CASA DE REPOUSO DR. ANTÓNIO BREDA E LEA BREDA

UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS DR. ANTÓNIO BREDA UCCAB

MANUAL DE INSTRUMENTOS

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE ÁGUEDA

ÍNDICE

Regulamento interno da UCCAB – UMDR
Guia de Acolhimento – UCCAB
Índice do processo clínico
Folha de rosto
Ficha de identificação do utente
Classificação de diagnósticos
Índice de actividades da vida diária – Índice de Katz
Índice de Lawton
Plano individual de cuidados – na admissão
Plano individual de cuidados – revisão
Ficha clínica de entrada
Notas clínicas
Terapêutica farmacológica
Terapêutica não farmacológica
Informação prévia de alta
Índice das actividades da vida diária – Índice de Katz – Informação Prévia de Alta
Índice de Lawton – Informação Prévia de Alta
Fisiatria
Fisioterapia
Terapia ocupacional (Medida de Independência Funcional (MIF)
Plano de tratamento – Terapia Ocupacional
Terapia da Fala
Registo dos Parâmetros vitais
Registo de controlo de glicemia capilar
Plano de cuidados
Avaliação inicial
Notas de enfermagem
Folha de terapêutica
Registo de pensos
Inquérito social
Contactos com o cuidador/familiares
Relatório de avaliação psicológica
Formação ao cuidador
Ficha de ocorrência de incidentes
Termo de aceitação de tratamento e gestão de dados clínicos
Pedido de re-avaliação e re-orientação à ECL
Informação clínica
Referenciação à especialidade de _____
Ficha de transferência para hospital de agudos
Folha de transferência de enfermagem – para hospital de agudos (Emergência)
Pedido de prorrogação para além de 90 dias (ECR)
Declaração de levantamento de cadáver
Termo de responsabilidade de alta

Nota de Alta
Folha de encerramento do processo clínico
Mapa de actividades semanal - ULDM
Acções por actividade – ULDM
Registo de avaliação das actividades de animação - __/__/____
Pedido de emprego
Guia de entrevista
Ficha de colaborador
Ficha de colaborador – prestação de serviços
Capa do processo do colaborador
Definição de funções
Manual de acolhimento ao enfermeiro – índice
Registo das chaves dos cacifos
Registo de fardas
Grelha de avaliação de desempenho
Plano de formação
Registo de presenças – formação
Registo diário de visitas
Pedido de transportes
Fotocópias
Registo de chamadas
Registo de chaves
Pedido interno de compra
Ficha de fornecedor
Regime alimentar
Mapa de controlo do pão
Mapa de controlo de capitações
Baixas na palamenta
Check-list do material do carro de emergência
Reposição de material de consumo no stock
Entrada de material no armazém
Saída de material do armazém
Controlo de limpeza
Desinfecção equipamento e material clínico
Registo de saídas e entregas de compressas e kits
Controlo de resíduos hospitalares – peso
Mapa controlo de contentores de lixo
Mapa mensal de ar medicinal
Mapa mensal de oxigénio
Controlo mensal do gerador
Contagem do gás
Registo de avarias do elevador
Controlo dos serviços de jardinagem
Falsos alarmes/anomalias/incidentes
Verificação das instalações técnicas e de segurança – manutenção e conservação
Segurança incêndio
Documentação do sistema de gestão da qualidade
Sugestões dos colaboradores
Inquérito de satisfação dos colaboradores
Opiniões e sugestões – caixa de sugestões
Questionário de avaliação da satisfação dos utentes

Regulamento Interno

da

Unidade de Cuidados Continuados

Dr. António Breda (UCCAB)

Unidade de
Média Duração e Reabilitação

Santa Casa da Misericórdia de Águeda
Casa de Repouso Dr. António Breda e Lea Breda
Dezembro de 2007

DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 1.º
Denominação

1. A Unidade de Cuidados Continuados Integrados Dr. António Breda (UCCAB), da Santa Casa da Misericórdia de Águeda (SCMA), é um estabelecimento integrado na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (Rede) e exerce a sua actividade em articulação com os outros serviços, sectores e organismos que integram a Rede, no âmbito do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, e do Acordo estabelecido com a Administração Regional de Saúde do Centro (ARS) e o Centro Distrital de Segurança Social de Aveiro (CDSS).

2. A UCCAB é uma valência da Santa Casa da Misericórdia de Águeda e não tem personalidade jurídica autónoma.

Artigo 2.ª
Missão, Visão, Valores e Objectivos

1. A UCCAB é um estabelecimento do sector social integrado na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, adiante designada apenas por Rede, que presta cuidados continuados de saúde a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência temporária ou permanente;

2. A UCCAB tem como objecto fundamental contribuir, numa perspectiva integrada para o processo activo e contínuo de recuperação e manutenção global dos seus utentes, prestando mais e melhores cuidados de saúde, em tempo útil, com humanidade e numa perspectiva de solidariedade social, de harmonia com o espírito tradicional constante do Compromisso da Misericórdia.

3. A UCCAB observa, no desenvolvimento da sua actividade e administração, os seguintes princípios e valores:

a) **Da humanização dos cuidados** – garantia do respeito pela dignidade humana, nomeadamente no que concerne ao direito dos utentes à sua privacidade, à confidencialidade da informação clínica, à preservação da sua identidade, à não discriminação e ao cabal esclarecimento dos utentes sobre a sua situação de saúde, para que possam decidir de forma livre e consciente sobre a concretização do que lhes é proposto;

b) **Da ética assistencial** – observância dos valores éticos e deontológicos que enquadram o exercício da actividade dos diferentes grupos profissionais;
c) **Da qualidade e eficiência** – articula o objectivo de elevado nível de qualidade e racionalidade técnica com a promoção da racionalidade económica e da eficiência;
d) **Do envolvimento da família** – facilita, incentiva e apoia a participação da família, elemento determinante da relação humanizada, na definição e desenvolvimento do plano individual de cuidados do utente;
e) **Da continuidade e proximidade de cuidados** – resposta às necessidades de cuidados numa perspectiva articulada de intervenção em *Rede,* mantendo, sempre que possível, os utentes dentro do seu enquadramento social e comunitário;
f) **Do rigor e transparência** – relacionamento rigoroso e transparente com todos os interlocutores, consolidando assim a credibilidade institucional;
g) **Da responsabilização** – promoção de uma cultura de responsabilização, comprometendo dirigentes, profissionais de saúde e demais colaboradores que desempenhem funções na UCCAB, no sentido de um escrupuloso cumprimento das normas, regras e procedimentos definidos;
h) **Da multidisciplinaridade e interdisciplinaridade** – assunção do trabalho de equipa como um dos pilares fundamentais para a melhoria contínua da qualidade e obtenção de ganhos em saúde.

Artigo 3.º

Cuidados e serviços a prestar aos utentes

A UCCAB assegura:
a) Cuidados médicos diários;
b) Cuidados de enfermagem permanentes;
c) Cuidados de fisioterapia, de terapia ocupacional e da fala;
d) Prescrição e administração de fármacos;
e) Apoio psicossocial;
f) Higiene, conforto e alimentação;
g) Convívio e lazer;
h) Os demais serviços e actividades necessários ao funcionamento da UCCAB.

CAPÍTULO II
ÓRGÃOS E ESTRUTURA

SECÇÃO I

DA ADMINISTRAÇÃO

Artigo 4.º
Administração

A Mesa Administrativa da SCMA assume a Administração da UCCAB.

