidade de dano associado a um incidente)*

COD-IMHD-531 Versão 02 – Pág. 2/3

ITAIGARA MEMORIAL HOSPITAL DIA

RELATÓRIO DE INVESTIGAÇÃO DE NOTIFICAÇÃO ADVERSA

UNIDADE: IMHD I ( ) IMHD II ( ) GASTRO HEPATO ( ) NÚMERO: DATA: ____/____/____

PLANO DE AÇÃO

OBJETIVO:

AÇÕES SUGERIDAS	RESPONSÁVEL	PRAZO	STATUS
FALHAS NOS PROCESSOS			
1.			
2.			
3.			
FALHA EQUIPAMENTO/MATERIAIS			
INFRAESTRUTURA			
GESTÃO DE PESSOAS			

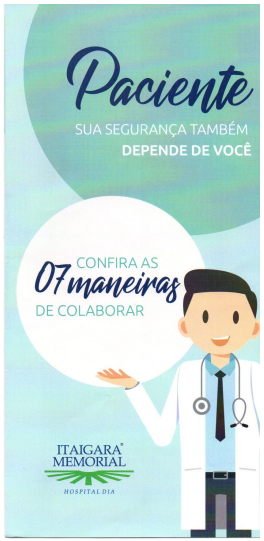
VERIFICAÇÃO DA EFETIVIDADE DAS AÇÕES IMPLANTADAS

EFETIVIDADE	NOVO PLANO
☐ EFETIVO ☐ NÃO EFETIVO	☐ SIM ☐ NÃO
VERIFICADO POR:	ASSINATURA:

COD-IMHD-531 Versão 02 – Pág. 3/3

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Anexo VIII- Paciente sua Segurança também depende de Você - Confira as 07 maneiras de colaborar



Anexo IX- Mini Manual Prevenção da Infecção do Sitio Cirúrgico

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Anexo X- Checklist de Auditoria Clínica- do Protocolo de Cirurgia Segura

ITAIGARA MEMORIAL HOSPITAL DIA

CHECKLIST DE AUDITORIA CLÍNICA
DO PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

UNIDADE: HD I ( ) HD II ( ) DATA DA AUDITORIA: _____/_____/_____

MOMENTO 1

AUDITORIA DO PRONTUÁRIO	C	NC	PC	N/A	ORIENTAÇÕES
Prontuário com a presença dos TCLE de cirurgia, anestesia com as respectivas assinaturas e a do paciente?					
Sinalizado em prontuário: a) Alergias, b) comorbidades, c) lateralidade, d) lesões de pele, e) próteses e f) adereços removidos?					Verificar Histórico de Enfermagem e Diagnóstico e intervenção de enfermagem pré-operatória
Sinalizado a demarcação do sítio cirúrgico?					Verificar Lista de Verificação de Cirurgia Segura (para casos que envolvam lateralidade ou estruturas múltiplas)
Sinalizado em prontuário sobre via aérea difícil?					Verificar a Ficha de Anestesia (Pré-Operatório) e o preenchimento da Ficha de Avaliação Específica de Pacientes com Possibilidade de VAD
Realizado registro completo do procedimento no prontuário?					Verificar no Relatório Cirúrgico, se o procedimento está registrado (nome do(s) procedimento(s) realizado(s)).
Invólucros e registro ANVISA de OPME's anexados ao prontuário?					Verificar Avaliação e Registros de Enfermagem no Trans-operatório Centro Cirúrgico
Registrado a contagem de: a) compressas e b) instrumentais?					Verificar Lista de Verificação de Cirurgia Segura

Nº do prontuário: _____ Nº do atendimento: _____

CÓD-IMHD-075 Versão 02 – Pág. 1/2

ITAIGARA MEMORIAL HOSPITAL DIA

CHECKLIST DE AUDITORIA CLÍNICA
DO PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

