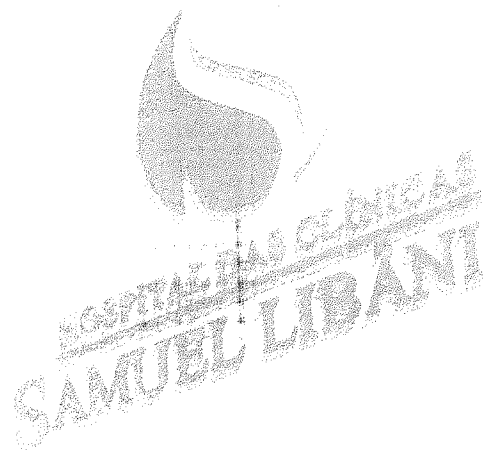


Relatório das melhorias realizadas junto ao hospital das Clínicas Samuel Libanio no período Julho de 2018 onde se encerra a gestão anterior até o mês atual, nova gestão: Um enfoque nos setores de Farmácia Hospitalar, Laboratório de Análises Clínicas e Agência Transfusional .



Relatório Demonstrativo das melhorias do HCSL realizado pelo prof. Ms Elieser Castro e Paiva.

Colaboraram nas informações: Prof. Ygor Oshiro diretor executivo; Flavio Fraga Vilela Engenheiro de produção e coord. Projeto Qmentum; Jussara Meire Rodrigues coord. de Enfermagem Coren 290.629; Equipe Farmacêutica: Cynthia Gomes Aparecido CRF: 34143; Sheila Beatriz Vieira da Silva CRF: 39199; Raiane Aparecida Teixeira CRF 34896; Patrícia Carla Nogueira CRF 24630; Sonia do Divino Alves CRF 30249; Fabiola Maria Pereira



HOSPITAL DAS CLÍNICAS  
SAMUEL LIBÂNIO

FARMÁCIA HOSPITALAR

**ANÁLISE DE MELHORIAS NA FARMÁCIA HOSPITALAR  
APARTIR DO 4º TRIMESTRE 2018**

## **INTRODUÇÃO**

Este relatório relata o acompanhamento das melhorias realizadas na Farmácia Hospitalar do Hospital das Clínicas Samuel Libânio a partir do 4º trimestre de 2018 à Maio de 2019.

### **4º trimestre 2018**

- Alterações nas compras de medicamentos visando qualidade, substituindo drogas de baixa efetividade.
- Mudança do setor de OPME para o bloco cirúrgico, afim de maior agilidade no atendimento às cirurgias.

### **1º Trimestre 2019**

- Revitalização da Farmácia Central, com pintura e mudanças para melhor aproveitamento do espaço.
- Atendimento 24 horas Farmácia Satélite das UTIs, para melhor atender o setor, com redução de custos, devida a assistência num período total de horas.
- Troca e ou instalação de ar condicionado nas farmácias satélites, visando à exigência da vigilância para melhor acondicionamento dos medicamentos.
- Abordagem com educação continuada aos colaboradores, afim de orientação para melhorias.

### **2º Trimestre 2019**

- Validação das prescrições feitas pelos Farmacêuticos da Farmácia Hospitalar antes da liberação das mesmas para atendimento pelos auxiliares afim de redução de erros de prescrição.
- Identificação dos medicamentos de alta vigilância de forma diferenciada assim como os psicotrópicos, afim de maior segurança na dispensação.

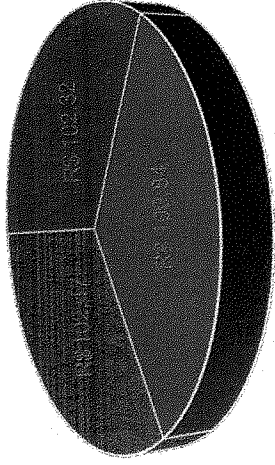
## **PROJETOS**

- Implantação da Acreditação Canadense Qmentum visando qualidade e segurança no atendimento aos pacientes.
- Alterações nos processos para melhorias nos procedimentos internos.
- Auditorias nos setores para verificação de estoque desnecessário.
- Atuação dos Farmacêuticos junto às equipes nos setores críticos.

## 3º Trimestre de 2018

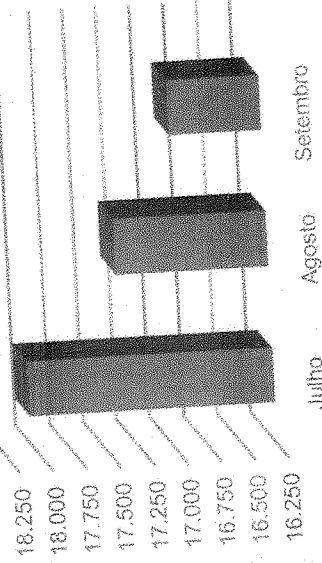
Custos de medicamentos e materiais movimentados em todas as Farmácias			
Mês	Número de atendimentos de paciente que passaram pelo HCSSL e foram atendidos pela Farmácia	Valor monetário total dos itens atendidos	Média de Valor por Atendimento
Julho	18.071	R\$ 1.848.949,84	R\$ 102,32
Agosto	17.384	R\$ 1.752.984,84	R\$ 100,84
Setembro	16.934	R\$ 1.735.270,06	R\$ 102,47

Média de Valor por Atendimento



■ Julho ■ Agosto ■ Setembro

Número de atendimentos de paciente que passaram pelo HCSSL e foram atendidos pela Farmácia



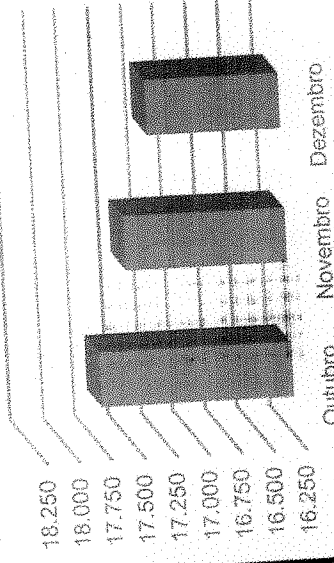
■ Julho ■ Agosto ■ Setembro

\* Gestão anterior - Questionável a qualidade dos medicamentos fornecidos, devido ao baixo custo e mesmo assim mantêm a médio padrão.

## 4º Trimestre de 2018

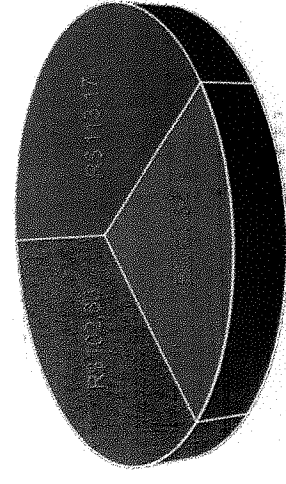
Custos de medicamentos e materiais movimentados em todas as Farmácias			
Mês	Número de atendimentos de paciente que passaram pelo HCSSL e foram atendidos pela Farmácia	Valor monetário total dos itens atendidos	Média de Valor por Atendimento
Outubro	17.728	R\$ 2.006.332,06	R\$ 113,17
Novembro	17.494	R\$ 1.076.244,61	R\$ 61,52
Dezembro	17.278	R\$ 1.773.159,78	R\$ 102,63

Número de atendimentos de paciente que passaram pelo HCSSL e foram atendidos pela Farmácia



■ Outubro ■ Novembro ■ Dezembro

Média de Valor por Atendimento

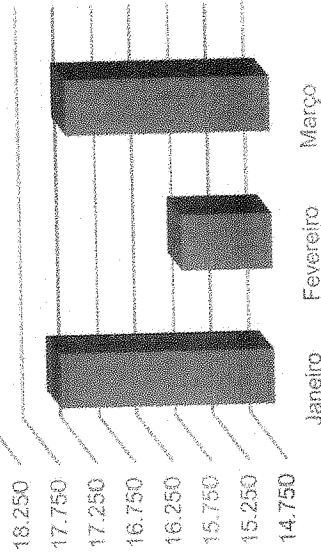


\*Mudança na qualidade dos medicamentos para melhor atender os pacientes e mantendo a média financeira.

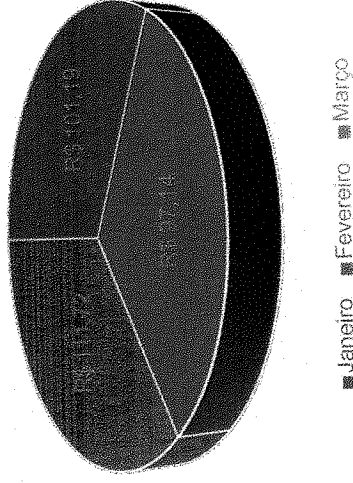
## 1º Trimestre de 2019

Custos de medicamentos e materiais movimentados em todas as Farmácias			
Mês	Número de atendimentos de paciente que passaram pelo HCSSL e foram atendidos pela Farmácia	Valor monetário total dos itens atendidos	Média de Valor por Atendimento
Janeiro	17.557	R\$ 1.776.591,00	R\$ 101,19
Fevereiro	15.939	R\$ 1.548.258,28	R\$ 97,14
Março	17.428	R\$ 1.947.033,95	R\$ 111,72

Número de atendimentos de paciente que passaram pelo HCSSL e foram atendidos pela Farmácia



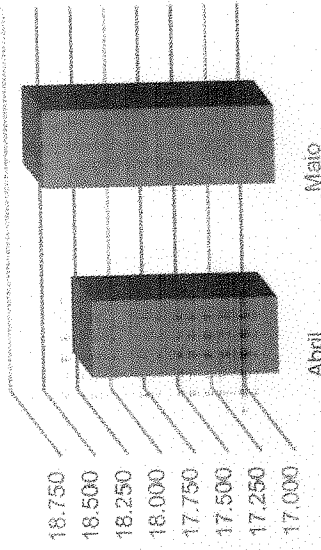
Média de Valor por Atendimento



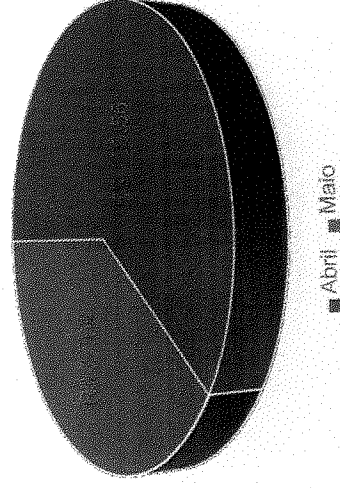
## 2º Trimestre de 2019

Custos de medicamentos e materiais movimentados em todas as Farmácias			
Mês	Número de atendimentos de paciente que passaram pelo HCSSL e foram atendidos pela Farmácia	Valor monetário total dos itens atendidos	Média de Valor por Atendimento
Abril	18.389	R\$ 2.014.769,94	R\$ 109,56
Maio	18.731	R\$ 1.386.866,59	R\$ 74,04
Junho			

Número de atendimentos de paciente que passaram pelo HCSSL e foram atendidos pela Farmácia



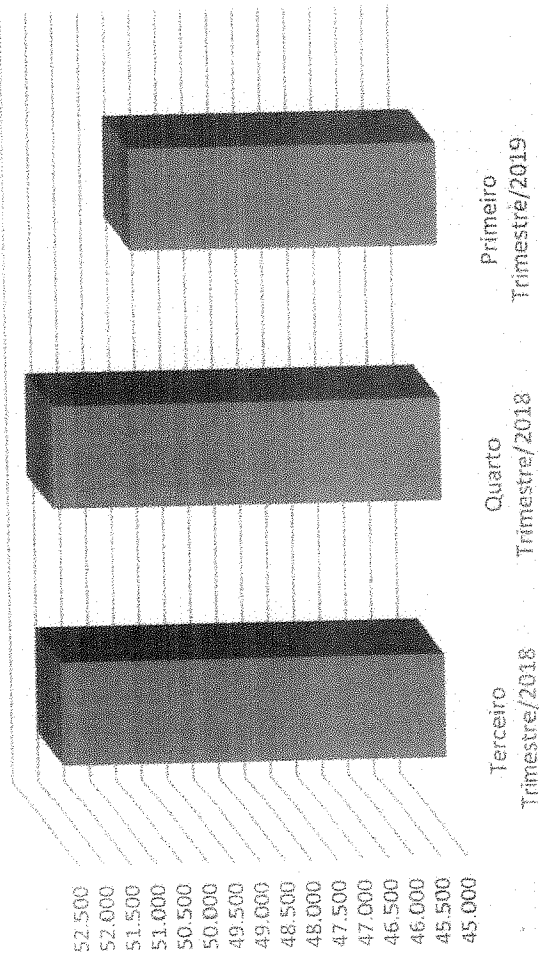
Média de Valor por Atendimento



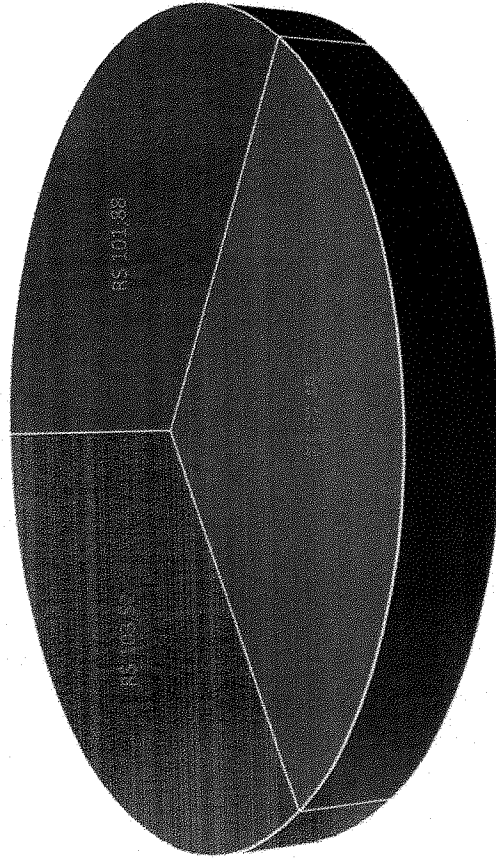
## Síntese dos Períodos

Período	Número de atendimentos de paciente que passaram pelo HCSL e foram atendidos pela Farmácia	Valor monetário total dos itens atendidos	Média de Valor por Atendimento
Terceiro Trimestre/2018	52.389	R\$ 5.337.204,74	R\$ 101,88
Quarto Trimestre/2018	52.500	R\$ 4.855.736,45	R\$ 92,49
Primeiro Trimestre/2019	50.924	R\$ 5.271.883,23	R\$ 103,52