Artigo 5.º
Competências da Mesa Administrativa

1. Compete à Mesa Administrativa:
   a) Supervisionar as actividades da Direcção da Unidade;
   b) Zelar pela execução das deliberações da Direcção da Unidade;
   c) Preparar os planos de actividades anuais da UCCAB e respectivos orçamentos, submetê-los à sua aprovação e acompanhar a sua execução, detectando eventuais desvios e implementando as medidas correctivas necessárias;
   d) Propor as medidas necessárias à melhoria da orgânica, funcionamento e articulação dos serviços;
   e) Assegurar a regularidade das receitas e do pagamento das despesas da UCCAB, propondo a adopção de procedimentos adequados em casos de dificuldade;
   f) Tomar as medidas necessárias para a conservação do património;
   g) Praticar uma politica de informação e comunicação que permita à UCCAB, aos próprios funcionários e à população que utiliza os seus serviços, um conhecimento correcto e abrangente dos aspectos fundamentais do funcionamento da UCCAB;
   h) Promover activamente uma política de formação contínua para todos os funcionários e colaboradores da UCCAB.

2. Em matéria de despesa, é competência específica da Mesa Administrativa, autorizar todas as despesas de conservação e reparação das instalações e equipamentos que sejam indispensáveis ao normal e conveniente funcionamento da UCCAB.

SECÇÃO II

DOS ORGÃOS E ESTRUTURA EM GERAL

Artigo 6.º

Enumeração e Natureza dos Órgãos

1. A UCCAB tem os seguintes órgãos:
   a) Direcção da Unidade
   b) Direcção Clínica

Artigo 7.º

Responsabilidades atribuídas aos dirigentes

As responsabilidades atribuídas aos dirigentes da UCCAB são as previstas na legislação aplicável e as que a Mesa Administrativa da SCMA lhes atribuir.

SECÇÃO III

DA UNIDADE

Artigo 8.º

Da Direcção da Unidade

A Direcção da Unidade é assegurada pela Directora Técnica da Casa de Repouso Dr. António Breda e Lea Breda.

Artigo 9.º

Competências da Direcção da Unidade

1. Compete à Direcção da Unidade assegurar a gestão das actividades da UCCAB na sua globalidade, sendo responsável nomeadamente por:
   - **a)** Promover a melhoria contínua dos cuidados e serviços prestados, coordenando o planeamento e a avaliação de processos, resultados e satisfação quanto à actividade da Unidade;
   - **b)** Planear, dirigir, coordenar e controlar a actividade dos diversos sectores da UCCAB, sem prejuízo das competências próprias da Mesa Administrativa da SCMA*;*
   - **c)** Estabelecer uma estreita e permanente articulação entre a UCCAB e as Equipas Coordenadoras Locais (ECLs) e Regional da Rede (ECR);
   - **d)** Coordenar e prestar supervisão aos profissionais da Unidade, designadamente através de reuniões técnicas;
   - **e)** Zelar pela aquisição de produtos farmacêuticos, material de consumo clínico e equipamentos necessários ao normal funcionamento dos serviços, assim como a introdução de novos produtos, desde que daí resultem ganhos qualitativos e económicos comprovados;
   - **f)** Propor à Mesa Administrativa:
     - a) O Regulamento Interno da UCCAB;
     - b) As normas de funcionamento das Unidades Funcionais;
     - c) A admissão ou demissão de profissionais de saúde ou outros funcionários, bem como o exercício do poder disciplinar, nos termos da legislação aplicável;
     - d) Os horários de trabalho e os planos de férias do pessoal, dentro dos limites genericamente estabelecidos pelo Mesa Administrativa no que respeita à articulação com outros serviços da SCMA;
     - e) A definição das funções e responsabilidades de cada profissional;
2. Exercer as demais competências que lhe sejam delegadas pela Mesa Administrativa da SCMA.

Artigo 10.º

Do Director Clínico

O Director Clínico é nomeado pela Mesa Administrativa da SCMA.

Artigo 11.º

Competências do Director Clínico

1. Compete ao Director Clínico coordenar toda a assistência prestada aos doentes, assegurar o funcionamento harmónico dos serviços assistenciais da UCCAB, garantir a correcção e prontidão dos cuidados de saúde e, em especial, dirigir a acção médica.
2. Para efeito do disposto no número anterior e com salvaguarda das competências expressamente atribuídas a outras direcções, cabe particularmente ao Director Clínico:
   a) Estabelecer e acompanhar a implementação do "Plano Individual de Cuidados" para cada doente durante o período de internamento;
   b) Compatibilizar, do ponto de vista técnico e em articulação com a Equipa Multidisciplinar, os "Planos de Intervenção Articulada" apresentados pelas diferentes unidades envolvidas na prestação dos serviços e no seguimento das avaliações periódicas;
   c) Fomentar a ligação, articulação e colaboração entre a acção médica e a acção da equipa multidisciplinar, de forma a alcançar os objectivos definidos;
   d) Garantir a organização do processo clínico individual do utente, o registo de toda a informação clínica e a sua disponibilização no âmbito do Acordo de Cooperação;
   e) Detectar eventuais não conformidades no cumprimento dos Planos Individuais de Cuidados e de todo o processo clínico, propondo, em tempo útil, a implementação de medidas preventivas e correctivas adequadas;
   f) Promover os princípios da eficácia, eficiência e da qualidade técnica;
3. O Director Clínico responde perante o Director da Unidade e perante a Mesa Administrativa da Misericórdia pela qualidade dos serviços de saúde prestados e pela utilização dos recursos disponibilizados.

Artigo 12.º

Do Enfermeiro Chefe

O Enfermeiro Chefe é nomeado pela Mesa Administrativa da SCMA.

Artigo 13.º

Competências do Enfermeiro Chefe

1. Compete ao Enfermeiro Chefe orientar e coordenar tecnicamente a actividade dos profissionais de Enfermagem e Auxiliares de Acção Médica da UCCAB, velando pela qualidade dos cuidados prestados na Unidade;

2. Para efeito do disposto no número anterior, cabe ao Enfermeiro Chefe tomar todas as medidas necessárias no sentido de:

   a) Garantir e acompanhar a implementação do "Plano Individual de Cuidados" para cada doente, no âmbito da competência da Equipa de Enfermagem, durante o período de internamento, assim como as avaliações e registos necessários à evolução do processo clínico;

   b) Compatibilizar, do ponto de vista técnico e em articulação com a Direcção Clínica e a Equipa Multidisciplinar, os "Planos de Intervenção Articulada" apresentados pelas diferentes unidades envolvidas na prestação dos serviços e no seguimento das avaliações periódicas,

   c) Participar no processo de admissão de pessoal de enfermagem, integração de novos colaboradores e na sua avaliação de desempenho;

   d) Promover a formação em exercício, actualização e valorização profissional do pessoal de enfermagem e auxiliar de acção médica;

   e) Submeter à aprovação do Director da Unidade os horários de trabalho a praticar pela Equipa de Enfermagem e respectivos Planos de Férias, supervisionando o seu cumprimento.

   f) Promover a humanização dos cuidados prestados e a optimização das melhores condições de funcionamento na Unidade, propondo superiormente as acções correctivas e de melhoria contínua consideradas necessárias;

   g) Incentivar a adopção de medidas que garantam a segurança dos doentes, trabalhadores e público em geral e estimular atitudes e comportamentos do pessoal que contribuam para a minimização do risco clínico e não clínico,

   h) Zelar activamente pelo controlo da infecção hospitalar e pela correcta gestão de resíduos hospitalares no âmbito de uma política geral de qualidade e de gestão do risco;

   i) Colaborar nos registos necessários para a facturação mensal a enviar aos diferentes organismos oficiais;

   j) Desenvolver e incentivar um clima de trabalho em equipa e de co-responsabilização pelos resultados, promovendo para o efeito reuniões periódicas de avaliação da qualidade dos cuidados, da produtividade e dos custos;

   k) Acompanhar e avaliar sistematicamente o exercício da actividade da enfermagem, zelando pela observância dos princípios da eficácia, eficiência e da qualidade técnica.

3. O Enfermeiro Chefe responde perante o Director da Unidade e perante a Mesa Administrativa da Misericórdia pela qualidade dos cuidados prestados e pela utilização dos recursos disponibilizados.