UNIDADE: HD I ( ) HD II ( ) DATA DA AUDITORIA: _____/_____/_____

Momento 2

SETOR AVALIADO: CENTRO CIRÚRGICO

IDENTIFICAÇÃO	C	NC	N/A	ORIENTAÇÕES
Realiza a identificação do paciente através da pulseira de identificação antes encaminhá-lo para sala de cirurgia, utilizando os dois identificadores definidos?				
Verifica presença de exames específicos anexados ao prontuário, exceto para oftalmologia?				
CONFIRMAÇÃO				
Sítio cirúrgico demarcado pela equipe cirúrgica?				Somente nos casos que envolver lateralidade (dir. e esq.) e estruturas múltiplas-ex.: dedos, costelas, coluna)
Realizada toda etapa de confirmação com a equipe cirúrgica acerca de: equipe cirúrgica completa, lateralidade, OPME's disponíveis, equipamentos testados e conferidos, profilaxia antimicrobiana e instrumentais esterilizados e com indicadores validados?				
TIME-OUT				
Realizado TIME OUT antes da incisão cirúrgica?				
REGISTROS				
Identificado corretamente a(s) amostra(s) para Anatomia Patológica/Análises Clínicas?				Verificar os frascos de anatomia patológica / análises clínicas.
Verificar as informações de controle para entrega de peças ao serviço de anatomia patológica.				Verificar o livro de protocolo
AVALIAÇÃO DA EQUIPE				
A equipe está consciente da importância do checklist de cirurgia segura?				
A equipe médica participou do checklist?				

OBSERVAÇÕES:

ASSINATURA DO AVALIADOR:

CÓD-IMHD-075 Versão 02 – Pág. 2/2

Anexo XI - Checklist de Auditoria do Protocolo de Identificação do Paciente

ITAIGARA MEMORIAL HOSPITAL DIA

CHECKLIST DE AUDITORIA CLÍNICA
DO PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

UNIDADE: ( ) HD I ( ) HD II ( ) GH DATA DA AUDITORIA: _____/_____/_____

SETOR: ( ) RECEPÇÃO ( ) UNID. INTERNAÇÃO ( ) CLÍNICA DA DOR ( ) CONSULTA PRÉ ( ) SALA DE EXAMES
( ) PEQ. CIRURGIA ( ) TERAPIA INFUSIONAL ( ) CONSULTÓRIO _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	C	NC	N/A	ORIENTAÇÕES
Paciente com pulseira de identificação?				
Pulseira de identificação localizada no membro indicado?				
Dados de identificação corretos?				
Dados de identificação legíveis?				
OUTRAS IDENTIFICAÇÕES				
Rotulos de medicamentos e/ou soluções identificados?				
Alergias identificadas com etiqueta no prontuário?				
No frasco coletor de exame de anatomia patológica constam os dois identificadores padronizados?				
Protocolo de anatomia patologico/citopatologia com os dois identificadores padronizados?				
Está sendo utilizado os dois identificadores padronizados no mapa cirurgico/exames?				
Está sendo utilizado os dois identificadores padronizados nos quadros do CC / Sala de exames / Sala de administração de medicamentos ou CRPA?				
AVALIAÇÃO DO PACIENTE (Abordar o paciente)				
A equipe de enfermagem está conferindo a pulseira de identificação antes do cuidado?				
AVALIAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM				
A equipe de enfermagem está consciente da importância do processo de identificação correta do paciente?				
A equipe de enfermagem está checando os dois identificadores definidos no protocolo de identificação correta do paciente?				
A equipe de enfermagem realiza a checagem da pulseira de identificação antes do encaminhamento do paciente para outra unidade?				
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE (Apoio ao médico – Consultórios)				
As recepcionistas e os medicos chamam o paciente para atendimento pelo nome completo?				
Nos prontuários ambulatoriais constam os dois identificadores estabelecido na Politica de identificação?				
No frasco coletor de exame de citopatologia constam os dois identificadores?				
As lâminas de citopatologia constam os dois identificadores?				

CÓD-IMHD-080 Versão 03 – Pág. 1/2

ITAIGARA MEMORIAL HOSPITAL DIA

CHECKLIST DE AUDITORIA CLÍNICA
DO PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

OBSERVAÇÕES:

ASSINATURA DO AVALIADOR:

CÓD-IMHD-080 Versão 03 – Pág. 2/2

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Anexo XII- Checklist de Auditoria Clínica - Protocolo Prevenção a Queda