Número de atendimentos de paciente que passaram pelo HCSL e foram atendidos pela Farmácia



Média de Valor por Atendimento



■ Terceiro Trimestre/2018 ■ Quarto Trimestre/2018 ■ Primeiro Trimestre/2019



HOSPITAL DAS CLÍNICAS  
**SAMUEL LIBÂNIO**

## **LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS**

### **ANÁLISE DE MELHORIAS NO LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS A PARTIR DO 4º TRIMESTRE 2018**

**Período: 1º de Outubro 2018 a 31 de Maio 2019**



## INTRODUÇÃO

Este relatório é mecanismo de acompanhamento das melhorias realizadas no Laboratório de Análises Clínicas no período de Outubro de 2018 a Maio 2019.

### 4º TRIMESTRE 2018

- Revisão de todos os processos do Laboratório de Análises Clínicas tanto físico quanto processual;
- Melhoria das instalações do Laboratório de Análises Clínicas (pintura, banheiro para pacientes, recepção para pacientes);
- Implantação do setor de Triagem no Laboratório de Análises Clínicas visando a melhoria da fase pré-analítica dos exames laboratoriais.

### 1º TRIMESTRE 2019

- Aquisição do aparelho de bioquímica Vitros 5600 visando a melhoria do fluxo de trabalho, mais rapidez nos resultados dos exames laboratoriais, aumento na gama de ensaios realizados no próprio laboratório diminuindo a necessidade de terceirização dos exames, o laboratório terá um aparelho Vitros 350 de backup caso haja algum problema técnico para que a rotina seja realizada sem danos;
- Início do processo de Acreditação via QMentun no laboratório de Análises Clínicas;

### 2º TRIMESTRE 2019

- Avaliação para a troca de parceria dos seguintes equipamentos:
  - Gasômetro – possibilitará a realização de mais parâmetros de análises nas gasometrias (sódio, potássio e lactato) o que será de grande valia para setores críticos como UTI Adulto, UTI Neo-natal e pediátrica e todos os setores do Hospita.
  - Coagulômetro – mais rapidez a rotina laboratorial visto que o equipamento tem maior capacidade de análises e o laboratório terá um outro aparelho semelhante como backup caso haja algum problema técnico esse backup estará à disposição para que a rotina não pare e o laboratório não deixe de atender sua demanda.





- Interfaceamento dos aparelhos de gasometria para que o resultado dos exames de gasometria sejam visualizados na hora me médico solicitante, visando agilidade no atendimento de emergência.

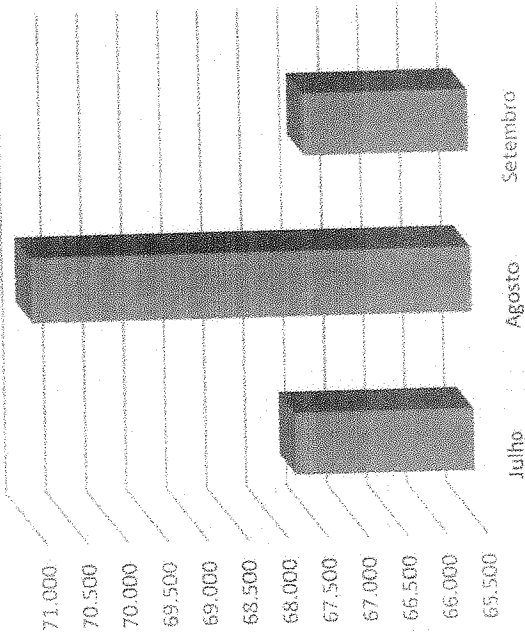
#### **PROJETOS**

- Extensão do Laboratório de Análises Clínicas no setor do Pronto Socorro com equipe de coleta 24 horas por dia em todos dias da semana visando atendimento rápido nas solicitações de exames laboratoriais;
- Melhoria das instalações do Posto de Coleta do Laboratório de Análises Clínicas na Portaria do Particular visando o conforto, agilidade nas coletas, agilidade no atendimento ao público que procura os serviços do laboratório no que se refere explicações, cobrança e autorização de exames.

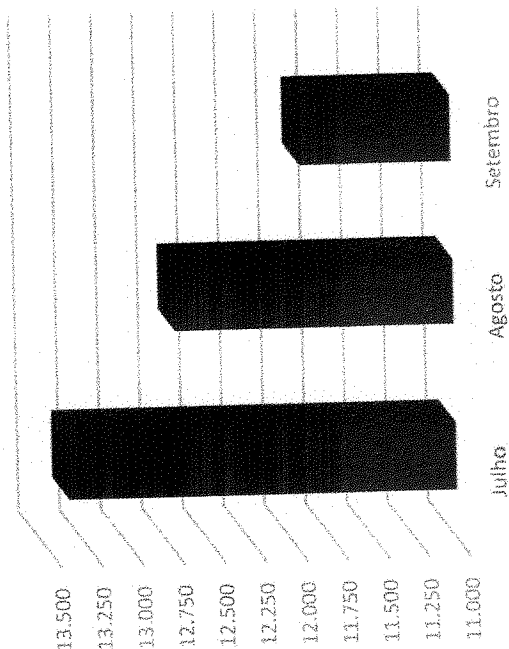
# 3º Trimestre de 2018

Meses	SUS			Particulares e Convênios			TOTAL					
	Internados	Pronto Socorro	Externos	Total	Internados	Pronto Socorro	Externos	Total	Internados	Pronto Socorro	Externos	TOTAL
Julho	40.538	15.944	11.255	67.737	5.598	3.151	4.616	13.365	46.136	19.095	15.871	81.102
Agosto	42.141	17.090	11.756	70.987	4.990	3.128	4.584	12.702	47.131	20.218	16.340	83.689
Setembro	39.554	16.118	11.890	67.562	4.802	3.305	3.818	11.925	44.356	19.423	15.708	79.487

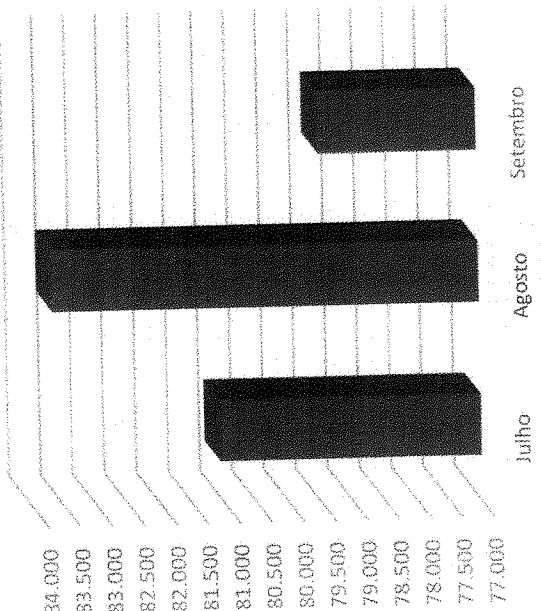
Total de atendimentos SUS no Laboratório



Total de atendimentos Particulares e Convênios no Laboratório



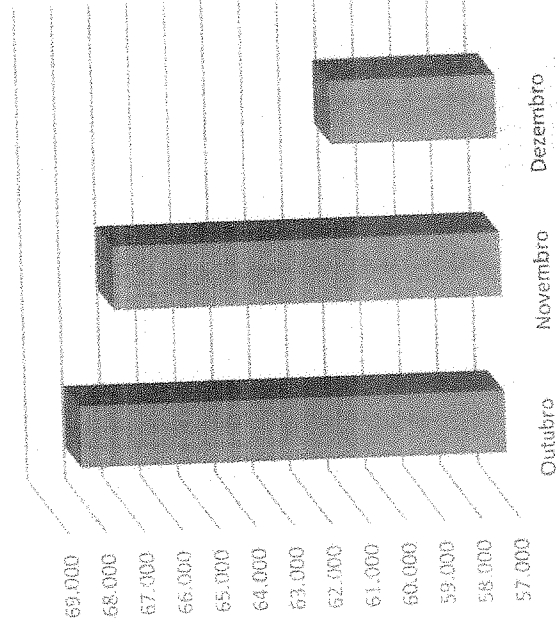
Total de Atendimentos do Laboratório



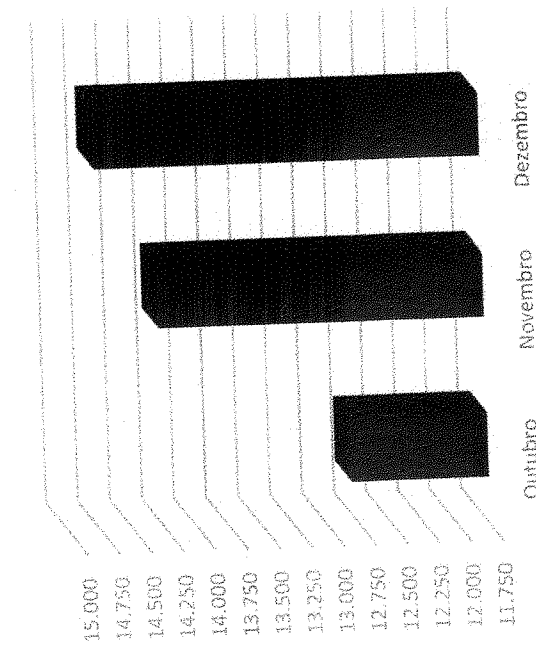
# 4º Trimestre de 2019

Meses	SUS				Particulares e Convênios				TOTAL			
	Internados	Pronto Socorro	Externos	Total	Internados	Pronto Socorro	Externos	Total	Internados	Pronto Socorro	Externos	TOTAL
Outubro	38.837	17.485	11.974	68.296	5.177	3.804	3.847	12.828	44.014	21.289	15.821	81.124
Novembro	39.884	15.531	11.896	67.311	4.350	3.306	6.643	14.299	44.234	18.837	18.539	81.610
Dezembro	38.899	15.385	7.122	61.406	4.437	3.388	6.944	14.769	43.336	18.773	14.066	76.175

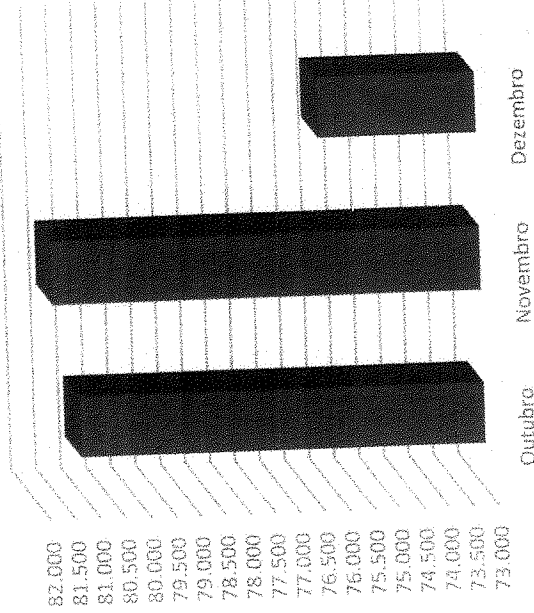
Total de atendimentos SUS no Laboratório