SECÇÃO IV

DA EQUIPA MULTIDISCIPLINAR

Artigo 14.º

Composição da Equipa Multidisciplinar

1. A Equipa Multidisciplinar tem a seguinte composição:
   a) Director Clínico;
   b) Médico Assistente;
   c) Médico Fisiatra;
   d) Enfermeiro Chefe;
   e) Psicólogo;
   f) Assistente Social;
   g) Fisioterapeuta;
   h) Terapeuta Ocupacional;
   i) Terapeuta da Fala;
   j) Dietista/Nutricionista;
2. A Equipa Multidisciplinar deverá reunir mensalmente e/ou sempre que se julgue necessário;

Artigo 15.º

Competências da Equipa Multidisciplinar

Compete à Equipa Multidisciplinar:

1. Proceder a uma avaliação multidimensional do doente, elaborar a lista de problemas activos e passivos e definir o "Plano de Intervenção Articulada" e os objectivos a atingir;
2. Implementar, do ponto de vista técnico e em articulação com a Direcção Clínica e Equipa de Enfermagem, os "Planos de Intervenção Articulada" apresentados pelas diferentes unidades envolvidas na prestação dos serviços e no seguimento das avaliações periódicas e aferição dos planos;
3. Proceder aos registos necessários ao desenvolvimento das acções, sua monitorização e respectivas avaliações multidisciplinares;
4. Dar parecer sobre os assuntos que lhe sejam apresentados, nomeadamente sobre questões de ética, humanização e qualidade dos serviços, controlo da infecção hospitalar, entre outros considerados no âmbito das suas competências;
5. Propor acções que visem a melhoria contínua da qualidade dos serviços e uma maior eficácia e eficiência na prestação de cuidados de saúde, podendo no âmbito da discussão deste ponto ter a intervenção do representante da Mesa Administrativa e/ou do Director da Unidade.

CAPÍTULO III
RECURSOS

SECÇÃO I
RECURSOS FINANCEIROS

Artigo 16.º
Receitas da UCCAB

São receitas da UCCAB as que resultarem do desenvolvimento da sua actividade, nos termos da legislação em vigor e dos acordos e tabelas aprovados, nomeadamente:

a) As verbas correspondentes ao pagamento dos cuidados continuados prestados a utentes do Serviço Nacional de Saúde (SNS) ao abrigo do Acordo;
b) As verbas correspondentes ao pagamento dos cuidados continuados prestados a beneficiários de subsistemas ao abrigo do Acordo;
c) Quaisquer outros rendimentos que resultem da sua actividade ou da utilização de bens que lhe estão adstritos.

SECÇÃO II
RECURSOS HUMANOS

Artigo 17.º
Quadro de Pessoal

1. Em conformidade com as recomendações constantes no Anexo II do Acordo e em obediência a critérios de qualidade, segurança e humanização, a UCCAB garante os recursos humanos necessários, em número e qualidade, à prestação dos cuidados acordados.
2. O mapa de pessoal e as escalas respectivas são afixados em local visível e acessível a todos os profissionais, utentes e seus familiares.

Artigo 18.º
Gestão de recursos humanos

1. A UCCAB não dispõe de quadro de pessoal próprio, sendo os recursos humanos de que carece para o exercício da sua actividade facultados pela Misericórdia.
2. A organização da actividade da UCCAB deve obedecer às normas de segurança, higiene e saúde no trabalho aplicáveis.

Artigo 19.º

Política de formação

1. Seguindo as orientações da Política de Formação Global da Misericórdia e do que está preconizado no âmbito da Rede, a UCCAB apoia e incentiva a formação contínua ou em exercício de todos os colaboradores, como forma de desenvolvimento pessoal e profissional, através da valorização das suas competências técnicas, humanas e sociais.
2. Para o efeito do disposto no número anterior, a Mesa Administrativa:

a) Define e aprova anualmente um plano de formação para os diferentes grupos profissionais da UCCAB, com base no levantamento de necessidades;
b) Divulga acções de formação e outras oportunidades de aprendizagem e de desenvolvimento de competências, quer dentro da organização quer noutras instituições;
c) Veicula informação sobre assuntos técnico-científicos de interesse no âmbito da saúde e particularmente na área dos cuidados continuados;
e) Realiza sessões formativas para o enquadramento da actividade voluntária, na perspectiva de colaboração gratuita e adequada de pessoas que disponibilizam o seu tempo para ajudar os utentes e familiares.

CAPÍTULO IV
ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

SECÇÃO I
ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS EM GERAL

Artigo 20.º
Tipologia dos Serviços

A UCCAB encontra-se organizada em duas áreas distintas:

a) Serviços Assistenciais;
b) Serviços de Apoio à Gestão e Logística;

SECÇÃO II

ESTRUTURA DOS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS

Artigo 21.º

Serviços Assistenciais

1. Os Serviços Assistenciais compreendem todas as Unidades de Prestação de Cuidados de Saúde e de Apoio Social e Serviço Religioso, bem como as Unidades de Apoio à Prestação de Cuidados.
2. As Unidades de Prestação de Cuidados compreendem as Unidades de Internamento e as Unidades de Apoio ao Internamento.
3. As normas específicas de funcionamento dos Serviços Assistenciais são aprovadas pela Mesa Administrativa da Misericórdia, sob proposta da Direcção da Unidade, tendo em conta as especificidades da UCCAB.
4. Os Serviços Assistenciais desenvolvem a sua actividade nas seguintes áreas:
a) Internamento;
b) Meios Complementares de Terapêutica para Apoio ao Internamento.
5. As Unidades de Internamento têm estruturas físicas próprias, sem prejuízo da utilização de recursos e facilidades comuns a outras unidades da Misericórdia destinadas a uma pluralidade de utilizadores.
6. Os cuidados em regime de internamento organizam-se numa perspectiva integrada e de acordo com a sua tipologia e o seu grau de complexidade e intensidade.
7. Os meios complementares de terapêutica destinam-se à realização terapêutica, principalmente, à realização de cuidados curativos e de reabilitação.

SECÇÃO III

SERVIÇOS DE APOIO À GESTÃO E À LOGÍSTICA

Artigo 22.º

Estrutura dos Serviços

1. Constituem os Serviços de Apoio à Gestão e Logística as seguintes Unidades Funcionais:
a) Unidade de Gestão de Doentes;
b) Unidade de Recursos Humanos;
c) Unidade Financeira;
d) Unidade de Aprovisionamento;
e) Unidade de Serviços Hoteleiros;

f) Unidade de Instalações e Equipamentos;
g) Unidade de Gestão de Risco clínico e não clínico;
h) Gabinete de Formação e Centro de Documentação.
2. As Unidades Funcionais de Apoio à Gestão e Logística obedecem a uma lógica de partilha de recursos com outros serviços ou valências da Misericórdia. Assim, estas unidades não dispõem de recursos físicos e/ou humanos atribuídos em permanência à UCCAB.
3. As Unidades Funcionais de Apoio à Gestão e Logística da UCCAB que funcionam integradas em Serviços Centrais da Misericórdia e na lógica de partilha de recursos são:
a) Unidade de Recursos Humanos;
b) Unidade de Financeira;
d) Unidade de Aprovisionamento;
f) Unidade de Instalações e Equipamentos;
c) Gabinete de Formação e Centro de Documentação.

Artigo 23.º
Responsáveis das Unidades de Apoio à Gestão e Logística

1. Os responsáveis das Unidades Funcionais de Apoio à Gestão e Logística são nomeados pela Mesa Administrativa da Misericórdia.
2. No desempenho das suas atribuições, os responsáveis das unidades funcionais articularão as suas acções com a Direcção da Unidade da UCCAB.

CAPÍTULO V
CONDIÇÕES DE FUNCIONAMENTO

SECÇÃO I
ADMISSÃO E MOBILIDADE DOS UTENTES

Artigo 24.º
Referenciação de utentes

O acesso, ingresso e mobilidade dos utentes na UCCAB faz-se de acordo com o previsto na legislação aplicável.