ITAIGARA MEMORIAL HOSPITAL DIA

CHECKLIST DE AUDITORIA CLÍNICA DO PROTOCOLO DE PREVENÇÃO A QUEDA

UNIDADE: HD I ( ) HD I- CD ( ) HD II ( ) GH ( ) **DATA DA AUDITORIA: _____/_____/_____**

MOMENTO 1

AUDITORIA DO PRONTUÁRIO	C	NC	N/A	ORIENTAÇÕES
Paciente avaliado como risco de queda?				Verificar os registros no prontuário (Histórico de Enfermagem, Diagnóstico e intervenção de enfermagem pré-operatória, Avaliação de Enfermagem na Endoscopia Digestória Baixa, Lista de Verificação de Exame Seguro - Registro de Enfermagem na Sala de Exame-CRPA)
Sinalizado em prontuário o(s) fator(es) de risco?				Verificar evidência Histórico de Enfermagem
Prontuário sinalizado como risco de queda?				Verificar evidência da etiqueta laranja no Histórico de Enfermagem e no BI se houver: Fatores: ≥ 80anos ou ter dois fatores de risco
Sinalizado o grau de risco de queda?				Verificar evidência do preenchimento da Escala de Morse
Foi identificado no prontuário a entrega da cartilha de Queda?				Verificar evidência Histórico de Enfermagem Não se aplica para a Clínica da Dor.
Paciente reavaliado no momento da admissão na UI?				Verificar evidência "Diagnóstico e intervenção de enfermagem pré-operatória" ou "Avaliação de Enfermagem na Endoscopia Digestória Baixa" Não se aplica para a Clínica da Dor.
Foi identificado o meio de transporte utilizado no encaminhamento do paciente para o CC ou Salas de Exames?				Verificar evidência "IMHD-942 - Diagnóstico e Intervenção de enfermagem pré-operatória" ou "Avaliação de Enfermagem na Endoscopia Digestória Baixa". Não se aplica para a Clínica da Dor.
Foi identificado o meio de transporte utilizado na alta hospitalar?				Verificar evidência " Anotação e Orientação de Enfermagem" "Avaliação de Enfermagem Pós Endoscopia Digestória Baixa."

Nº do prontuário: _____ **Nº do atendimento:** _____

COD-IMHD-632 Versão 03 – Pág. 1/3

ITAIGARA MEMORIAL HOSPITAL DIA

CHECKLIST DE AUDITORIA CLÍNICA DO PROTOCOLO DE PREVENÇÃO A QUEDA

UNIDADE: HD I ( ) HD I- CD ( ) HD II ( ) GH ( ) **DATA DA AUDITORIA: _____/_____/_____**

Momento 2

SETOR AVALIADO: _____

AVALIAÇÃO DO AMBIENTE Identificar as barreiras de prevenção do risco de queda:	C	NC	N/A	ORIENTAÇÕES
Placas de Risco de Queda nos quartos?				Verificar evidência na acomodação do paciente
Grades elevadas e camas/berço travados?				
Presença de barras de segurança junto ao vaso sanitário e box do banheiro?				
As áreas de circulação (da acomodação) estão livres de objetos e fios?				
Presença de corrimão nas escadas?				
As escadas estão sinalizadas?				(Verificar evidência de placas)
As áreas de circulação estão livres de objetos e fios?				
Os pisos estão lisos e sem desníveis ou buracos				(Verificar evidência no chão dos estacionamentos utilizados pelos pacientes)
Realizar percurso do trajeto percorrido pelo paciente avaliando possíveis situações de risco para queda.				Exemplo: risco sem tampa, desníveis de piso, piso molhado sem placa de sinalização, etc.
Está sendo entregue o marcador de livros para pacientes de Endoscopia				Se aplica somente a GH.
AVALIAÇÃO DE EQUIPAMENTOS	**C**	**NC**	**N/A**	**ORIENTAÇÕES**
Foi identificado nos setores, cadeiras de rodas com o dispositivo de segurança?				
As manutenções preventivas das macas, berços e cadeiras de rodas estão em dia? Encontra-se sinalizada no equipamento?				
AVALIAÇÃO DO PACIENTE (Abordar o paciente)	**C**	**NC**	**N/A**	**ORIENTAÇÕES**
O paciente foi orientado sobre o risco de queda na consulta de enfermagem?				
Paciente assimilou a importância do processo de Risco de Queda?				
Verificar na alta como foi realizado o transporte do paciente.				Verificar evidência do encaminhamento em cadeira de rodas com cinto de segurança para pacientes com idade ≥ 80 anos, com 02 fatores de risco (Pacientes cirúrgicos) Verificar a evidência do encaminhamento em cadeira de rodas com cinto de segurança, o paciente com idade ≥ 70 anos ou com dois fatores de risco. (Pacientes colonoscopia)
AVALIAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM	**C**	**NC**	**N/A**	**ORIENTAÇÕES**
A equipe de enfermagem está consciente da importância do protocolo de Prevenção ao Risco de Queda?				
A equipe de enfermagem tem conhecimento de como agir diante de uma ocorrência de queda?				