Total de atendimentos Particulares e Convênios no Laboratório



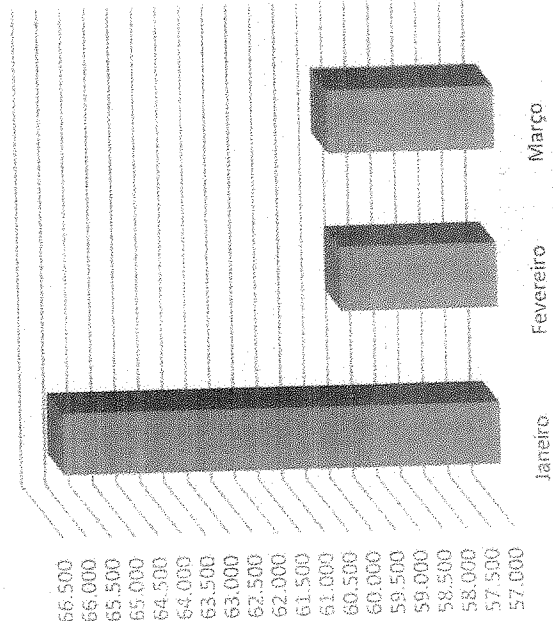
Total de Atendimentos do Laboratório



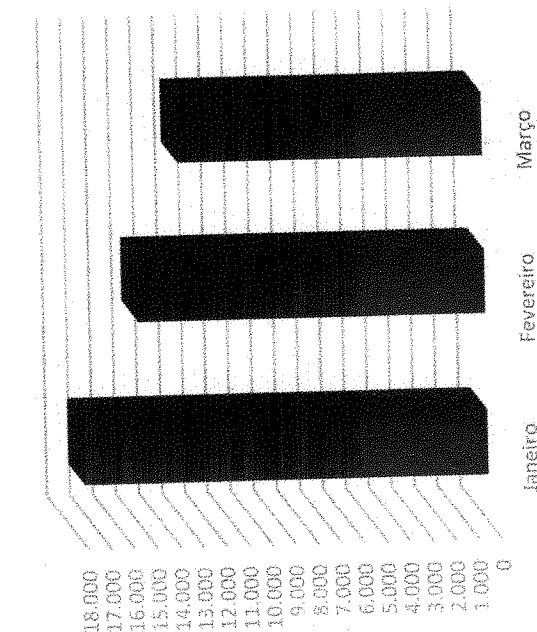
# 1º Trimestre de 2019

Meses	SUS				Particulares e Convênios				TOTAL			
	Internados	Pronto Socorro	Externos	Total	Internados	Pronto Socorro	Externos	Total	Internados	Pronto Socorro	Externos	TOTAL
Janeiro	38.038	14.718	13.436	66.192	4.080	3.117	10.368	17.565	42.118	17.835	23.804	83.757
Fevereiro	36.028	12.720	11.535	60.283	3.828	2.552	8.726	15.106	39.856	15.272	20.261	75.389
Março	36.892	12.084	11.527	60.503	3.108	3.235	4.924	13.270	40.000	15.319	16.451	73.773

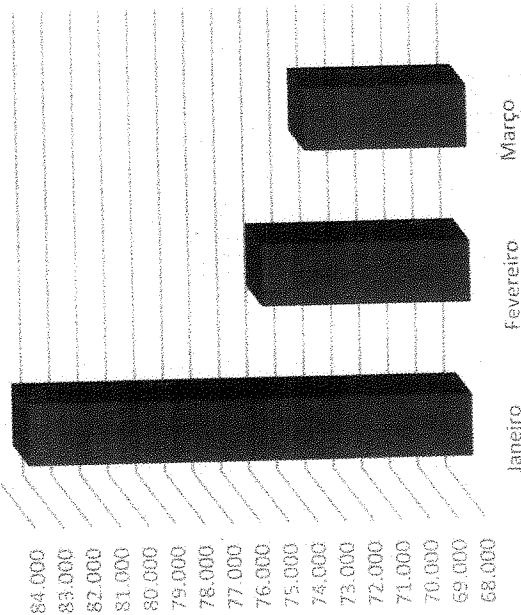
Total de atendimentos SUS no Laboratório



Total de atendimentos Particulares e Convênios no Laboratório



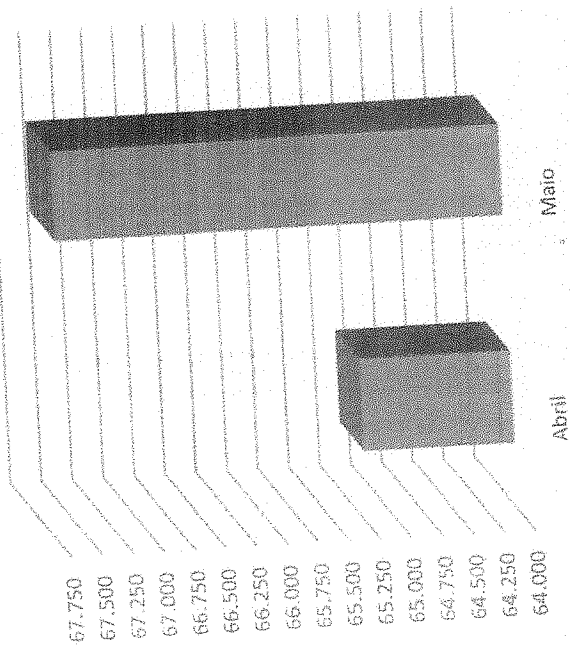
Total de Atendimentos do Laboratório



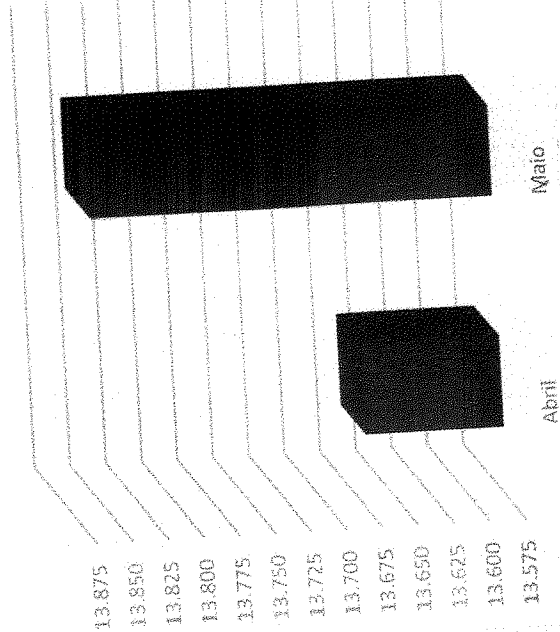
## 2º Trimestre de 2019

Meses	SUS			Particulares e Convênios			TOTAL					
	Internados	Pronto Socorro	Externos	Total	Internados	Pronto Socorro	Externos	Total	Internados	Pronto Socorro	Externos	TOTAL
Abril	36.708	15.322	13.181	65.211	5.773	3.144	4.754	13.671	42.481	18.466	17.935	78.882
Maió	39.127	14.376	14.118	67.621	5.975	3.208	4.673	13.856	45.102	17.584	18.791	81.477
Junho												

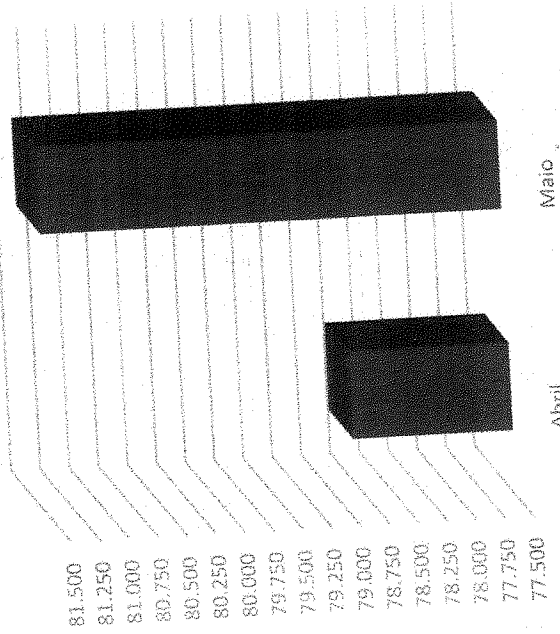
Total de atendimentos SUS no Laboratório



Total de atendimentos Particulares e Convênios no Laboratório



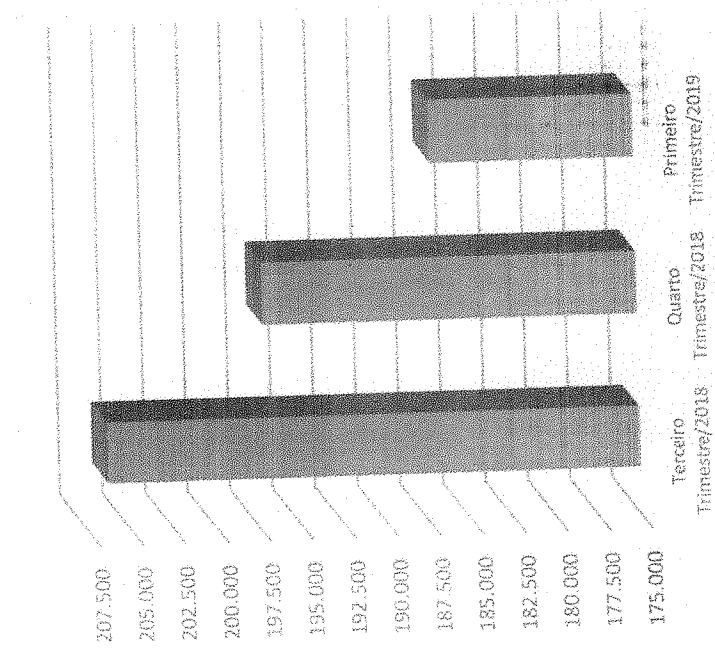
Total de Atendimentos do Laboratório



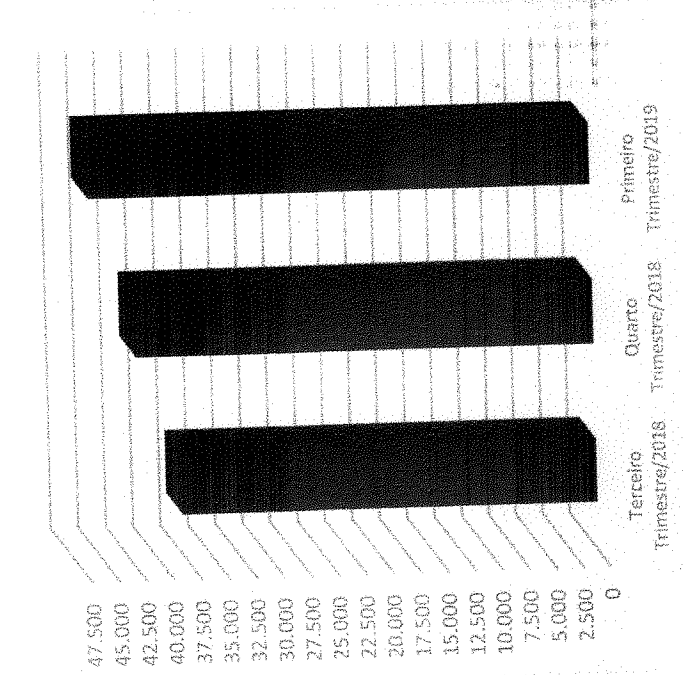
# Síntese dos Períodos

Período	SUS				Particulares e Convênios				TOTAL			
	Internados	Pronto Socorro	Externos	Total	Internados	Pronto Socorro	Externos	Total	Internados	Pronto Socorro	Externos	Total
Terceiro Trimestre/2018	122.233	49.152	34.901	206.286	15.390	9.584	13.018	37.992	137.623	58.736	47.919	244.278
Quarto Trimestre/2018	117.620	48.401	30.992	197.013	13.964	10.498	17.434	41.896	131.584	58.899	48.426	238.909
Primeiro Trimestre/2019	110.958	39.522	36.498	186.978	11.016	8.904	24.018	45.941	121.974	48.426	60.516	232.919

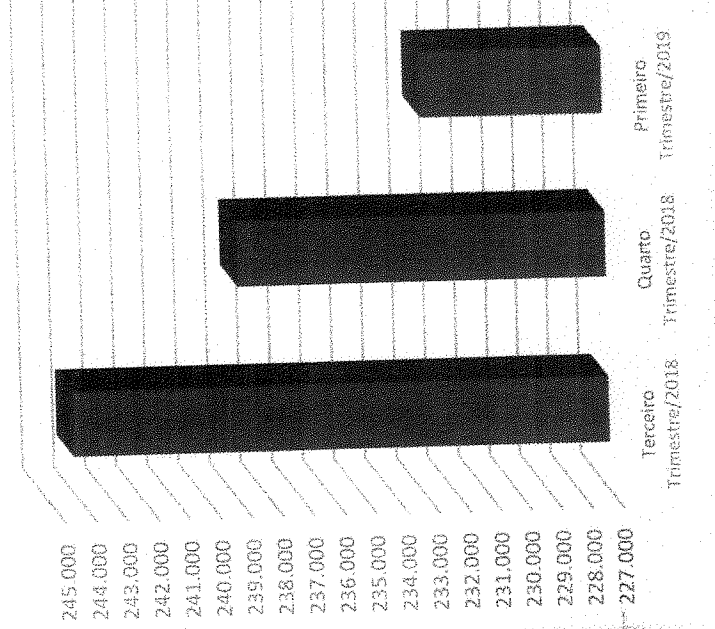
Total de atendimentos SUS



Total de atendimentos Particulares e Convênios



Total de atendimentos Geral





## **FARMÁCIA SATÉLITE DA ONCOLOGIA**

### **ANÁLISE DE MELHORIAS NA FARMÁCIA SATÉLITE DA ONCOLOGIA A PARTIR DO 3º TRIMESTRE 2018**

**Período: 1º de Julho 2018 a 31 de Maio 2019**

## **INTRODUÇÃO**

Este relatório é mecanismo de acompanhamento das melhorias realizadas na farmácia satélite da oncologia no período de Julho de 2018 a Maio 2019.