Artigo 25.º

Requisitos de admissão

1. São admitidos na UCCAB os utentes referenciados pela ECL que preencham os requisitos previstos na legislação aplicável, e nas orientações emanadas pela Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados para este efeito.
2. De acordo com o preconizado no número anterior, são admitidos na UCCAB os utentes em que se verifique:

- Perda de autonomia potencialmente recuperável que requeiram cuidados de saúde que, pela sua frequência, duração, ou ausência d e apoio social, por parte dos cuidadores e/ou de equipas de cuidados continuados integrados, não podem ser prestados no domicilio.

Considera-se critério de referenciação específico para admissão nesta unidade, a situação de dependência que, na sequência de uma doença aguda ou reagudização de doença crónica, apresente alguma das seguintes condições:

a) Doente com necessidade de cuidados de enfermagem permanentes;
b) Doente com necessidade de:
    - Reabilitação intensiva,
    - Medidas de suporte respiratório, como oxigenoterapia e aspiração de secreções e ventilação não invasiva;
    - Prevenção ou tratamento de úlceras;
    - Manutenção e tratamento de estomas.
c) Doente com algum dos seguintes síndromes, potencialmente recuperável a médio prazo: depressão, confusão, desnutrição, problemas na deglutição sensorial ou compromisso da eficiência e/ou segurança da locomoção;
d) Doente com indicação para programa de reabilitação com duração previsível até 90 dias;
e) Doente com síndrome de imobilização.

Artigo 26.º

Processo de admissão dos utentes

1. Verificados os requisitos referidos no artigo anterior, a ECL referencia o Utente para a UCCAB com a antecedência necessária para permitir a sua admissão.
2. No processo de referenciação a ECL envia à UCCAB toda a documentação administrativa, clínica e social imprescindível à constituição do processo do Utente e à preparação do plano de intervenção da equipa da UCCAB.

3. Entre outra, deve ser fornecida a seguinte informação:

a) Entidade financeira responsável;
b) Número de beneficiário de subsistema, caso exista;
c) Número de Bilhete de Identidade;
d) Número de Utente do SNS;
e) História Clínica e Social;
f) Medicação;
g) Cópia dos Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT) realizados, que sejam relevantes para a decisão clínica;
h) Concordância formal do Utente quanto à admissão na UCCAB e à assumpção dos encargos decorrentes das prestação de cuidados sociais cujo valor foi previamente calculado pela ECL (TAI) e respectivo prestador síntese.

4. Após análise de informação referida no número anterior, a UCCAB deve comunicar à ECL o momento que considera mais adequado para a admissão do Utente.

5. O Plano Individual de Cuidados requer intervenção multidisciplinar e é elaborado após a admissão do Utente, sendo revisto periodicamente.

6. A entrada do Utente na Unidade deve ocorrer entre as 13.00h e as 15.30h, salvo em situações excepcionais de que tenha sido dado conhecimento prévio à UCCAB.

Artigo 27.º

Processo individual do Utente

1.O processo individual do Utente é único e deve reunir toda a informação clínica, social e administrativa, incluindo, obrigatoriamente:

a) Registo de admissão;
b) Diagnóstico médico principal e secundário;
c) Plano individual de intervenção terapêutica, de cuidados de enfermagem, sociais e de fisioterapia;
d) Escalas de avaliação de dependência aplicadas, de acordo com as normas emanadas pela UMCCI;
e) Registo diário dos cuidados prestados;
f) Registo de avaliação semanal e eventual aferição e reformulação do plano de intervenção;
g) Cópia da “Nota de Alta” ou do respectivo planeamento e demais informações respeitantes à mesma, designadamente, data provável, informações relevantes e recursos mobilizados na comunidade.

2. O processo individual do Utente deve ser permanentemente actualizado, sendo que, no que se reporta a registo de observações, prescrições, administração de terapêutica e prestação de cuidados, deve ser anotada a data e a hora em que foram realizados, bem como a identificação do profissional que os prestou.

3. O processo individual do Utente pode estar em suporte papel ou em suporte digital, devendo, em qualquer dos casos, ser garantido o direito à privacidade do Utente e a confidencialidade dos dados.
4. A UCCAB assegura o arquivo do processo individual do Utente nos termos da legislação aplicável.
5. O processo pode ser consultado pelo Utente e, ainda, pelos familiares ou representante legal nos termos da legislação aplicável.

Artigo 28.º
Mobilidade e alta

1. Quando atingidos os objectivos terapêuticos, ou considerada adequada uma mudança de tipologia dentro da RNCCI, as unidades devem fazer proposta fundamentada a ECL, para apreciação e validação da mobilidade ou alta do Utente.
2. O planeamento da alta deve ser iniciado logo após a admissão do Utente por forma a permitir a articulação atempada com outras entidades, a elaboração e transmissão de informação clínica e social e a continuidade da prestação de cuidados.
3. No momento da alta, a UCCAB deve:
a) Disponibilizar ao Utente ou seu representante legal, tal como à ECL, relatório circunstanciado dos cuidados que lhe foram prestados, denominado "Nota de Alta";
b) Enviar ao médico de família e/ou médico assistente do Utente informação da situação clínica do Utente, com cópia da "Nota de Alta";
c) Arquivar cópia da Nota de Alta no processo do Utente;
d) A Unidade, em articulação com a ECL e família do Utente, deve diligenciar no sentido de a alta se verificar até às 12H00.

Artigo 29.º
Situação de reserva de vaga

1. Durante o internamento na UCCAB, quando se verifique necessidade de internamento de um Utente em Hospital de Agudos na sequência de transferência por agudização de doença, não será viabilizada qualquer reserva de vaga na Unidade, com excepção das condições constantes dos números seguintes.
2. No caso de se verificar uma evidente previsão de que a taxa de ocupação mensal possa vir a ser igual ou superior a 85%, a UCCAB deverá considerar a possibilidade de reserva de vaga.
3. No caso de a UCCAB apresentar uma previsão de a taxa de ocupação vir a ser inferior a 85%, pode a Mesa Administrativa, por motivos de solidariedade activa e humanização, vir a autorizar pontualmente a referida reserva.
4. As excepções referidas nos pontos 2 e 3 são analisados caso a caso pela Mesa Administrativa e a sua decisão será comunicada à ECL.

Artigo 30.º

Horário de funcionamento e das refeições da UCCAB

1. A UCCAB funciona 24 horas por dia, 7 dias por semana.
2. O atendimento ao público da UCCAB funciona entre as 10.00h e as 19.00h, com intervalo para almoço entre as 12.30h e as 14.00h.
3. Sem prejuízo da flexibilidade inerente à situação particular de cada Utente, as refeições são servidas nos seguintes horários:

a) Pequeno-almoço entre as 8.30h e as 10.00h;
b) Almoço entre as 12.00h e as 13.00h;
c) Lanche entre as 16.00h e as 17.00h;
d) Jantar entre as 19.00h e as 20.00h;
e) Ceia entre as 22.00h e as 23.00h.