COD-IMHD-632 Versão 03 – Pág. 2/3

Anexo XIII- Checklist de Visita Técnica Auditorias Farmacêuticas

ITAIGARA MEMORIAL HOSPITAL DIA

CHECKLIST DE VISITA TÉCNICA AUDITORIAS FARMACÊUTICAS

UNIDADE: IMHD I ( ) IMHD II ( ) GASTRO HEPATO ( ) **DATA: _____/_____/_____**

ITENS DE VERIFICAÇÃO	CONFORME	OBSERVAÇÕES
POSTO DE ENFERMAGEM		
Armazenamento de medicamentos em local adequado.	☐ SIM ☐ NÃO ☐ N/A	
Evidência de etiquetas nos medicamentos com vencimento próximo (etiqueta laranja).	☐ SIM ☐ NÃO ☐ N/A	
Evidência de etiquetas de identificação nos medicamentos.	☐ SIM ☐ NÃO ☐ N/A	
Evidência de preenchimento correto das etiquetas de multidoses/almotolias.	☐ SIM ☐ NÃO ☐ N/A	
Manual de diluição e lista do prazo de validade das multidoses disponíveis.	☐ SIM ☐ NÃO ☐ N/A	
Material e/ou medicamento em excesso.	☐ SIM ☐ NÃO ☐ N/A	
Medicamentos / soluções para administração identificados.	☐ SIM ☐ NÃO ☐ N/A	
Segregação dos psicotrópicos e medicamentos de alta vigilância.	☐ SIM ☐ NÃO ☐ N/A	
Evidência de etiquetas nos medicamentos classificados como de Alta Vigilância (etiquetas vermelhas).	☐ SIM ☐ NÃO ☐ N/A	
Evidência da listagem dos Medicamentos de Alta Vigilância em local visível.	☐ SIM ☐ NÃO ☐ N/A	
Evidência da segregação dos Medicamentos de Alta Vigilância nos locais de armazenamento (carro de urgência).	☐ SIM ☐ NÃO ☐ N/A	
Evidência de etiquetas nos medicamentos classificados como ampolas semelhantes (etiquetas amarelas).	☐ SIM ☐ NÃO ☐ N/A	
Evidência, através de entrevista, que os colaboradores do setor possuem conhecimento sobre Medicamentos de Alta Vigilância.	☐ SIM ☐ NÃO ☐ N/A	
Evidência, através de entrevista, que os colaboradores do setor possuem conhecimento sobre os medicamentos com sons, grafias e ampolas semelhantes.	☐ SIM ☐ NÃO ☐ N/A	
Ausência de armazenamento de cloreto de potássio no carro de emergência.	☐ SIM ☐ NÃO ☐ N/A	
CENTRO CIRÚRGICO E SALAS DE EXAMES		
Armazenamento de medicamentos em local adequado.	☐ SIM ☐ NÃO ☐ N/A	
Evidência de etiquetas nos medicamentos com vencimento próximo (etiqueta laranja).	☐ SIM ☐ NÃO ☐ N/A	
Evidência de de identificação etiquetas nos medicamentos.	☐ SIM ☐ NÃO ☐ N/A	
Evidência de preenchimento correto das etiquetas de multidoses/almotolias.	☐ SIM ☐ NÃO ☐ N/A	
Manual de diluição e lista do prazo de validades das multidoses disponíveis.	☐ SIM ☐ NÃO ☐ N/A	
Material e/ou medicamento em excesso.	☐ SIM ☐ NÃO ☐ N/A	
Medicamentos / soluções para administração identificados.	☐ SIM ☐ NÃO ☐ N/A	
Segregação dos psicotrópicos e medicamentos de alta vigilância.	☐ SIM ☐ NÃO ☐ N/A	
Evidência de etiquetas nos medicamentos classificados como de Alta Vigilância (etiquetas vermelhas)	☐ SIM ☐ NÃO ☐ N/A	
Evidência da listagem dos Medicamentos de Alta Vigilância em local visível em todas as salas cirúrgicas e salas de exames.	☐ SIM ☐ NÃO ☐ N/A	