### **3º TRIMESTRE 2018**

- Revisão de todos os processos da farmácia satélite da oncologia
- Melhoria na qualidade dos materiais comprados para atendimento dos pacientes.

### **4º TRIMESTRE 2018**

- Ampliação do setor de Oncologia, sendo liberado para uso 1 consultório para atendimento;
- Início do processo de Acreditação via QMentun no setor de Oncologia;
- Implantação no serviço social no setor da oncologia;
- Contratação de mais um funcionário para o setor administrativo da oncologia.
- Revezamento dos farmacêuticos para os plantões dos finais de semana e feriados

### **1º TRIMESTRE 2019**

- Contrato e parcerias com indústrias farmacêuticas para fornecimento de medicamentos de qualidade;
- Reposição da vaga de farmacêutico na oncologia que anteriormente era ocupada pelo Eliéser;
- Implantação de indicadores de qualidade na oncologia;
- Mudança no quadro de horário dos colaboradores da equipe de oncologia, com a finalidade de ampliação do tempo de atendimento dos pacientes;
- Implantação da educação continuada dos colaboradores da equipe





## 2º TRIMESTRE 2019

- Implantação da Farmácia clínica no setor de Oncologia;
- Mudança nas apresentações farmacêuticas dos medicamentos com a principal finalidade de melhor gerenciamento de farmacoeconomia;
- Autorização para compra de mais uma impressora label para padronização das etiquetas de quimioterápicos dispensados em seringas;
- Autorização para compra de mais um refrigerador para o setor da oncologia.

## PROJETOS

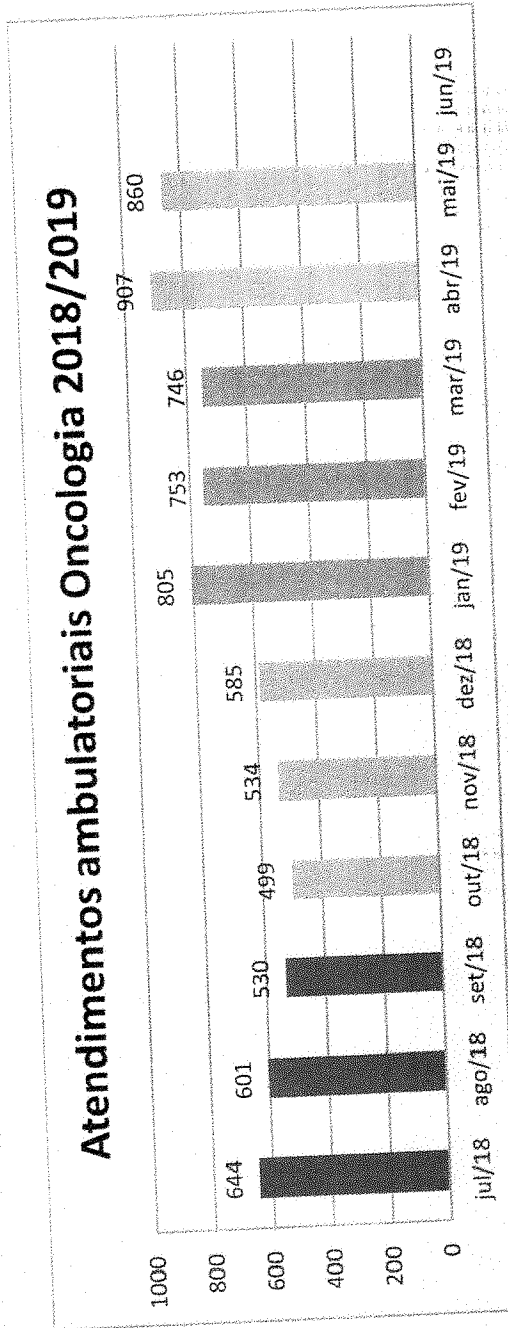
- Expansão física do setor de oncologia;
- Melhoria das instalações do setor;
- Melhoria na análise dos indicadores de qualidade;
- Ampliação da farmácia clínica com atendimento de acompanhamento dos pacientes em tratamento quimioterápico domiciliar em parceria com o programa saúde da família;
- Padronização dos medicamentos do setor para apresentações genéricas;
- Sala exclusiva para atendimentos das farmacêuticas;

Fonte: Dados retirados do sistema de informação do Hospital das Clínicas Samuel Libânio - TASY



## RELACÃO ANUAL DE ATENDIMENTOS NO SETOR DE ONCOLOGIA

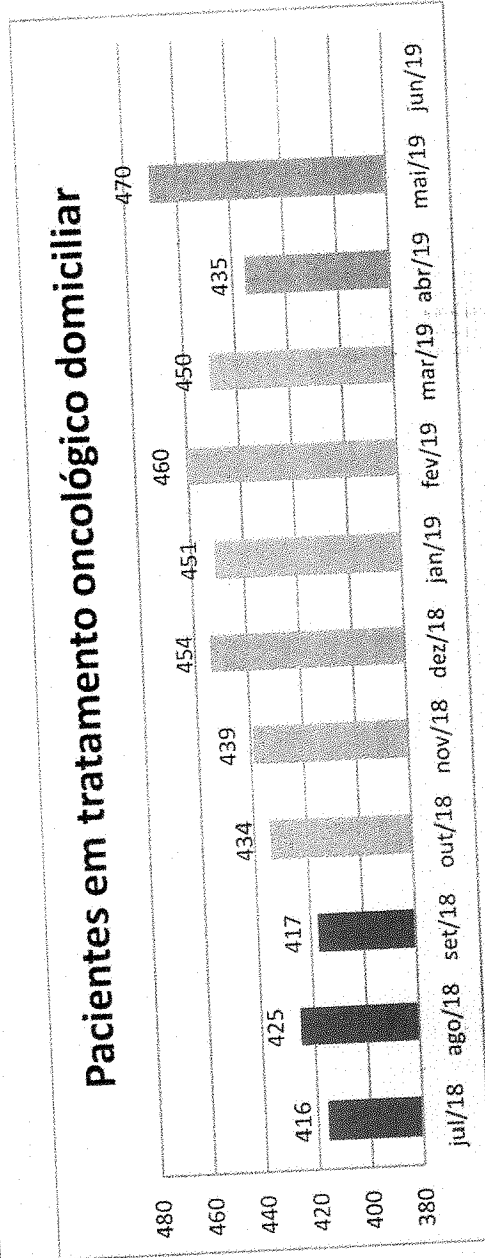
Atendimentos ambulatoriais Oncologia 2018/2019											
3º trimestre 2018	ago/18	601	set/18	530	out/18	499	nov/18	534	dez/18	585	805
4º trimestre 2018	jan/19	805	fev/19	753	mar/19	746	abr/19	907	mai/19	860	jun/19
1º trimestre 2019											
2º trimestre 2019											





**RELAÇÃO ANUAL DE ATENDIMENTOS ONCOLÓGICO DOMICILIAR**

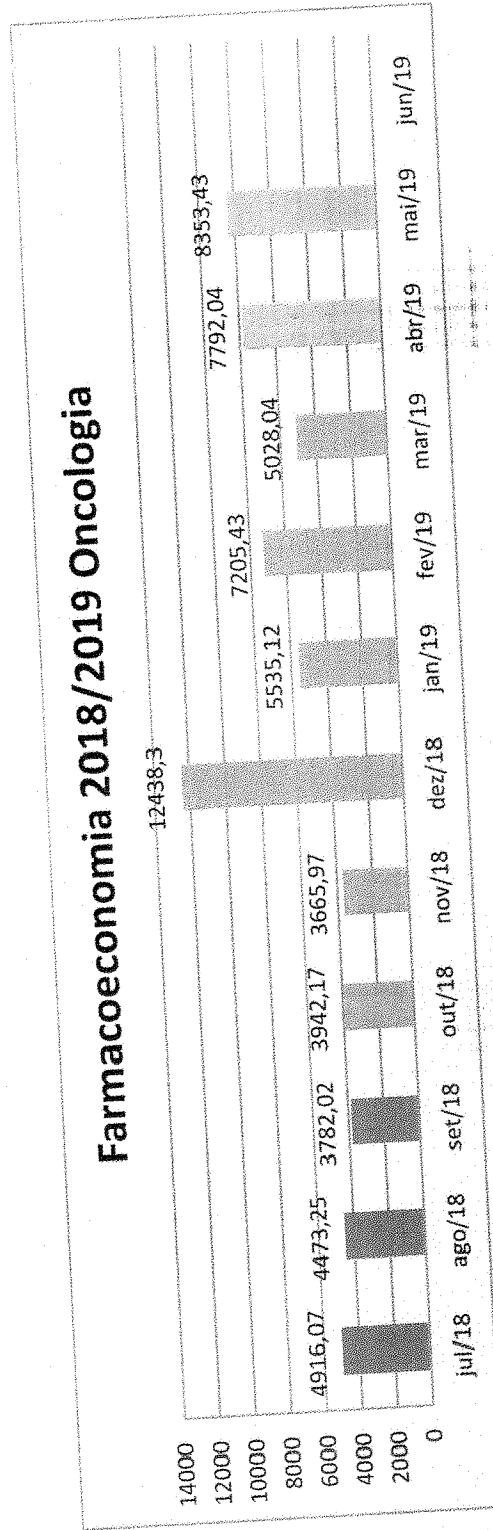
Pacientes em tratamento oncológico domiciliar 2018/2019												
jul/18	ago/18	set/18	out/18	nov/18	dez/18	jan/19	fev/19	mar/19	abr/19	mai/19	jun/19	
416	425	417	434	439	454	451	460	450	435	470		
3º trimestre 2018				4º trimestre 2018				1º trimestre 2019				2º trimestre 2019





## RELAÇÃO ANUAL DE FARMACOECONOMIA NO SETOR DE ONCOLOGIA

Atendimentos ambulatoriais Oncologia 2018/2019											
1258 Atendimentos			1618 Atendimentos				2304 Atendimentos				1767 Atendimentos
jul/18	ago/18	set/18	out/18	nov/18	dez/18	jan/19	fev/19	mar/19	abr/19	mai/19	jun/19
644	601	530	499	534	585	805	753	746	907	860	
3° trimestre 2018			4° trimestre 2018				1° trimestre 2019				2° trimestre 2019





HOSPITAL DAS CLÍNICAS  
**SAMUEL LIBÂNIO**

**AGÊNCIA TRANSFUSIONAL**

**ANÁLISE DE MELHORIAS DA AGÊNCIA TRANSFUSIONAL A  
PARTIR DO 4º TRIMESTRE 2018**

**Período: 1º de Outubro 2018 a 31 de Maio 2019**

## INTRODUÇÃO

Este relatório é mecanismo de acompanhamento das melhorias realizadas na agência transfusional no período de Outubro de 2018 a Maio 2019.

### 4º TRIMESTRE 2018

- Revisão de processos do setor de Agência Transfusional.
- Foi orçado um novo módulo do sistema Tasy para o setor de Agência Transfusional.

### 1º TRIMESTRE 2019

- Reestruturação do Comitê Transfusional.
- Revisão da equipe de trabalho do setor.
- Aprovação da implantação do novo módulo do sistema Tasy para o setor Agência Transfusional.