SECÇÃO II

DIREITOS E DEVERES DOS UTENTES, DOS SEUS CUIDADORES INFORMAIS E REPRESENTANTES LEGAIS

Artigo 31.º

Direitos dos utentes

O Utente internado na UCCAB tem direito:

a) A ser tratado pelo nome que preferir;
b) A ser tratado no respeito pela dignidade humana, independentemente das suas convicções culturais, filosóficas e religiosas;
c) A receber os cuidados apropriados ao seu estado de saúde, no âmbito dos cuidados preventivos, curativos, de reabilitação, terminais e paliativos;
d) À continuidade de cuidados;
e) A ser informado acerca dos serviços de saúde existentes, suas competências e níveis de cuidados;
f) A ser envolvido na elaboração do seu plano individual de cuidados e a ver respeitadas, sempre que possível, as suas preferências e expectativas;
g) A ser informado sobre a sua situação de saúde e psicossocial;
h) A obter uma segunda opinião sobre a sua situação clínica;
i) A dar ou recusar o seu consentimento, antes de qualquer acto clínico ou participação em investigação ou ensino;

j) À confidencialidade de toda a informação clínica e elementos identificativos que lhe digam respeito;
l) Ao acesso aos dados registados no seu processo clínico;
m) À privacidade na prestação de todo e qualquer acto clínico;
n) A apresentar sugestões e reclamações, por si ou por quem o represente;
o) À visita dos seus familiares e amigos;
p) À sua liberdade individual;
q) A uma alimentação adequada ao seu estado de saúde, incluindo dietas especiais em caso de prescrição médica;
r) À participação, sempre que possível, dos familiares ou representante legal no apoio ao Utente, e desde que este apoio contribua para um maior bem-estar e equilíbrio psico-afectivo deste;
s) A um ambiente seguro, confortável, humanizado e promotor de autonomia;
t) A justificação, por escrito e sempre que for solicitado, das razões da decisão de não realização de qualquer acto profissional relacionado com a prestação de cuidados;
u) A assistência religiosa e espiritual, a pedido do Utente ou, na incapacidade deste, dos seus cuidadores informais ou representante legal;
v) A receber, no acto de admissão, um exemplar do Guia de Acolhimento e à explicação do conteúdo do mesmo;
x) A conhecer o plano de actividades diárias da UCCAB, que deve estar afixado em local visível.

Artigo 32.º
Deveres dos utentes

O Utente internado na UCCAB tem o dever de:
a) Zelar pela melhoria do seu estado de saúde;
b) Fornecer aos profissionais de saúde todas as informações necessárias para a obtenção de um correcto diagnóstico e adequado tratamento;
c) Respeitar os direitos dos outros doentes;
d) Colaborar com os profissionais de saúde, respeitando as indicações que lhe são recomendadas e por si livremente aceites;
e) Respeitar as regras de funcionamento dos serviços de saúde;
f) Utilizar os serviços de saúde de forma apropriada e de colaborar activamente na redução de gastos desnecessários;
g) Suportar os encargos decorrentes de apoio social, cujo valor foi comunicado pela ECL antes da sua admissão na UCCAB;

h) A pagar mensalmente os encargos decorrentes de apoio social e outras despesas extra por si assumidas;
i) Liquidar todos os débitos antes da saída da UCCAB.

Artigo 33.º

Direitos dos cuidadores informais e representantes legais

Os cuidadores informais e o representante legal do Utente internado na UCCAB têm direito:

a) A ser envolvido no processo de acolhimento do Utente;
b) A participar na elaboração do plano individual de intervenção, nomeadamente no que respeita ao acesso à informação sobre os seus direitos e evolução da respectiva situação;
c) A acompanhar o Utente durante o horário estabelecido, participando nas refeições e outras actividades desde que não seja posta em causa a privacidade e descanso dos outros utentes;
d) A obter por parte da UCCAB justificação, por escrito e sempre que for solicitado, das razões da decisão de não realização de qualquer acto profissional relacionado com a prestação de cuidados;
e) A consultar o Regulamento Interno da UCCAB;
f) A ver respeitada as suas decisões quanto aos procedimentos a adoptar quando o Utente não reunir condições para o fazer comprovadamente.

Artigo 34.º

Deveres dos cuidadores informais e representantes legais

Os cuidadores informais e o representante legal do Utente internado na UCCAB têm o dever de:

a) Fornecer aos profissionais de saúde todas as informações necessárias para a obtenção de um correcto diagnóstico e adequado tratamento;
b) Colaborar com todos os profissionais da UCCAB e da Rede no sentido da promoção da autonomia e reabilitação do Utente, sempre que tal seja possível e ainda no que diz respeito à sua reintegração social;
c) Honrar os compromissos assumidos pelo Utente, sempre que este não o possa fazer, nomeadamente os relacionados com a assunção de encargos decorrentes da prestação de unidades de apoio social.

Artigo 35.º

Visitas a utentes e voluntariado

1. O horário de visitas aos utentes da UCCAB estende-se entre as 14.00h e as 15.30h e as 17.00h e as 18.30h, com o objectivo de promover a participação da família e dos cuidadores informais nos processos de recuperação e manutenção dos utentes, tal como na preparação do seu regresso a casa. O horário de visita do cuidador principal/representante legal estende-se entre as 11.00h e as 20.00h.
2. Com base no definido no número anterior, a UCCAB incentiva a participação da família e dos cuidadores informais na prestação de cuidados, na toma de refeições, na concretização das actividades diárias e no acompanhamento aos tratamentos.
3. Com o objectivo de garantir o necessário descanso dos utentes, não são permitidas visitas fora do período definido no número um, salvo em situações excepcionais sujeitas a autorização da Equipa Organizacional da UCCAB..
4. A actividade de voluntariado na UCCAB, precedida de formação específica e subordinada aos princípios da solidariedade, da participação, da cooperação, da complementaridade, da gratuitidade, da responsabilidade e da convergência, está enquadrado em normas definidas pela Mesa Administrativa da Misericórdia.

SECÇÃO III

INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS

Artigo 36.º

Instalações

1. As condições de instalação aplicáveis são as que constam das "Recomendações sobre Instalações para os Cuidados Continuados", emanadas pela ex-Direcção-Geral das Instalações e Equipamentos da Saúde, e demais legislação aplicável, nomeadamente no que respeita às condições de acessibilidade, de evacuação em situação de emergência e de protecção contra risco de incêndio.
2. As áreas funcionais e as instalações da Unidade de Média Duração são as seguintes:

a) Acesso/Recepção/Atendimento;
b) Área de internamento;
c) Área de prestação de cuidados, nomeadamente, de tratamento e de reabilitação;
d) Áreas de apoio às áreas técnicas, nomeadamente rouparia, áreas de sujos, limpos e material esterilizado;
e) Áreas de convívio e sala de estar para visitas;
f) Serviços de direcção e serviços técnicos.

g) Áreas de apoio geral, nomeadamente, alimentação, lavandaria ou rouparia, esterilização e armazém;
h) Instalações de Pessoal.

3. O acesso às Instalações da UCCAB está devidamente controlado.

4. A UCCAB disponibiliza dispositivos de apoio ao movimento e de orientação temporal e espacial com vista à promoção da autonomia.

Artigo 37.º
Equipamentos

1. A Misericórdia coloca à disposição da UCCAB os equipamentos necessários à prestação de cuidados aos seus utentes, com segurança e qualidade, designadamente gerador de emergência.
2. A UCCAB garante a cada Utente mobiliário exclusivo para acomodação de vestuário e objectos pessoais, respectivamente, armário e mesa-de-cabeceira.
3. A listagem do equipamento técnico consta do Anexo III e será actualizada sempre que se verifiquem alterações.

CAPÍTULO VI
DISPOSIÇÕES FINAIS

Artigo 38.º
Avaliação da satisfação e dos resultados

A UCCAB procede à avaliação:

a) Da satisfação dos utentes e seus cuidadores informais/familiares;
b) Da satisfação dos profissionais;
c) Dos resultados versus os indicadores preconizados, clínicos ou outros.

Artigo 39.º
Relacionamento com a Comunidade

A UCCAB privilegia formas actuantes de convivência e articulação com a comunidade em que se integra, procurando gerar sinergias, nomeadamente com unidades de saúde, instituições académicas, escolas de formação profissional, instituições de solidariedade social e outras entidades nacionais e internacionais de interesse público.

Artigo 40.º

Liga dos Amigos da UCCAB e outras iniciativas

1. Na prossecução do princípio fundamental da humanização dos cuidados prestados, a UCCAB pode apoiar o desenvolvimento de uma "Liga dos Amigos da UCCAB", que vise a implementação de projectos e acções que contribuam para o bem-estar dos utentes e que promovam a interacção da UCCAB com a comunidade e a relação com outras organizações congéneres da área da saúde.
2. A UCCAB pode associar-se a iniciativas de apoio, de natureza associativa ou não, com fins culturais, recreativos, desportivos ou outros, dirigidas ao seu pessoal ou aos seus utentes, sendo o grau de colaboração da UCCAB definido pela Mesa Administrativa da Misericórdia em função do mérito reconhecido às iniciativas em causa e das exigências financeiras do mesmo.