COD-IMHD-646 Versão 03 – Pág. 1/3

CÓPIA NÃO CONTROLADA

ITAIGARA MEMORIAL HOSPITAL DIA

CHECKLIST DE VISITA TÉCNICA AUDITORIAS FARMACÊUTICAS

ITENS DE VERIFICAÇÃO	CONFORME	OBSERVAÇÕES
CENTRO CIRÚRGICO E SALAS DE EXAMES		
Evidência da segregação dos Medicamentos de Alta Vigilância nos locais de armazenamento (carro de urgência).	☐ SIM ☐ NÃO ☐ N/A	
Evidência de etiquetas nos medicamentos classificados como ampolas semelhantes (etiquetas amarelas).	☐ SIM ☐ NÃO ☐ N/A	
Evidência da segregação dos Medicamentos de Alta Vigilância nos *kits* cirúrgicos.	☐ SIM ☐ NÃO ☐ N/A	
Evidência, através de entrevista, que os colaboradores do setor possuem conhecimento sobre Medicamentos de Alta Vigilância.	☐ SIM ☐ NÃO ☐ N/A	
Evidência, através de entrevista, que os colaboradores do setor possuem conhecimento sobre os medicamentos com sons, grafias e ampolas semelhantes.	☐ SIM ☐ NÃO ☐ N/A	
Ausência de armazenamento de cloreto de potássio no carro de emergência.	☐ SIM ☐ NÃO ☐ N/A	
FARMÁCIA / ALMOXARIFADO		
Armazenamento correto de medicamentos termolábeis.	☐ SIM ☐ NÃO ☐ N/A	
Armazenamento de medicamentos em local adequado.	☐ SIM ☐ NÃO ☐ N/A	
Evidência de etiquetas nos medicamentos com vencimento próximo (etiqueta laranja).	☐ SIM ☐ NÃO ☐ N/A	
Evidência de etiquetas de identificação nos medicamentos.	☐ SIM ☐ NÃO ☐ N/A	
Evidência de registro diário de controle de temperatura ambiente e geladeira que acondiciona medicamentos.	☐ SIM ☐ NÃO ☐ N/A	
Segregação dos psicotrópicos e medicamentos de alta vigilância nos locais de armazenamento e geladeira.	☐ SIM ☐ NÃO ☐ N/A	
Evidência de etiquetas nos medicamentos classificados como de Alta Vigilância (etiquetas vermelhas).	☐ SIM ☐ NÃO ☐ N/A	
Evidência de etiquetas nos medicamentos classificados como ampolas semelhantes (etiquetas amarelas).	☐ SIM ☐ NÃO ☐ N/A	
Evidência da listagem dos Medicamentos de Alta Vigilância em local visível.	☐ SIM ☐ NÃO ☐ N/A	
Evidência da segregação dos Medicamentos de Alta Vigilância nos *kits* cirúrgicos.	☐ SIM ☐ NÃO ☐ N/A	
Evidência de identificação diferenciada dos medicamentos com sons, grafias e ampolas semelhantes.	☐ SIM ☐ NÃO ☐ N/A	
Evidência da listagem dos medicamentos com sons ou grafias semelhantes em local visível.	☐ SIM ☐ NÃO ☐ N/A	
Evidência da listagem dos medicamentos com ampolas semelhantes em local visível.	☐ SIM ☐ NÃO ☐ N/A	
Evidência, através de entrevista, que os colaboradores do setor possuem conhecimento sobre Medicamentos de Alta Vigilância.	☐ SIM ☐ NÃO ☐ N/A	
Evidência, através de entrevista, que os colaboradores do setor possuem conhecimento sobre os medicamentos com sons, grafias e ampolas semelhantes.	☐ SIM ☐ NÃO ☐ N/A	
CONSULTÓRIOS		
Armazenamento de medicamentos em local adequado.	☐ SIM ☐ NÃO ☐ N/A	
Evidência de amostra grátis.	☐ SIM ☐ NÃO ☐ N/A	
Evidência de preenchimento correto das etiquetas de multidoses/almotolias.	☐ SIM ☐ NÃO ☐ N/A	

COD-IMHD-646 Versão 03 – Pág. 2/3

ITAIGARA MEMORIAL HOSPITAL DIA

CHECKLIST DE VISITA TÉCNICA AUDITORIAS FARMACÊUTICAS

RELATÓRIO DESCRITIVO
NÃO CONFORMIDADE E OPORTUNIDADE DE MELHORIAS
PARECER SOBRE A AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS DAS AÇÕES REALIZADAS
ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA VISITA TÉCNICA:

COD-IMHD-646 Versão 03 – Pág. 3/3

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Anexo XIV- Checklist de Auditoria Clínica- do Protocolo de Higienização das Mãos

ITAIGARA MEMORIAL HOSPITAL DIA

***CHECKLIST* DE AUDITORIA DO PROTOCOLO DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS**

UNIDADE: IMHD I ( ) IMHD II ( ) GASTROHEPATO ( ) **DATA:_____/_____/_____**

AVALIADOR:

Categoria Profissional	Categoria Profissional	Categoria Profissional	Categoria Profissional
☐ Médico(a)	☐ Médico(a)	☐ Médico(a)	☐ Médico(a)
☐ Enfermeiro(a)	☐ Enfermeiro(a)	☐ Enfermeiro(a)	☐ Enfermeiro(a)
☐ Técnico de Enfermagem	☐ Técnico de Enfermagem	☐ Técnico de Enfermagem	☐ Técnico de Enfermagem

Op	Indicação	Ação	Op	Indicação	Ação	Op	Indicação	Ação	Op	Indicação	Ação
1	☐ ant. pacte. ☐ ant. proc. assep. ☐ ap. fluidos corp. ☐ ap. pacte. ☐ ap. proxim.	☐ fricção com álcool ☐ água e sabonete ○ não realizada	1	☐ ant. pacte. ☐ ant. proc. assep. ☐ ap. fluidos corp. ☐ ap. pacte. ☐ ap. proxim.	☐ fricção com álcool ☐ água e sabonete ○ não realizada	1	☐ ant. pacte. ☐ ant. proc. assep. ☐ ap. fluidos corp. ☐ ap. pacte. ☐ ap. proxim.	☐ fricção com álcool ☐ água e sabonete ○ não realizada	1	☐ ant. pacte. ☐ ant. proc. assep. ☐ ap. fluidos corp. ☐ ap. pacte. ☐ ap. proxim.	☐ fricção com álcool ☐ água e sabonete ○ não realizada
2	☐ ant. pacte. ☐ ant. proc. assep. ☐ ap. fluidos corp. ☐ ap. pacte. ☐ ap. proxim.	☐ fricção com álcool ☐ água e sabonete ○ não realizada	2	☐ ant. pacte. ☐ ant. proc. assep. ☐ ap. fluidos corp. ☐ ap. pacte. ☐ ap. proxim.	☐ fricção com álcool ☐ água e sabonete ○ não realizada	2	☐ ant. pacte. ☐ ant. proc. assep. ☐ ap. fluidos corp. ☐ ap. pacte. ☐ ap. proxim.	☐ fricção com álcool ☐ água e sabonete ○ não realizada	2	☐ ant. pacte. ☐ ant. proc. assep. ☐ ap. fluidos corp. ☐ ap. pacte. ☐ ap. proxim.	☐ fricção com álcool ☐ água e sabonete ○ não realizada
3	☐ ant. pacte. ☐ ant. proc. assep. ☐ ap. fluidos corp. ☐ ap. pacte. ☐ ap. proxim.	☐ fricção com álcool ☐ água e sabonete ○ não realizada	3	☐ ant. pacte. ☐ ant. proc. assep. ☐ ap. fluidos corp. ☐ ap. pacte. ☐ ap. proxim.	☐ fricção com álcool ☐ água e sabonete ○ não realizada	3	☐ ant. pacte. ☐ ant. proc. assep. ☐ ap. fluidos corp. ☐ ap. pacte. ☐ ap. proxim.	☐ fricção com álcool ☐ água e sabonete ○ não realizada	3	☐ ant. pacte. ☐ ant. proc. assep. ☐ ap. fluidos corp. ☐ ap. pacte. ☐ ap. proxim.	☐ fricção com álcool ☐ água e sabonete ○ não realizada
4	☐ ant. pacte. ☐ ant. proc. assep. ☐ ap. fluidos corp. ☐ ap. pacte. ☐ ap. proxim.	☐ fricção com álcool ☐ água e sabonete ○ não realizada	4	☐ ant. pacte. ☐ ant. proc. assep. ☐ ap. fluidos corp. ☐ ap. pacte. ☐ ap. proxim.	☐ fricção com álcool ☐ água e sabonete ○ não realizada	4	☐ ant. pacte. ☐ ant. proc. assep. ☐ ap. fluidos corp. ☐ ap. pacte. ☐ ap. proxim.	☐ fricção com álcool ☐ água e sabonete ○ não realizada	4	☐ ant. pacte. ☐ ant. proc. assep. ☐ ap. fluidos corp. ☐ ap. pacte. ☐ ap. proxim.	☐ fricção com álcool ☐ água e sabonete ○ não realizada
5	☐ ant. pacte. ☐ ant. proc. assep. ☐ ap. fluidos corp. ☐ ap. pacte. ☐ ap. proxim.	☐ fricção com álcool ☐ água e sabonete ○ não realizada	5	☐ ant. pacte. ☐ ant. proc. assep. ☐ ap. fluidos corp. ☐ ap. pacte. ☐ ap. proxim.	☐ fricção com álcool ☐ água e sabonete ○ não realizada	5	☐ ant. pacte. ☐ ant. proc. assep. ☐ ap. fluidos corp. ☐ ap. pacte. ☐ ap. proxim.	☐ fricção com álcool ☐ água e sabonete ○ não realizada	5	☐ ant. pacte. ☐ ant. proc. assep. ☐ ap. fluidos corp. ☐ ap. pacte. ☐ ap. proxim.	☐ fricção com álcool ☐ água e sabonete ○ não realizada
6	☐ ant. pacte. ☐ ant. proc. assep. ☐ ap. fluidos corp. ☐ ap. pacte. ☐ ap. proxim.	☐ fricção com álcool ☐ água e sabonete ○ não realizada	6	☐ ant. pacte. ☐ ant. proc. assep. ☐ ap. fluidos corp. ☐ ap. pacte. ☐ ap. proxim.	☐ fricção com álcool ☐ água e sabonete ○ não realizada	6	☐ ant. pacte. ☐ ant. proc. assep. ☐ ap. fluidos corp. ☐ ap. pacte. ☐ ap. proxim.	☐ fricção com álcool ☐ água e sabonete ○ não realizada	6	☐ ant. pacte. ☐ ant. proc. assep. ☐ ap. fluidos corp. ☐ ap. pacte. ☐ ap. proxim.	☐ fricção com álcool ☐ água e sabonete ○ não realizada
7	☐ ant. pacte. ☐ ant. proc. assep. ☐ ap. fluidos corp. ☐ ap. pacte. ☐ ap. proxim.	☐ fricção com álcool ☐ água e sabonete ○ não realizada	7	☐ ant. pacte. ☐ ant. proc. assep. ☐ ap. fluidos corp. ☐ ap. pacte. ☐ ap. proxim.	☐ fricção com álcool ☐ água e sabonete ○ não realizada	7	☐ ant. pacte. ☐ ant. proc. assep. ☐ ap. fluidos corp. ☐ ap. pacte. ☐ ap. proxim.	☐ fricção com álcool ☐ água e sabonete ○ não realizada	7	☐ ant. pacte. ☐ ant. proc. assep. ☐ ap. fluidos corp. ☐ ap. pacte. ☐ ap. proxim.	☐ fricção com álcool ☐ água e sabonete ○ não realizada
8	☐ ant. pacte. ☐ ant. proc. assep. ☐ ap. fluidos corp. ☐ ap. pacte. ☐ ap. proxim.	☐ fricção com álcool ☐ água e sabonete ○ não realizada	8	☐ ant. pacte. ☐ ant. proc. assep. ☐ ap. fluidos corp. ☐ ap. pacte. ☐ ap. proxim.	☐ fricção com álcool ☐ água e sabonete ○ não realizada	8	☐ ant. pacte. ☐ ant. proc. assep. ☐ ap. fluidos corp. ☐ ap. pacte. ☐ ap. proxim.	☐ fricção com álcool ☐ água e sabonete ○ não realizada	8	☐ ant. pacte. ☐ ant. proc. assep. ☐ ap. fluidos corp. ☐ ap. pacte. ☐ ap. proxim.	☐ fricção com álcool ☐ água e sabonete ○ não realizada