### 2º TRIMESTRE 2019

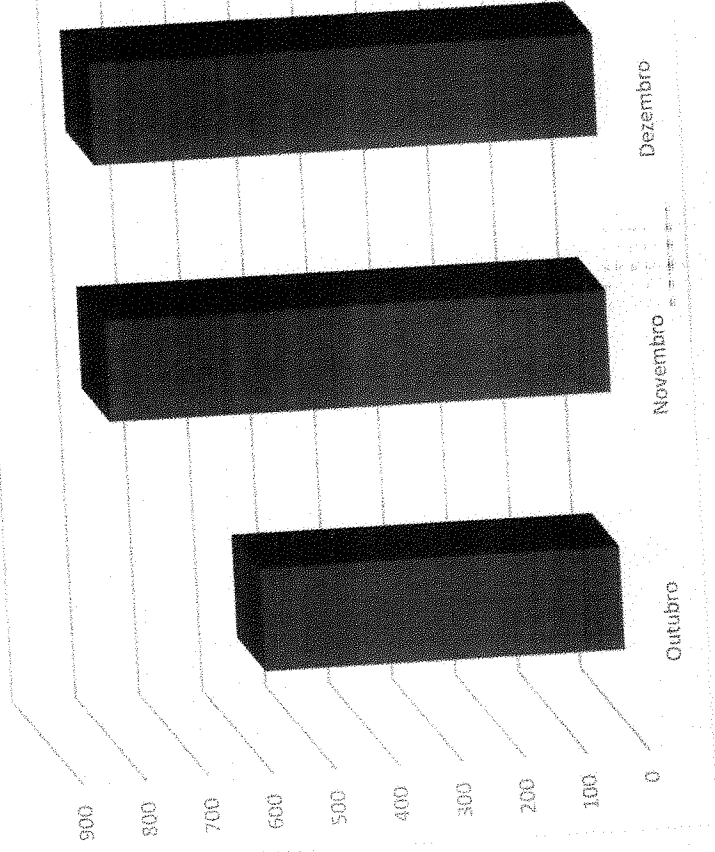
- Separação definitiva de liderança da Agência Transfusional (Dividia RT com o Laboratório de Análises Clínicas) – Impactando diretamente na qualidade do trabalho no setor.
- Implantação do novo módulo do sistema Tasy pela empresa DigiSystem através da assessora Fernanda. A mesma permaneceu em nosso hospital por 3 semanas completas e mais 3 dias, realizou o treinamento com toda a equipe tanto da agência transfusional quanto de enfermagem, acompanhou a virada do sistema e todas as suas intercorrências. Este novo módulo permite o gerenciamento eletrônico de toda parte transfusional do hospital.
- Estão sendo feitas melhorias para os colaboradores do setor (parte interna), para o trabalho diário – bancada, armários e fluxo.

# Agência Transfusional do Hospital das Clínicas Samuel Libânio

## 4º Trimestre de 2019

Mês	Outubro	Novembro	Dezembro
Transfusões Efetivas	572	795	798

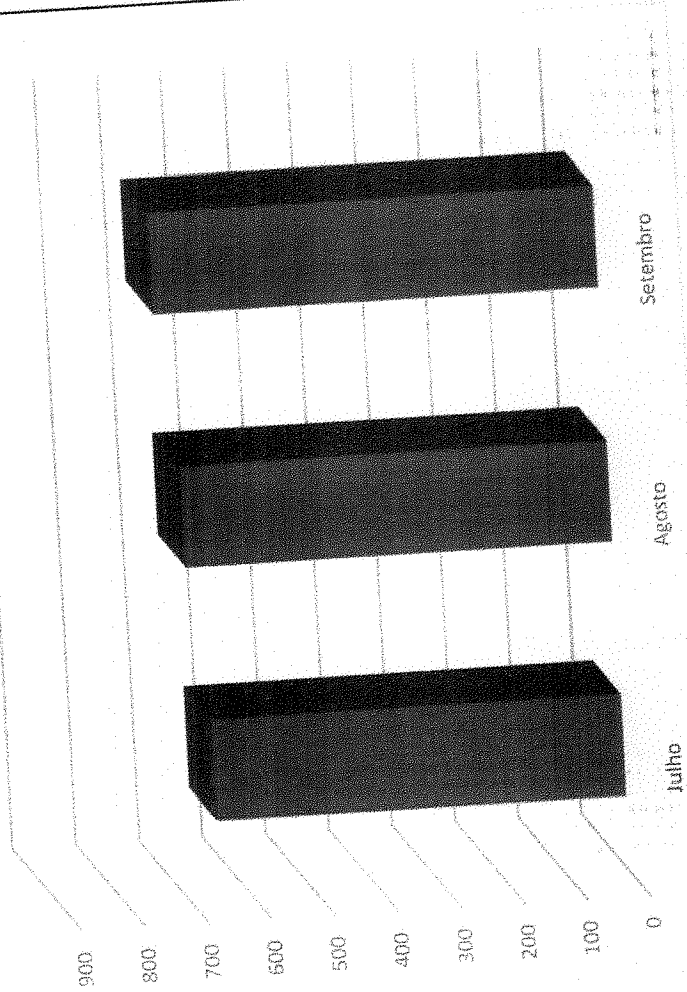
Transfusões Efetivas



## 3º Trimestre de 2018

Mês	Julho	Agosto	Setembro
Transfusões Efetivas	648	675	704

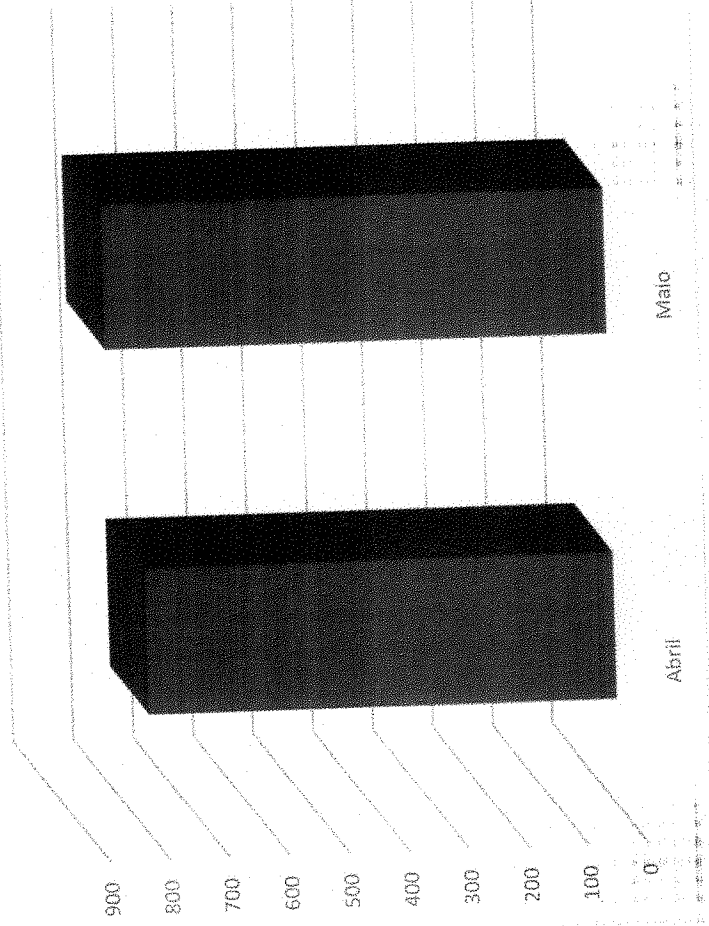
Transfusões Efetivas



**2º Trimestre de 2019**

Mês	Abril	Mai	Junho
Transfusões Efetivas	782	837	

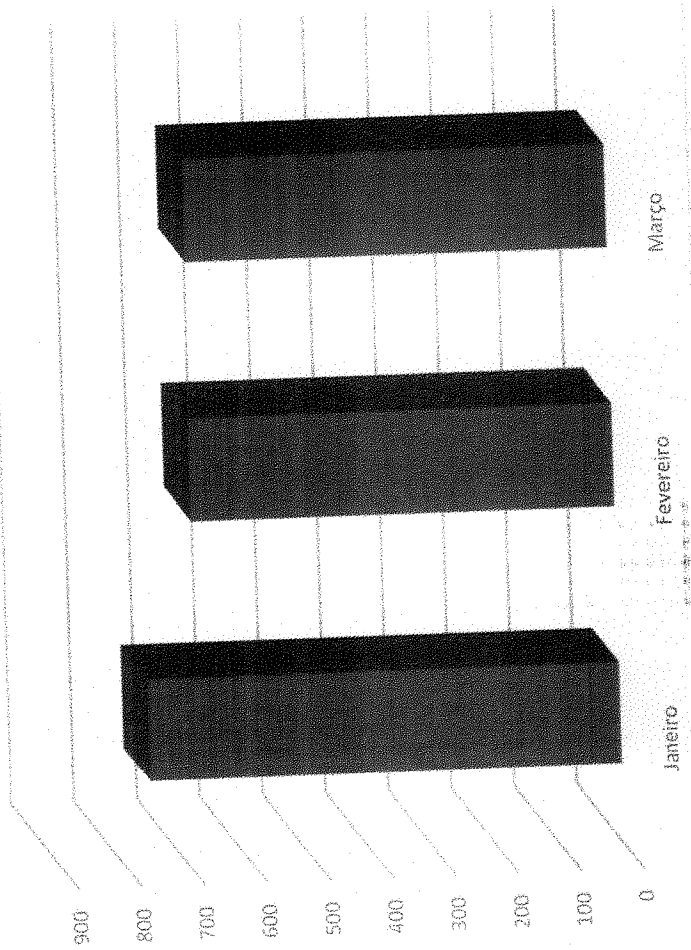
Transfusões Efetivas



**1º Trimestre de 2019**

Mês	Janeiro	Fevereiro	Março
Transfusões Efetivas	750	674	671

Transfusões Efetivas





### Síntese dos Períodos

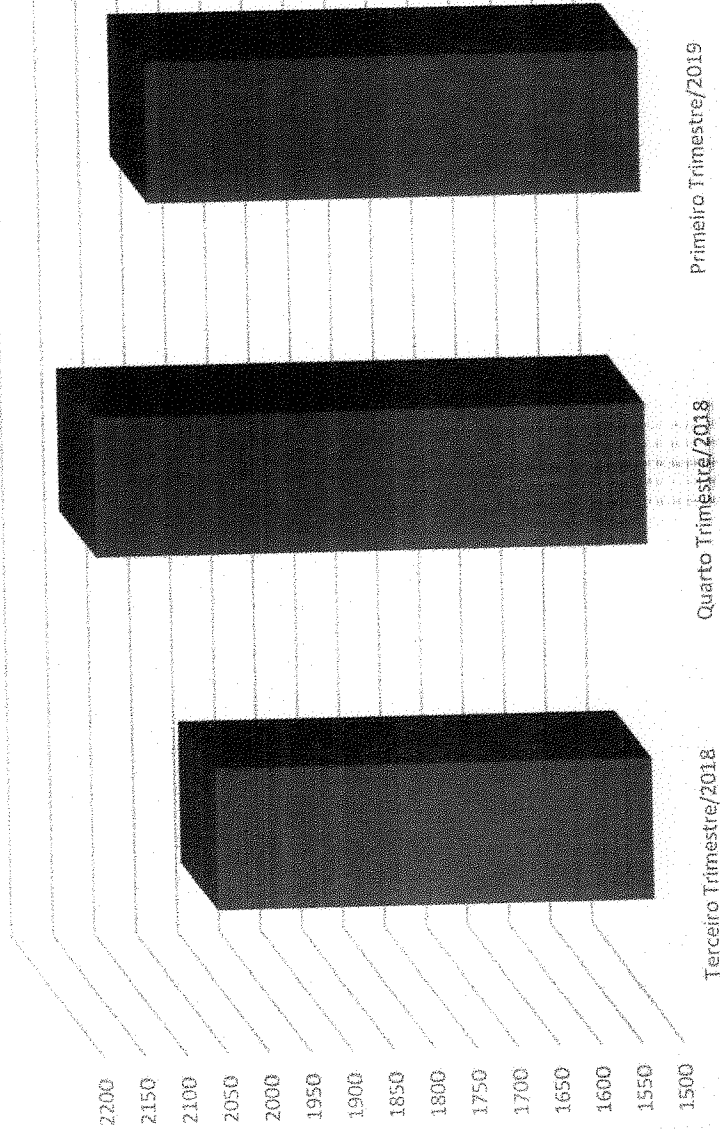
Mês	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maior
Transfusões Efetivas	648	675	704	572	795	798	750	674	671	782	837

Terceiro Trimestre/2018	2027
Quarto Trimestre/2018	2165
Primeiro Trimestre/2019	2095

\*O número total de transfusões varia de acordo com número de procedimentos realizados pelo hospital e também pela complexidade dos mesmos, uma vez que quanto maior e mais complexo o procedimento maior as chances de necessitar de transfusão.

\*Como não havia o sistema Tasy implantado as estatísticas são manuais. A partir de Junho/2019 teremos como compilar mais dados e de maneira mais rápida e eficiente, pois foi implantado o módulo Hemotransfusão do sistema Tasy.