Artigo 41º

Livro de reclamações

A UCCAB dispõe de Livro de Reclamações e tem afixado letreiro de aviso da sua existência, em conformidade com a legislação aplicável.

Artigo 42.º

Documentos a afixar

A UCCAB assegura que estão disponíveis e afixados em local bem visível:

a) O organigrama da Unidade;
b) O mapa de pessoal com identificação do nome, categoria e horário semanal contratado;
c) Escala de serviço;
d) Mapa das ementas;
e) Plano de actividades de animação social, cultural e recreativa;
f) Referência à existência de Guia de Acolhimento.

Artigo 43.º

Casos omissos

Tudo quanto não se encontre previsto neste Regulamento será resolvido, à luz do Compromisso da Misericórdia.

Artigo 44.º

Entrada em vigor

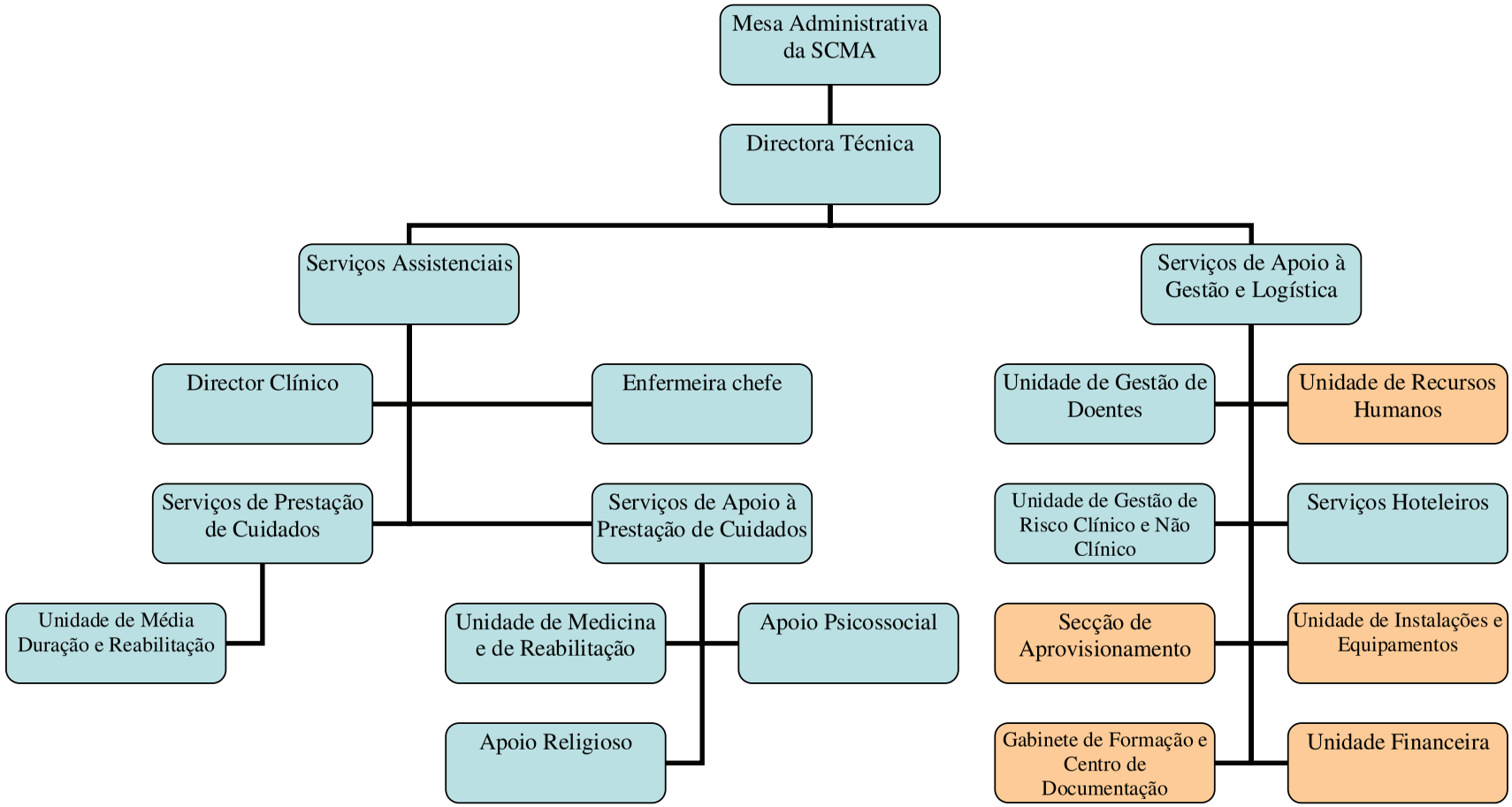
O presente Regulamento e respectivos anexos, que dele fazem parte integrante, entram em vigor no dia imediato à aprovação pela Mesa Administrativa da Misericórdia, sendo afixada em local bem visível a identificação da sua existência e disponibilidade para consulta.

Águeda, 27 de Dezembro de 2007

A MESA ADMINISTRATIVA DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE ÁGUEDA,

ANEXO I

ORGANIGRAMA



ANEXO II

QUADRO DE PESSOAL DA UCCAB

Directora Técnica
Director Clínico
Médico Clínica Geral
Médico Fisiatra
Enfermeira-Chefe
Enfermeiros
Fisioterapeutas
Terapeuta Ocupacional
Terapeuta da Fala
Psicóloga
Técnica Serviço Social
Nutricionista
Auxiliares de Acção Médica

ANEXO III

EQUIPAMENTOS

MOBILIÁRIO E EQUIPAMENTO ESPECÍFICO

Camas articuladas em todas as posições, com possibilidade de adaptação de suporte cavalete, grades e suporte soros

Maca

Cadeirões relax

Mesa de apoio com rodas

Carro medicação

Carro de higiene

Carro de pensos

Carro de processos

Carro para roupa

Colchões anti – escaras de pressão alterna

Almofadas anti-escaras para cabeça

Almofadas anti-escaras para assento

Calcanheiras / cotoveleiras anti-escaras

Suportes de soro

Dispositivos para banho assistido

Cadeira de rodas

Andarilhos

Canadianas

Plano Inclinado

Nebulizadores

Aspirador de secreções

Bomba perfusora

Carro de emergência com desfibrilhador

Aparelhos portáteis de avaliação e monitorização de sinais vitais

Termómetro Digital

Braçadeiras para medir tensão arterial de adulto

Braçadeiras para medir tensão arterial de obesos

Balança de chão

Foco de observação para sala de tratamentos

Otos-cópio

Aspirador Portátil

Bala oxigénio

Maquina de lavar arrastadeiras

Debitómetros O2

Debitómetros Ar

Debitómetros Vácuo

Arrastadeiras

Urinóis

Unidade de Cuidados Continuados Dr. António Breda
Casa de Repouso Dr. António Breda e Lea Breda
Morada: Rua Dr. Mateus Pereira Pinto, nº 26
3750-351 Barrô - Águeda
Endereço Electrónico: crbreda@iol.pt

Telef.: 234 690 200 Fax.: 234 690 209

Santa Casa da Misericórdia de Águeda

MTZ.

GUIA DE ACOLHIMENTO DO UTENTE INTERNADO NA UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS DR. ANTÓNIO BREDA

UCCAB

Unidade de Média Duração e Reabilitação

Unidade de Longa Duração e Manutenção

INFORMAÇÕES GERAIS

Responder às necessidades da população, minorar o sofrimento humano e obter verdadeiros ganhos em saúde através da prestação de cuidados de elevado nível de qualidade e humanização são alguns dos objectivos da Unidade de Cuidados Continuados Dr. António Breda (UCCAB).