Legenda:

Op: oportunidade de observação

Indicação:
- **Ant. pacte.:** antes de contato com o paciente
- **Ant. proc. Assép.:** antes de realização de procedimento asséptico
- **Ant.fluidos corp.:** após risco de exposição a fluidos corporais
- **Ap. pacte.:** após contato com o paciente
- **Ap. proxim.:** após contato com as superfícies e objetos próximos ao paciente

Ação
- **Fricção com álcool:** quando a higienização das mãos for feita com uso de uma preparação alcoólica
- **Água e sabonete:** quando a higienização das mãos for feita com água e sabonete
- **Não realizada:** quando não realizada a ação

Formulário adaptado do Ministério da Saúde, anexo 34 "Formulário de Observação" do Manual para observadores- Estratégia multimodal da OMS para a Melhoria da Higienização das Mãos

CÓD-IMHD-079 Versão 01 - Pág. 1/1

Anexo XV- Checklist de Auditoria Clínica do Protocolo de Comunicação Efetiva

ITAIGARA MEMORIAL HOSPITAL DIA

CHECKLIST DE AUDITORIA CLÍNICA DO PROTOCOLO DE COMUNICAÇÃO EFETIVA

UNIDADE: HD I ( ) HD I- Clínica da Dor ( ) HD II ( ) GH ( ) **DATA DA AUDITORIA:____/____/____**

MOMENTO 1: ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

AUDITORIA IN LOCO	C	NC	PC	N/A	ORIENTAÇÕES / OBSERVAÇÕES
Avaliar se está ocorrendo solicitação verbal de medicamentos. (somente permitido em situações de emergência e durante o transoperatório).					Se aplica somente a UI e Clínica da Dor (não se aplica ao CC e Salas de Exames)
A técnica do *Read Back* está sendo utilizada na adm de medicamento por ordem verbal?					
Após a solicitação verbal (em casos de situação de emergência e durante o transoperatório e realização de exames) é realizado o registro em prontuário de forma correta?					