Síntese do Total de Transfusões





HOSPITAL DAS CLÍNICAS  
**SAMUEL LIBÂNIO**

**ENFERMAGEM**

**ANÁLISE DE MELHORIAS NA ENFERMAGEM**

**Período: FEVEREIRO 2019 ATÉ A PRESENTE DATA.**



HOSPITAL DAS CLÍNICAS  
**SAMUEL LIBÂNIO**

**Modificações no HCSL – Na Enfermagem Fevereiro de 2019 até o momento**

- Padronização do uso do branco, isso deu destaque aos profissionais de enfermagem.
- Adorno zero em 100% dos profissionais assistenciais, seguindo rigorosamente as determinações da NR 32.
- Implantação de 100% do protocolo de cirúrgica segura.
- Reunião da HORA H, com representantes do Centro Cirúrgico, enfermagem e administrativo, agendamento, OPME, autorizações, CME e gestão de leitos, onde tivemos uma diminuição significativa de cancelamentos de cirurgias, por falta de leitos.
- Incentivamos as notificações de não conformidades/eventos adversos, que eram de 90 por mês e passamos há uma média de 1.500 em 3 meses.
- Contratação de novos enfermeiros para melhor gestão e implantação de melhorias, que devem ser contínuas.
- Aumento de quadro para PS de 06 colaboradores, para atender melhor a grande demanda de pacientes.
- Implantação da anotação de enfermagem eletrônica na UTI II.
- Criação, implantação e gerenciamento do protocolo de Dor torácica, diminuindo o tempo porta balão e as comorbidades dos pacientes atendidos.
- Criação e fase de implantação do protocolo de Sepse, dando tempo hábil de tratamento aos pacientes.



HOSPITAL DAS CLÍNICAS  
SAMUEL LIBÂNIO

## Relatório de resultados parciais Projeto Qmentum

### Justificativas:

Este relatório tem por finalidade mostrar os resultados parciais alcançados em 4 meses de implementação do projeto, que visa alinhar os processos operacionais em escala, de tal forma a evitar os gargalos e liberar o fluxo para melhorar o atendimento aos usuários.

Também está inserido no arcabouço do projeto identificar e medir os níveis de desperdícios no manuseio de remédios, materiais de insumos, a devida alocação dos recursos humanos em face à parametrização de tempos padrões versus quantidade de operadores, criação de um novo modelo de cultura organizacional para definir como prática essencial o aumento à segurança do paciente e a minimização dos riscos.

As diretrizes do projeto Qmentun fornecem a fundamentação de sua importância, que é especificamente a segurança do paciente e a gestão da segurança institucional. Esse alinhamento objetiva impor o acompanhamento adequado para se combater o erro adverso, proveniente a um incidente inesperado e indesejável.

É importante ressaltar que mudanças sistêmicas profundas são obtidas à longo prazo, sendo esse aprendizado organizacional abrangente aos pacientes, colaboradores e prestadores de serviços.

Será descrito à seguir os projetos desenvolvidos no contexto Qmentum que estão em fase de implantação e alguns resultado parciais.

### Projeto Lavanderia

Aplicação do projeto Lean Production: em andamento.

Valor economizado: 489.188,64 [R\$/ano].

Detalhamento do projeto: anexo I.

Objetivo Próxima Fase: eliminação de mais 20 colaboradores da lavanderia.

### Projeto Pronto Socorro

Aplicação dos conceitos do Lean Healthcare: em andamento.

Melhorias:

- Redução do tempo do eletrocardiograma de 45 minutos para 10 minutos.
- Redução do tempo de entrega dos exames de sangue em 30%.
- Aumento da confiabilidade na validação das prescrições da farmácia em 70%.

Detalhamento do projeto: anexo II.

Objetivos Próximas Fases: melhoria no fluxo do setor e redução do tempo médio de permanência do paciente (length of stay) em 50%.

### Projeto Farmácia

Aplicação do Value Stream Mapping: em andamento

Melhorias:

- Redução do retrabalho dos kits devolvidos na farmácia em 10%

Detalhamento do projeto: anexo II.

Objetivos Próximas Fases: controle de eletrólitos concentrados, segurança no uso da heparina, rastreamento de medicamentos de alta vigilância e segurança no uso de narcóticos.

### Projeto UTI

Aplicação do Lean Healthcare: em andamento

Melhorias:

- Alocação ideal dos enfermeiros nos leitos.

Detalhamento do projeto anexo II.

Objetivos Próximas Fases: prevenção de úlceras de pressão, profilaxia do tromboembolismo venoso e controle de estoque do setor em tempo real.

## Projeto de Racionalização Energia Elétrica - previsto

O presente projeto visa o uso do gerador de energia à diesel (já existente no hospital) para cogeração de energia em horário de pico (HP). Ao analisar dados técnicos e econômicos providos e avaliar a compra de um novo Grupo Gerador (caso o existente seja tecnicamente ineficaz para geração em HP) é possível afirmar que o projeto é viável, apresentando um Valor Presente Líquido (VPL) de R\$ 1.439.841,18 e uma rentabilidade de 88,04% aa. Vale ressaltar ainda a economia gerada ao hospital, que apenas com a ligação em HP do gerador permitiria uma redução anual de aproximadamente R\$ 176.404,78.

Detalhamento do projeto anexo III.

### Projetos de Inovação (P&D HealthCare)

- Entrega de medicamentos da farmácia via duto.  
Grande potencial de comercialização.  
Cliente aguardando solução: Santa Paula (Pouso Alegre – MG).
  
- Controle dos itens de lavanderia por etiquetas inteligentes.  
Grande potencial de comercialização.  
Clientes aguardando solução: Santa Paula (Pouso Alegre – MG) e Albert Einstein (São Paulo – SP).
  
- Acompanhamento em tempo real de itens de alto valor da Engenharia Clínica por meio do RFID.  
Médio potencial de comercialização.
  
- Gestão de leitos utilizando dispositivos móveis em tempo real.  
Grande potencial de comercialização.
  
- Redirecionamento automático de pacientes (método da contra-referência assistida).  
Grande potencial de comercialização.  
Clientes aguardando solução: Hospitais da rede pública (Brasil/Internacional)

Obs: os projetos de inovação não serão detalhados no presente documento por se tratar de informação sigilosa e confidencial de propriedade intelectual.

TIPO	PROBLEMA CENTRAL	AÇÕES		Observação														
		1ª	2ª	Status	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	Mock								
Modelo de Gestão	Diretrizes estratégicas e Desdobramentos	Início	Estruturar as práticas de Governança Corporativa.							X								
		Início	Definir os papéis e responsabilidades dos gestores frente às estratégias da organização.							X								
		Início	Estruturar a gestão por processos.	X	75%	Aguardando validação	X											
		Início	Definir missão, visão e valores.				X											
		Início	Estruturar o planejamento estratégico e os planos operacionais.	X	10%	Aguardando Jusselma de finir												
		Início	Definir os resultados dos microsistemas clínicos.	X	80%	Pendente divulgação/tasy												
		Início	Determinar levantamento do perfil epidemiológico.															
		Início	Determinar levantamento de dados estratégicos e os resultados clínicos esperados.	X	10%	Paciente crítico (cardíaco)	X											
		Início	Estruturar plano de comunicação e gestão da mudança.								X							
		Início	Definir estratégias de participação de coordenadores acadêmicos e residentes no desenvolvimento de melhoria dos processos assistenciais.									X						
		Início	Equilibrar as demandas da academia e do hospital quando da definição de diretrizes de qualidade e segurança assistencial.											X				
		Política de ética corporativa	Compliance	Início	Estruturar método de coleta, tratamento e validação de dados.													
Início	Estruturar o quadro ético, incluindo Bioética e Ética em Pesquisa.			X	100%	Quadro ético estruturado (primeira reunião prevista para Junho).												
Início	Definir ferramenta e fluxo para tomada de decisão mediante dilemas éticos.																	
Início	Definir política de avaliação de fornecedores críticos de produtos e serviços.			X	50%	Aguardando agendamento das visitas a empresas.												
Início	Estruturar as comissões obrigatórias, prioritariamente: Revisão de Óbitos, Revisão de Prontuário, Padronização de Mat./Med, Tecnovigilância, Hemovigilância, Farmacovigilância.			X	100%	Comissões estruturadas												
Início	Definir estrutura de farmácia e gestão de suprimentos.			X	10%	Atualmente quem realiza a gestão de suprimentos é o setor administrativo com suporte da farmácia												
Início	Estruturar plano de manutenção programada de equipamentos e predial.										X							
Início	Estruturar a gestão do laboratório quanto aos requisitos básicos de qualidade analítica e impacto na prática clínica.										X							
Início	Determinar a validação de controles de qualidade da água por responsável habilitado.																	
Início	Estruturar gestão de custos e alocação de recursos conforme complexidade de atendimento.																	
Solução de problemas sistêmicos	Governança			Início	Definir os membros e método de acompanhamento dos times de alta performance (sugestão: Cuidados Paliativos, Cuidados Críticos).	X	100%	Em acompanhamento os times de IAM/dor torácica e Sepse				X						
				Início	Determinar a participação do laboratório clínico no Time de Melhoria de coordenação do cuidado.													
		Início	Estabelecer os critérios e os processos para gestão do acesso.															
		Início	Estruturar a cadeia medicamentosa e a responsabilidade técnica sobre o uso e gerenciamento de medicamentos.	X	10%	A cadeia medicamentosa esta sendo revisada e reestruturada												
		Início	Definir plano de sucessão para CEO, diretores e cargos de relevância para o negócio.															
		Início	Estruturar programa de capacitação de habilidades não técnicas, como solução de problemas, análise de riscos, gestão de conflitos, etc.															
		Início																

INDICADOR	UNIDADE	TIPO	PROGRESSO (%)	DESCRIÇÃO	REQUISITOS	STATUS	COMENTÁRIOS			
Cultura de Segurança	Gerenciamento de riscos e análise crítica de indicadores e ações de melhoria.	Definir plano de capacitação de análise crítica de indicadores e ações de melhoria.				X				
		Estruturar programa de saúde ocupacional e qualidade de vida com base no perfil epidemiológico.				X				
		Determinar método de avaliação do ambiente de trabalho quanto ao nível de estresse.				X				
		Definir política institucional de segurança (inclui as ROPs).	X		80%	Pendente implantar estratégia para otimizar a participação da família no cuidado do paciente. Pendente implantar controle de fármacos de alta vigilância (estoque de eletrólitos de alta concentração, uso de Heparina, abreviações perigosas). Atualmente utilizamos para a dispensação dos fármacos de alta vigilância embalagens individuais identificadas por cores (amarela psicorróptico e vermelha para alta letalidade e transparente demais medicações).			X	
			Definir política de comunicação com paciente mediante incidentes. Definir política de registro seguro.					X		
Interação entre os processos	Capacitação e desenvolvimento interprofissional	Definir a política de prevenção e controle de infecção.				X				
		Estruturar níveis de responsabilidades quanto ao gerenciamento de incidentes com pacientes.								
		Estabelecer a inclusão de pacientes e familiares no plano terapêutico.								
		Determinar a realização da Pesquisa de Cultura/Clima de Segurança.					X			
		Estruturar plano de atendimento à múltiplas vítimas e situações de catástrofes.						X		
		Definir a realização anual do simulado de emergências e catástrofes.								
Elaboração, desenvolvimento e implementação de protocolos clínicos	Capacitação e desenvolvimento interprofissional	Estabelecer e gerenciar os acordos de nível de serviço entre processos internos e externos.	40%			X				
		Treinar equipes para desenvolvimento de trabalho colaborativo e alcance de objetivos comuns.					X			
		Selecionar os protocolos clínicos conforme prevalência, gravidade e rentabilidade.								
		Implantar os protocolos básicos de segurança do paciente.	80%		Pendente gerenciamento e controle de uso dos protocolos	X				
Coordenação das ações assistenciais	Gestão de Equipamentos	Implantar protocolo de manejo da dor e abreviação de jejum.				X				
		Implantar protocolo de atendimento de intercorrências em unidades não críticas.					X			
		Estabelecer composição e atuação da equipe interdisciplinar na coordenação da assistência.					X			
Análise Prospectiva dos Perigos	Gestão de Equipamentos	Otimizar o fluxo de informação em prontuário e a comunicação oportuna entre profissionais na produção do cuidado.				X				
		Executar o plano de manutenção programada.					X			
		Realizar a verificação diária de equipamentos de suporte à vida.	80%		Pendente otimização da verificação diária pela engenharia.	X				
		Realizar avaliação de efetividade das barreiras de proteção e seu impacto na assistência.								
		Estruturar plano e projeto terapêutico com definição de metas clínicas.					X			