A sua recuperação é a razão da existência da UCCAB. Por isso, tudo faremos para que se restabeleça rapidamente. A UCCAB é composta por duas tipologias: Unidade de Média Duração e Reabilitação e Unidade de Longa Duração e Manutenção, disponibilizando todo um conjunto de meios técnicos e humanos, tal como um conjunto de amenidades que lhe proporcionarão conforto e bem-estar.

Este Guia de Acolhimento tem como objectivo ajudá-lo a conhecer melhor a Unidade onde vai permanecer por algum tempo.

Para esclarecimento de qualquer dúvida ou informação suplementar, por favor, não hesite e solicite todos os esclarecimentos que julgar necessários.

EQUIPA DE SAÚDE

Os cuidados de que necessita ser-lhe-ão prestados na UCCAB por uma equipa multidisciplinar que é constituída por:

Médicos
Enfermeiros
Técnicos de Terapêutica (Fisioterapeutas, Terapeuta Ocupacional e Terapeuta da Fala)
Psicólogo
Assistente Social
Nutricionista
Administrativos
Auxiliares de Acção Médica

O QUE DEVE TRAZER NO DIA DA ADMISSÃO

No momento em que é formalizada a sua admissão, deve entregar:

Cópia do Bilhete de Identidade;
Cópia do Cartão de Beneficiário (ADSE, Segurança Social ou outro), do Cartão do Utente e do Cartão de Contribuinte;
Exames Complementares de Diagnóstico realizados anteriormente (radiografias, análises, electrocardiograma);
Listagem dos medicamentos que toma habitualmente;
Indicação sobre eventuais alergias;
Contacto dos seus familiares mais próximos.

Deve pedir a colaboração dos seus familiares no sentido de fornecer toda a informação solicitada.

OBJECTOS DE USO PESSOAL

Deve trazer:

Pijama ou camisa de dormir, robe e chinelos
Roupa interior
Roupa de sair
Fato de Treino
Artigos de higiene pessoal (pente ou escova de cabelo, copo e escova de dentes, pasta dentífrica, gilettes, etc)
Livros, revistas ou outros artigos para ocupação do tempo
Telemóvel

Não deve trazer:

Bebidas alcoólicas, Cigarros, Alimentos

Não é aconselhável que traga objectos de valor ou elevadas quantias de dinheiro, pois no caso do seu desaparecimento a Unidade não se responsabiliza.

ALIMENTAÇÃO

A alimentação faz parte do seu processo de recuperação pelo que devem ser respeitadas as orientações dadas pela equipa de saúde. A dieta fornecida pela Unidade é completa e equilibrada, pois é estabelecida de acordo com o seu estado de saúde.

No entanto, se preferir os alimentos que lhe trazem do exterior, deve comunicar à Enfermeira Chefe ou ao Enfermeiro Responsável, para que o possam informar sobre eventuais restrições.

As refeições são servidas no seguinte horário:

Pequeno-Almoço - 08h30m às 10h30m

Almoço - 12h00m às 13h00m

Lanche - 16h00m às 17h00m

Jantar - 19h00m às 20h00m

Ceia - 22h00m

Se assim o desejar, os seus familiares e amigos podem apoiá-lo e colaborar consigo na tomada das refeições.

Podem ser servidas refeições aos acompanhantes dos doentes, desde que previamente encomendadas.

VISITAS

As visitas são diárias e têm lugar no período compreendido:

- Para o cuidador principal - das11h:00m às 20h:00m;
- Para as visitas em geral - das 14h:00m às 15h:30m
- das 17h:00 às 19h:00m

Ajude-nos a proporcionar o seu bem-estar de todas a as pessoas internadas. Tente reduzir o nível de ruído e não permita que estejam mais do que 2 visitas presentes em simultâneo! No caso de poder desfrutar dos nossos espaços exteriores, o número de visitas em simultâneo poderá aumentar.

Tem o direito de recusar a presença de visitas. Se esta for a sua vontade, deve comunicá-la à Enfermeira-Chefe ou ao Enfermeiro Responsável.

PEDIDO DE INFORMAÇÕES E COMUNICAÇÃO COM O EXTERIOR

As informações sobre o estado de saúde da pessoa internada são dadas pessoalmente aos familiares mais próximos pelo Médico Assistente ou pela Enfermeira Responsável.

Outras informações serão dadas através de ligação telefónica para o número geral da Unidade 234 690 200, solicitando a ligação à extensão do Serviço que se pretende contactar e indicando o número da cama.

No caso de se poder deslocar, existe uma cabine telefónica na entrada da Unidade que poderá utilizar mediante utilização de moedas.

Correio: pode pedir que a sua correspondência seja enviada desde que se encontre já selada.

CAFETARIA

As visitas têm à sua disposição, no refeitório da Casa, uma máquina *self service* onde poderão obter algumas bebidas ou *snacks*.

PARQUEAMENTO E ACESSO À UNIDADE

Todas as pessoas que se desloquem em viatura própria, podem estacionar no parque da Casa de Repouso, nos lugares destinados ao efeito (não são permitidas viaturas estacionadas fora destes lugares).

Os transportes públicos que servem a Unidade são:

Autocarros (os horários encontram-se afixados num placard junto à recepção).

ASSISTÊNCIA RELIGIOSA

A Casa de Repouso tem uma Capela, situada na Ala Sul - 2º Piso, onde é celebrada Missa às Quintas-feiras, às 17h:00m pelo Capelão da Santa Casa da Misericórdia de Águeda.

Quem deseje receber a Sagrada Comunhão, deve manifestar essa vontade à Assistente Social. Para quem não se possa deslocar à Capela, a Comunhão terá lugar nos Serviços de Internamento.

Se a sua religião não é a Católica e pretende a presença do seu assistente religioso, por favor comunique à Assistente Social, que lhe facilitará o contacto.

SERVIÇO SOCIAL

O Serviço Social está localizado na UCCAB e funciona entre as 11h00m/13h00m e as 15h00m/20h00m.

O Serviço Social tem como objectivo de intervenção estabelecer uma relação de inter ajuda com o utente e sua família. Promove a minimização de dificuldades decorrentes da situação de doença, intervindo quer durante o internamento, quer nos serviços existentes na Comunidade, de forma a proporcionar bem-estar e qualidade de vida ao utente, nomeadamente, no período após internamento. Neste sentido, deve ser articulado com a Assistente Social as sessões de formação, que são dadas pelos diversos profissionais da Unidade, para os cuidados a ter com o utente no domicílio.

VOLUNTARIADO

A UCCAB dispõe de um núcleo local de voluntariado, que presta apoio aos utentes em algumas das suas actividades diárias.

MTZ.

ALTA

Não é permitido o abandono das instalações do Serviço de Internamento, sem autorização prévia do Médico Assistente ou do Enfermeiro Responsável.

A alta da Unidade é da exclusiva responsabilidade do seu Médico Assistente. A alta a pedido do utente implica o preenchimento de um impresso elaborado para esse efeito, que deve ser subscrito pelo próprio ou por quem, legalmente, o possa substituir.

Quando estiver planeada a data de alta, será informado. Nesse momento, a equipa de profissionais da UCCAB ajudá-lo-á a preparar o seu regresso a casa, de acordo com as orientações recebidas.

No momento da alta, ser-lhe-á entregue a nota de alta, carta com resumo da evolução da sua situação clínica para o seu médico de família, conselhos e orientações médicas e de enfermagem a seguir, receitas e marcações de consultas subsequentes e de exames complementares de diagnóstico.

Se necessitar, pode solicitar declaração de presença relativa ao período de internamento na Unidade de Cuidados Continuados.

No sentido de aperfeiçoar o nosso atendimento, agradecemos que preencha o Questionário em Anexo e que o coloque na Caixa de Sugestões.

MTZ.