Nº do prontuário: _____ **Nº do atendimento:** _____
Avaliador: _____

UNIDADE: HD I ( ) HD I- Clínica da Dor ( ) HD II ( ) GH ( ) **DATA DA AUDITORIA:____/____/____**

MOMENTO 2: RESULTADOS CRÍTICOS

AUDITORIA IN LOCO	C	NC	N/A	ORIENTAÇÕES / OBSERVAÇÕES
Está sendo utilizada a técnica *Read Back* para o recebimento dos resultados dos exames de diagnóstico, fornecidos por telefone?				Se aplica somente ao CC.
Realizada a anotação em prontuário após a notificação do resultado?				Se aplica somente ao CC.

Nº do prontuário: _____ **Nº do atendimento:** _____
Avaliador: _____

UNIDADE: HD I ( ) HD I- Clínica da Dor ( ) HD II ( ) GH ( ) **DATA DA AUDITORIA:____/____/____**

MOMENTO 3.1- PASSAGEM DE PLANTÃO

UNIDADE DE INTERNAÇÃO	C	NC	N/A	ORIENTAÇÕES / OBSERVAÇÕES
Colocada a placa "Favor Não Interromper Passagem de Plantão"?				
O horário e os nomes dos colaboradores envolvidos estão informados?				
Utilizada como ferramenta o Mapa de Cirurgias/ Exames?				
Realizada a passagem de plantão nos intervalos e no final da jornada de trabalho?				
Utilizada a técnica de SBAR nas passagens de plantão?				

Nº do prontuário: _____ **Nº do atendimento:** _____
Avaliador: _____

CÓD-IMHD-1139 Versão 00 – Pág. 1/2

ITAIGARA MEMORIAL HOSPITAL DIA

CHECKLIST DE AUDITORIA CLÍNICA DO PROTOCOLO DE COMUNICAÇÃO EFETIVA

MOMENTO 3.2- PASSAGEM DE PLANTÃO

CENTRO CIRÚRGICO/SALA DE EXAME	C	NC	N/A	ORIENTAÇÕES / OBSERVAÇÕES
As informações são registradas no formulário "Passagem de Plantão"?				
Estão sendo feitas as 03 passagens de transição?				

Nº do prontuário: _____ **Nº do atendimento:** _____
Avaliador: _____

MOMENTO 3.3- PASSAGEM DE PLANTÃO

CLÍNICA DA DOR	C	NC	N/A	ORIENTAÇÕES / OBSERVAÇÕES
Utilizado o sistema de Fluxo do Paciente?				
Utilizada a técnica de SBAR nas passagens de plantão?				
As informações são registradas no formulário "Passagem de Plantão"?				
Estão sendo feitas as 03 passagens de transição?				

Nº do prontuário: _____ **Nº do atendimento:** _____
Avaliador: _____

MOMENTO 4- TRANSFERÊNCIA EXTERNA

AUDITORIA IN LOCO / PRONTUÁRIO	C	NC	N/A	ORIENTAÇÕES / OBSERVAÇÕES
Informa a evolução do paciente utilizando a técnica de SBAR, no momento da transição para a ambulância?				
"Relatório de Transferência Anestesia/ Médico" preenchido?				
"Relatório de Transferência de Enfermagem" preenchido?				
"Autorização do paciente ou seu responsável para transferência externa"?				
Realizado o "Checklist de Avaliação do Serviço de Unidade Móvel"?				
Registro da "Avaliação da qualidade de assistência do serviço móvel"?				

Nº do prontuário: _____ **Nº do atendimento:** _____
Avaliador: _____

MOMENTO 5: COMUNICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS COM O PACIENTE E FAMILIARES

AUDITORIA DO PRONTUÁRIO	C	NC	N/A	ORIENTAÇÕES / OBSERVAÇÕES
Paciente recebeu e compreendeu as informações sobre o seu autocuidado, em domicílio?				

Nº do prontuário: _____ **Nº do atendimento:** _____
Avaliador: _____

CÓD-IMHD-1139 Versão 00 – Pág. 2/2