**ESTRUTURA ASSISTENCIAL**

Planejamento da Assistência	Objetivos	Indicadores	Plano de Ação	Responsável	Prévio	Atual	Próximo
Planejamento da Assistência	da assistência interdisciplinar.	Início				X	
	Estabelecer plano de alta interdisciplinar e seguimento terapêutico.	Início				X	
	Selecionar os escores prognósticos e de nível de assistência conforme o plano de alta.	Início					X
	Incluir os riscos relacionados ao uso de medicamentos de alta vigilância no projeto terapêutico.	Início	1%	Iniciaremos a construção			
	Estabelecer sistemática de monitoramento dos sinais vitais em unidades abertas.	Início	100%	Pendente divulgação no Tasy			
	Implantar a assistência farmacêutica.	Início				X	
	Implantar protocolos de segurança do manejo de medicamentos de alta vigilância.	Início	90%	Pendente treinamento e implementação			
	Implantar protocolo de uso seguro de medicamentos (inclui diluição, via e velocidade de administração, interações fármaco-fármaco e fármaco-nutriente).	Início	10%	Realizando revisão e implementação de informações conforme solicitação			X
	Implantar critérios (gatilhos) de busca ativa de erros relacionados à medicamentos.	Início				X	
	Participar ativamente dos projetos de melhoria da assistência.	Início					X
Uso de medicamentos	Atuar de forma proativa da implementação e seguimento do plano assistencial.	Início					
	Realizar avaliação de fornecedores e laboratório de apoio com critérios técnicos.	Início	20%	Agendada para junho com a Hermes Pardini, pendente agendar com Álvaro e Diagnósticos do Brasil			
Apelo ao diagnóstico e seguimento terapêutico							

Práticas de Segurança - ROPs							
	2ª Avaliação	3ª Avaliação	4ª Avaliação	5ª Avaliação	6ª Avaliação	7ª Avaliação	Mock
<b>C</b>	<b>NC</b>	<b>PC</b>					
<b>b</b>	<b>CULTURA DE SEGURANÇA</b>						
<b>2</b>	<b>Notificação de Eventos</b>						
<b>a</b>	Existe uma política de notificação e método para relatar eventos adversos e erros.						
<b>b</b>	Melhorias são feitas após investigação e acompanhamento.						
<b>c</b>	<b>Plano de Segurança do Paciente</b>						
<b>d</b>	A organização avalia as questões de segurança dos pacientes.						
<b>3</b>	Existem um plano e um processo instituídos para tratar das questões identificadas de segurança dos pacientes.						
<b>a</b>	O plano inclui a segurança dos pacientes como uma meta ou prioridade estratégica.						
<b>b</b>	A organização aloca recursos para apoiar a implementação do plano de segurança do paciente.						
<b>c</b>	<b>Relatórios sobre Segurança do Paciente</b>						
<b>4</b>	A alta administração recebe relatórios trimestrais de segurança do paciente.						
<b>a</b>	Os relatórios trimestrais de segurança descrevem atividades e realizações específicas da organização que apoiam as metas e objetivos na área de segurança do paciente.						
<b>b</b>	Há evidências do envolvimento da alta administração na prestação de apoio às atividades e realizações, bem como evidências da adoção das medidas recomendadas nos relatórios trimestrais de segurança do paciente.						
<b>II.</b>	<b>Análise Prospectiva sobre Segurança do Paciente</b>						
<b>5</b>	Pelo menos uma análise prospectiva foi realizada no último ano.						
<b>a</b>	A organização utiliza informações geradas pela análise para fazer melhorias.						
<b>b</b>	<b>COMUNICAÇÃO -time auxiliar de enfermagem estratégica (no máx 8)</b>						
<b>6</b>	<b>Papel do paciente e familiar na segurança</b>						
<b>a</b>	A equipe elabora informações verbais e escritas destinadas a clientes e famílias sobre o papel deles na promoção da segurança.						
<b>b</b>	A equipe fornece informações verbais e por escrito para clientes e famílias sobre o papel deles na promoção da segurança.						

	<b>C</b>	<b>NC</b>	<b>PC</b>				
<b>b</b>	<b>CULTURA DE SEGURANÇA</b>						
<b>2</b>	<b>Notificação de Eventos</b>						
<b>a</b>	Existe uma política de notificação e método para relatar eventos adversos e erros.						
<b>b</b>	Melhorias são feitas após investigação e acompanhamento.						
<b>c</b>	<b>Plano de Segurança do Paciente</b>						
<b>d</b>	A organização avalia as questões de segurança dos pacientes.						
<b>3</b>	Existem um plano e um processo instituídos para tratar das questões identificadas de segurança dos pacientes.						
<b>a</b>	O plano inclui a segurança dos pacientes como uma meta ou prioridade estratégica.						
<b>b</b>	A organização aloca recursos para apoiar a implementação do plano de segurança do paciente.						
<b>c</b>	<b>Relatórios sobre Segurança do Paciente</b>						
<b>4</b>	A alta administração recebe relatórios trimestrais de segurança do paciente.						
<b>a</b>	Os relatórios trimestrais de segurança descrevem atividades e realizações específicas da organização que apoiam as metas e objetivos na área de segurança do paciente.						
<b>b</b>	Há evidências do envolvimento da alta administração na prestação de apoio às atividades e realizações, bem como evidências da adoção das medidas recomendadas nos relatórios trimestrais de segurança do paciente.						
<b>II.</b>	<b>Análise Prospectiva sobre Segurança do Paciente</b>						
<b>5</b>	Pelo menos uma análise prospectiva foi realizada no último ano.						
<b>a</b>	A organização utiliza informações geradas pela análise para fazer melhorias.						
<b>b</b>	<b>COMUNICAÇÃO -time auxiliar de enfermagem estratégica (no máx 8)</b>						
<b>6</b>	<b>Papel do paciente e familiar na segurança</b>						
<b>a</b>	A equipe elabora informações verbais e escritas destinadas a clientes e famílias sobre o papel deles na promoção da segurança.						
<b>b</b>	A equipe fornece informações verbais e por escrito para clientes e famílias sobre o papel deles na promoção da segurança.						

**a** A instituição dispõe de um método para identificação dos pacientes (por exemplo pulseiras de identificação, identificação por foto, etc.) padronizado em toda a instituição.

C

**b** A equipe utiliza pelo menos dois identificadores (ex.: nome completo e data de nascimento) para identificar um paciente antes de realizar qualquer assistência ou procedimento. O número do quarto do paciente não deverá ser utilizado para fins de identificação.

C

**Abreviações Perigosas**

**c** A lista "Não usar" inclui abreviações, símbolos e designações de doses conforme identificados pela "Lista de abreviações, símbolos e designações de doses passíveis de erro" do ISMP (Institute of Safe Medication Practices, ou Instituto de Práticas Seguras no Uso de Medicamentos) disponível em [www.ismp.org/tools/errorproneabbreviations.pdf./](http://www.ismp.org/tools/errorproneabbreviations.pdf/) [www.boletimbrasil.org/boletins/pdfs/boletim\\_ISMP\\_31.pdf](http://www.boletimbrasil.org/boletins/pdfs/boletim_ISMP_31.pdf)

NC

**d** A organização implementa a lista "Não usar" e ela é aplicada em toda documentação relacionada a medicamentos, seja manuscrita ou digitada.

NC

**e** Os formulários relacionados ao uso de medicamentos não incluem nenhuma abreviação, símbolo ou designação de dose identificados na lista "Não usar".

NC

**f** Abreviações perigosas, símbolos e designações de doses não são usados nos rótulos e formulários emitidos pela farmácia.

NC

**g** A organização orienta os colaboradores sobre a lista e informa quando ocorrem mudanças.

PC

**8** A organização atualiza a lista e implanta alterações necessárias aos processos internos.

C

**a** A organização faz auditoria de conformidade com a lista "Não usar" e implementa mudanças nos processos de acordo com os pontos fracos identificados.

NC

**Reconciliação Medicamentosa como prioridade estratégica**

**c** Reconciliação Medicamentosa é implementada em uma área de atendimento ao cliente no momento da internação.

NC

**9** Há um plano para implementar a reconciliação medicamentosa em toda a organização.

PC

**a** O plano inclui locais e prazos para a implementação da reconciliação medicamentosa em toda a organização.

PC



e) programa incluir níveis de responsabilidade para implantação.

O programa é interdisciplinar, com farmacêuticos, médicos infectologistas, médicos de outras especialidades, pessoal da microbiologia, enfermeiros, administradores hospitalares e especialistas em sistemas de informação, conforme disponível e apropriado.

13

O programa inclui intervenções para otimizar o uso de antimicrobianos que podem incluir auditoria e feedback, um formulário terapêutico para antimicrobianos padronizados e indicações aprovadas, orientação, receituário para antimicrobianos, diretrizes clínicas para o uso de antimicrobianos, estratégias para racionalização ou descalonamento da terapia, otimização de doses e conversão de endovenoso para oral (onde apropriado).

a

O programa é avaliado continuamente e os resultados são divulgados às partes interessadas na organização.

b

#### Controle de Eletrólitos Concentrados

c

A organização faz auditorias frequentes, dos seguintes eletrólitos concentrados nas áreas de prestação de serviços:

Cálcio (todos os sais): concentrações acima ou igual a 10%

Sulfato de magnésio: concentrações acima de 20%

Potássio (todos os sais): concentrações acima ou igual a 2 mmol/ml (2 mEq/ml)

Sódio (acetato e fosfato): concentrações acima ou igual a 4 mmol/ml

Cloreto de sódio: concentrações acima de 0,9%

NC

A organização evita, sempre que possível, estocar os seguintes eletrólitos concentrados nas áreas de prestação de serviços:

Cálcio (todos os sais): concentrações acima ou igual a 10%

Sulfato de magnésio: concentrações acima de 20%

Potássio (todos os sais): concentrações acima ou igual a 2 mmol/ml (2 mEq/ml)

Sódio (acetato e fosfato): concentrações acima ou igual a 4 mmol/ml

Cloreto de sódio: concentrações acima de 0,9%

NC

Quando for necessário ter eletrólitos concentrados em determinadas áreas de prestação de serviços, o comitê interdisciplinar da organização para gestão de medicamentos analisa e aprova os motivos de tal disponibilidade e as proteções instaladas para minimizar o risco de erro.

b

NC

**d** A organização realiza auditoria frequente de produtos de heparina não fracionada e de baixo peso molecular nas áreas de prestação de serviços.

NC

**15** A organização não estoca heparina não fracionada de dose alta (50.000 unidades total por recipiente) nas áreas de prestação de serviços.

NC

**a** A organização está tomando as medidas para limitar a disponibilidade dos seguintes produtos de heparina nas áreas de prestação de serviços:  
 Heparina de baixo peso molecular: o uso de frascos-ampola multidoso está limitado às áreas de atendimento crítico para doses de tratamento

NC

Heparina não fracionada (dose alta): superior ou igual a 10.000 unidades total por recipiente (p.ex. 10.000 unidades/1 ml; 10.000 unidades/10 ml; 25.000 unidades/5ml; 30.000 unidades/30 ml) é fornecida para clientes específicos quando preciso  
 Heparina não fracionada para uso intravenoso: p.ex., 25.000 unidades/500 ml; 20.000 unidades/500 ml é fornecida para clientes específicos quando preciso

X

**b** Quando for necessário que os produtos de heparina acima citados estejam disponíveis em determinadas áreas de prestação de serviços a clientes, o comitê interdisciplinar de gestão de medicamentos revisará e aprovará os motivos para disponibilidade e as proteções instaladas para minimizar o risco de erro.

NC

**Medicamentos de Alta Vigilância**

**c** A organização tem uma política que rege a gestão de medicamentos de alta vigilância.

C

**d** A política identifica a pessoa ou pessoas responsáveis pela implantação e monitoração das normas.

C

**e** A política inclui uma lista de medicamentos de alta vigilância identificados pela organização.

C

**f** A política inclui procedimentos para armazenar, prescrever, preparar, administrar, dispensar e documentar cada medicamento de alta vigilância, conforme apropriado.

C

**g** A organização limita e padroniza as opções de concentração e volume disponíveis para medicamentos de alta vigilância.

C

**h** A organização faz regularmente auditoria dos medicamentos de alta vigilância nas áreas de serviços prestados aos clientes.

NC

17 a A organização fornece informações e treinamento contínuo para os funcionários sobre gestão dos medicamentos de alta vigilância.

C

17 a **Treinamento em Bomba de Infusão**

C

a Existe evidência documentada sobre educação contínua e eficaz em bombas de infusão.

C

b **Segurança no Uso de Narcóticos**

C

IV. A organização realiza auditorias frequentes nos seguintes narcóticos (opioides) nas áreas de prestação de serviços:

Fentaniil: ampolas ou frascos com dose total superior a 100 mcg por recipiente

HIDROMorfona: ampolas ou frascos com dose total superior a 2 mg

Morfina: ampolas ou frascos com dose total superior a 15 mg nas áreas de atendimento de adultos e 2 mg nas áreas da pediatria.

A organização evita estocar os seguintes narcóticos (opioides) nas áreas de prestação de serviços:

Fentaniil: ampolas ou frascos com dose total superior a 100 mcg por recipiente

HIDROMorfona: ampolas ou frascos com dose total superior a 2 mg

Morfina: ampolas ou frascos com dose total superior a 15 mg nas áreas de atendimento de adultos e 2 mg nas áreas da pediatria.

A organização evita estocar os seguintes narcóticos (opioides) nas áreas de prestação de serviços:

Fentaniil: ampolas ou frascos com dose total superior a 100 mcg por recipiente

HIDROMorfona: ampolas ou frascos com dose total superior a 2 mg

Morfina: ampolas ou frascos com dose total superior a 15 mg nas áreas de atendimento de adultos e 2 mg nas áreas da pediatria.

NC

NC

NC

NC

NC

NC

NC

NC

NC

NC

NC

NC

NC

NC

NC

NC

NC

NC

NC

NC

NC

NC

NC

NC

NC

NC

NC

NC

NC

**AMBIENTE DE TRABALHO**

**Programa de Manutenção Preventiva**

c Existe um programa de manutenção preventiva em vigor para todos os dispositivos e equipamentos.

NC

PC

PC

PC

PC

PC

PC

PC

PC

PC

PC

PC

PC

PC

PC

PC

PC

PC

b

c

d

19

a

b

c

V.

a Existe um acompanhamento documentado relacionado à investigação de incidentes e problemas que envolvem os dispositivos e equipamentos.

b **Treinamento em Segurança do Paciente**

c A organização oferece formação e educação frequente em segurança do paciente.

C

C

C

C

C





PC

24 a) A organização promove treinamentos e voluntários treinados sobre higiene das mãos para fazer melhorias em suas práticas de higiene das mãos.

**Treinamento sobre Higiene das Mãos**

25 a) A organização fornece aos colaboradores e voluntários treinamento sobre o protocolo de higiene das mãos.

**Diretrizes de Prevenção e Controle de Infecção**

26 a) A organização conhece e segue as diretrizes de prevenção e controle de infecção baseadas em evidências.

**Taxas de Infecção**

26 d) A organização rastreia as taxas de infecção.

26 a) A organização analisa surtos e faz recomendações para evitar recorrências.

26 b) Os colaboradores e os prestadores de serviços estão cientes das taxas de infecção e das recomendações das análises de surtos.

27 a) A organização fornece atualizações trimestrais sobre taxas de infecção.

**Reprocessamento**

27 a) Há evidências de que os métodos utilizados para o reprocessamento são eficazes.

27 b) Foram adotadas medidas para examinar e melhorar os métodos de reprocessamento onde indicado.

**Práticas Seguras para o Uso de Medicamentos Injetáveis**

27 c) A organização avalia regularmente as atitudes locais com relação a medicamentos não injetáveis e, quando necessário, desmistifica conceitos errados sobre a eficácia dos mesmos.

27 d) Fornece treinamento aos colaboradores sobre a eficácia de medicamentos não injetáveis.

27 e) Fornece recursos informativos aos pacientes e suas famílias sobre alternativas a medicamentos injetáveis.

27 f) A organização possui um protocolo que estipula que o medicamento só pode ser injetável quando clinicamente necessário e quando uma formulação oral equivalente não estiver disponível.

27 g) A organização possui um protocolo que estipula o uso de dispositivos de uso único.

27 h) A organização possui um protocolo para a gestão de descarte de resíduos destes dispositivos.

VI.

28

a dispositivos esteréis e de uso único (para injeção e reconstituição) e caixas de segurança (para descarte) estão disponíveis em quantidades suficientes para o número de medicamentos administrados. **C**

**AVALIAÇÃO DE RISCOS**  
**Estratégia de Prevenção de Quedas**

c A equipe implementa uma estratégia de prevenção de queda. **C**

d A estratégia identifica as populações em risco de queda. **C**

e A estratégia direciona as necessidades específicas das populações em risco de queda. **C**

29 A equipe estabelece medidas para avaliar a estratégia de prevenção de quedas de forma contínua. **PC**

a A equipe usa as informações de avaliação para melhorar a sua estratégia de prevenção de quedas. **C**

**Prevenção de Úlceras de Pressão**

b A equipe realiza uma avaliação de risco de úlcera de pressão na admissão, usando uma ferramenta de avaliação de risco padronizada, validada. **C**

c A equipe reavalia cada paciente para o risco de desenvolver úlceras de pressão em intervalos regulares e acompanha os resultados. **C**

d A equipe implementa protocolos com base em boas práticas para prevenir o desenvolvimento de úlceras de pressão, que pode incluir intervenções para: evitar a ruptura da pele; minimizar a pressão, fricção; repositonar; gerência a umidade; otimiza a nutrição e hidratação; e melhorar a mobilidade e atividade. **C**

e A equipe apoia a educação para os colaboradores, familiares ou cuidadores sobre os fatores de risco e estratégias para a prevenção de úlceras de pressão. **C**

a A equipe possui um sistema para medir a eficácia das estratégias de prevenção de úlcera de pressão e usa os resultados para fazer melhorias. **C**

**Prevenção de Suicídio**

b A equipe identifica clientes em risco de suicídio. **NC**

c A equipe avalia cada cliente quanto ao risco de suicídio em intervalos regulares ou à medida que mudarem as necessidades. **NC**

d A equipe aborda as necessidades imediatas de segurança dos clientes identificados com risco de suicídio. **NC**

PC

a. É utilizada a estratégia de tratamento e assegurar a segurança do cliente.

PC

b. A equipe documenta a implementação das estratégias de tratamento e monitoração no prontuário médico do cliente.

c. **Profilaxia de Tromboembolismo Venoso (TEV)**  
A organização possui um protocolo sobre tromboprofilaxia.

PC

d. A equipe identifica pacientes em risco de tromboembolismo venoso (TEV), [trombose venosa profunda (TVP) e embolia pulmonar (PE)] e fornece profilaxia adequada baseadas em evidências.

PC

e. A equipe estabelece medidas apropriadas para tromboprofilaxia, auditorias de implementação de tromboprofilaxia apropriadas e usa essas informações para melhorar seus serviços.

PC

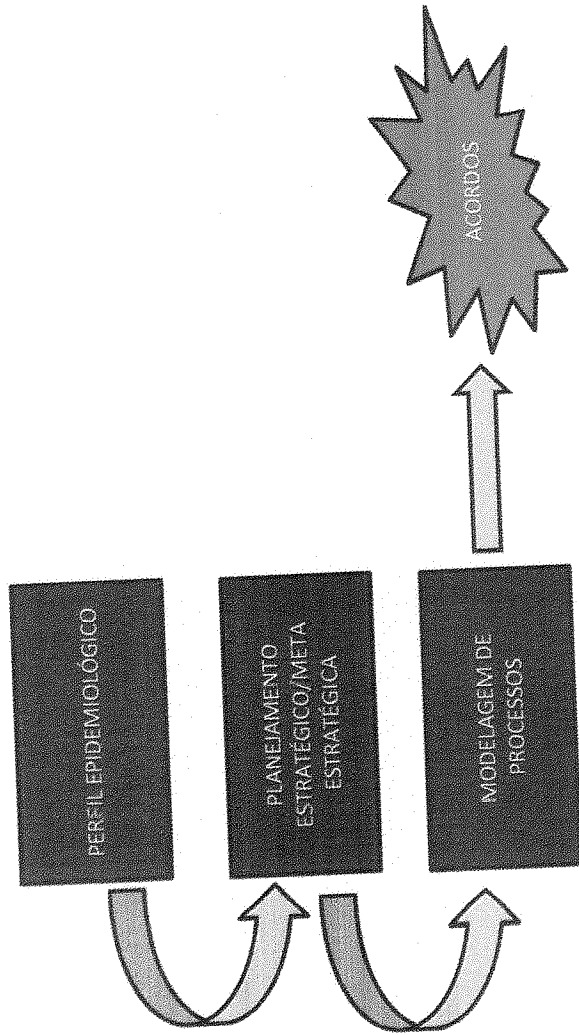
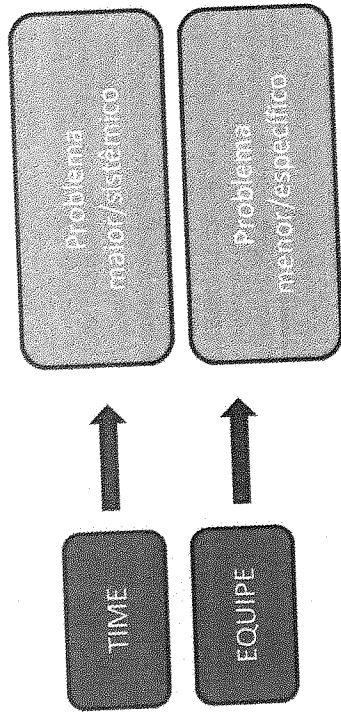
NC

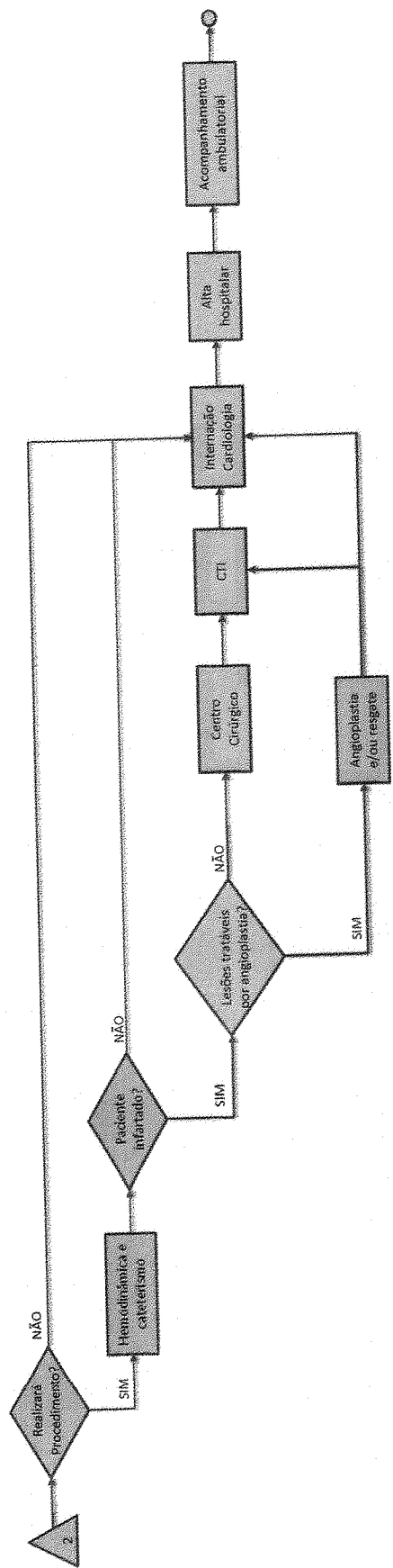
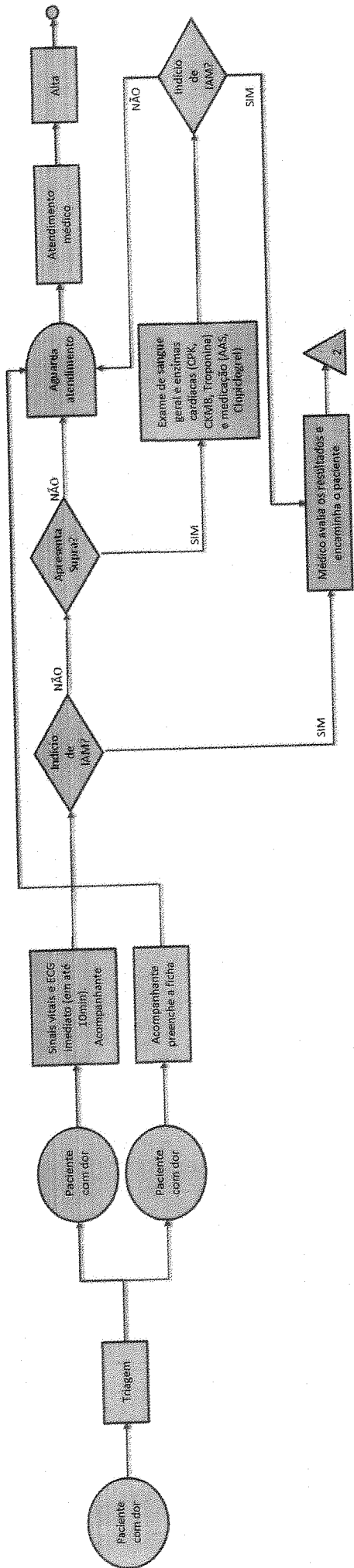
A equipe identifica pacientes de cirurgia ortopédica de grande porte (substituições de quadril e joelho, cirurgia de fratura de quadril), que necessitam de profilaxia pós-alta e possui um mecanismo para fornecer profilaxia pós-alta apropriada para esses pacientes.

NC

A equipe fornece informações aos profissionais de saúde e pacientes sobre os riscos de TEV e como evitá-lo.

Não conforme







HOSPITAL DAS CLÍNICAS  
**SAMUEL LIBÂNIO**

**Referencia:**

- Dados Fornecidos pelo sistema de informação do Hospital das Clinicas Samuel Libânio – Tasy
- Lei nº 3820 de 11 de novembro de 1960
- Lei nº 5991 de 17 Dezembro de 1973
- Resolução nº 417 de 29 de Setembro de 2004