UCCAB - UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS DR. ANTÓNIO BREDA

UNIDADE DE MEDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO

ÍNDICE DO PROCESSO CLÍNICO

PROCESSO CLÍNICO
0.1 Folha de Rosto
0.2 Folha de Identificação do Utente

1. PROCESSO DE ADMISSÃO
1.1. Fotocópia dos documentos
1.2. Proposta de Admissão
1.3. ECL - Diversos

2. CLASSIFICAÇÃO DIAGNÓSTICOS
2.1. ICD 9 Principal - ECL / ICD 9 Secundários - UCCAB

3. INDICES DE FUNCIONALIDADE
3.1. Índice de Katz - UCCAB
3.2. Índice de Lawton - UCCAB

4. PLANO INDIVIDUAL DE CUIDADOS
4.1. Na admissão
4.2. Revisão

5. PROCESSO MÉDICO
5.1. Ficha clínica de entrada
5.2. Notas clínicas
5.3. Terapêutica farmacológica
5.4. Terapêutica não farmacológica
5.5. Informação Prévia de Alta (a enviar à ECL)

6. PROCESSO MFR
6.1. Fisiatria
6.2. Fisioterapia
6.3. Terapia Ocupacional
6.4. Terapia da Fala

7. PROCESSO DE ENFERMAGEM
7.1. Registo dos Parâmetros Vitais
7.2. Registo de controlo de Glicemia Capilar
7.3. Plano de Cuidados
7.4. Folha de Avaliação Inicial
7.5. Notas de Enfermagem
7.6. Folha de Terapêutica
7.7. Registo de Pensos
7.8. Escala de Braden

8. EXAMES COMPLEMENTARES

9. CONSULTAS MARCADAS

10. PROCESSO PSICOSOCIAL
10.1. Levantamento Social
10.2. Contactos com o Cuidador/Familiares
10.3. Relatório de Avaliação Psicológica

11. FORMAÇÃO AO CUIDADOR

12. MATRIZES DIVERSAS

MTZ.

Nome: _____
Idade: ___ anos
Endereço: _____
Utente do SNS: _____ **Cama:** _____

UCCAB - UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS DR. ANTÓNIO BREDA

UNIDADE DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO

FOLHA DE ROSTO

PROCESSO CLÍNICO N.º _____/UMDR

INTERNAMENTO N.º _____

CAMA N.º _____

MTZ.

Nome: _____
Idade: ___ anos
Endereço: _____
Utente do SNS: _____ **Cama:** _____

UCCAB - UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS DR. ANTÓNIO BREDA

UNIDADE DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE

IDENTIFICAÇÃO do UTENTE

-Nome Completo:

_____

- Idade: _____ anos. Data de Nascimento: ___/___/ _____.
- Sexo: _____.
- Subsistema: _____
- Beneficiário (se SNS n.º utente) N.º: _____.

IDENTIFICAÇÃO do CUIDADOR/ FAMILIAR

Cuidador Principal: _____.

Telefone: _____.

Familiar (em caso de não coincidir com o Cuidador): _____

_____. Telefone: _____.

IDENTIFICAÇÂO de REFERENCIAÇÂO

Proveniência: _____.

Equipa Coordenadora Local: _____.

DATAS RELEVANTES

Data de Admissão: ___/___/_____. Data de Alta: ___/___/_____.

Data de pré-alta: ___/___/_____.

Transferências: data- ___/___/_____. Unidade (ref.): _____.

data- ___/___/_____. Unidade (ref.): _____.

Médico residente (gestor): _____.

MTZ.

Nome: _____
Idade: ___ anos
Endereço: _____
Utente do SNS: _____ **Cama:** _____

UCCAB - UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS DR. ANTÓNIO BREDA

UNIDADE DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO

CLASSIFICAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS

DATA/ ASSINATURA	**DIAGNÓSTICO PRINCIPAL**	ICD 9 - CM	GDH
	Δ		

DATA/ ASSINATURA	**DIAGNÓSTICOS SECUNDÁRIOS**	ICD 9 - CM	GDH
	Δ		
	Δ		
	Δ		
	Δ		
	Δ		
	Δ		
	Δ		
	Δ		
	Δ		
	Δ		

MTZ.

Nome: _____	
Idade: ___ anos	
Endereço: _____	
Utente do SNS: _____	**Cama:** _____

UCCAB - UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS DR. ANTÓNIO BREDA

UNIDADE DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO

ÍNDICE DAS ACTIVIDADES DA VIDA DIÁRIA
ÍNDICE DE KATZ

Actividades rotineiras do doente		Admissão	_/_/_	_/_/_	_/_/_	Alta
Tomar Banho (Chuveiro ou banheira)	Não precisa de ajuda (I)					
	Precisa de ajuda para lavar apenas uma parte do corpo (A)					
	Precisa de ajuda para higiene (D)					
Vestir-se	Segura as roupas e veste-se sem nenhuma ajuda (I)					
	Segura as roupas e veste-se sem ajuda mas não consegue apertar os sapatos (A)					
	Precisa de ajuda para segurar as roupas ou para se vestir ou fica parcial ou totalmente despido (D)					
Ir ao WC	Vai ao WC faz a higiene e veste-se sem ajuda (pode usar ajudas técnicas - andarilhos, bengalas, cad. Rodas (I)					
	Recebe ajuda para ir ao WC ou para se vestir depois de realizar as suas necessidades (A)					
	Não vai ao WC para fazer as suas necessidades (D)					
Locomoção	Entra e sai da cama assim como da cadeira sem ajuda (pode utilizar ajudas técnicas) (I)					
	Entra e sai da cama ou da cadeira com ajuda (A)					
	Não sai da cama (D)					
Continência (controle de esfíncteres)	Controla totalmente a urina e movimentos dos intestinos (I)					
	Tem acidentes ocasionais (A)					
	É incontinente, usa sonda ou necessita de ajuda total para controlar urina e fezes (D)					
Alimentação	Alimenta-se sem ajuda (I)					
	Alimenta-se, mas necessita de ajuda para cortar a carne ou barrar o pão (A)					
	Recebe ajuda para se alimentar ou é alimentado parcial ou totalmente por meio de sondas ou fluidos intravenosos (D)					
	Total					

I - Independente (2) **A - Necessita de Ajuda (1)** **D - Dependente (0)**

MTZ.

Nome: _____
Idade: ___ anos
Endereço: _____
Utente do SNS: _____ **Cama:** _____

UCCAB - UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS DR. ANTÓNIO BREDA

UNIDADE DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO

ÍNDICE DE LAWTON

Assinalar a resposta que se aproxima mais à capacidade funcional actual. Podem ser utilizados dados fornecidos pelo(a) avaliado(a), informadores (familiar ou outro cuidados) ou registos recentes (menos de trinta dias).

	Data de Admissão	_____/_____/_____	**Data da Alta**
É capaz de usar o telefone?	☐	☐	☐
É capaz de ir para lugares além da distância de marcha?	☐	☐	☐
É capaz de ir comprar as mercearias?	☐	☐	☐
É capaz de preparar as suas refeições?	☐	☐	☐
É capaz de fazer a lida da casa?	☐	☐	☐
É capaz de tratar da roupa (lavar, secar,...)?	☐	☐	☐
É capaz de tomar a medicação (quando necessário)?	☐	☐	☐
É capaz de fazer a gestão do dinheiro próprio?	☐	☐	☐
Total			
Informador: Próprio Familiar Vizinho	Outro _____	Outro Registo	_____

Sem qualquer ajuda **(2)** Necessita de ajuda **(1)** Totalmente incapaz **(0)**

MTZ.

Nome: _____
Idade: ___ anos
Endereço: _____
Utente do SNS: _____ Cama: _____

UCCAB - UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS DR. ANTÓNIO BREDA

UNIDADE DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO

PLANO INDIVIDUAL DE CUIDADOS - NA ADMISSÃO

Plano Médico:

_____

_____

_____

ASS: _____

Plano de Enfermagem:

_____

_____

_____

ASS: _____

Plano de Medicina Física e Reabilitação:

_____

_____

_____

ASS: _____

Plano de Serviço Social:

_____

_____

_____

ASS: _____

Data: _____/ _____/ _____.

MTZ.

Nome: _____

Idade: ___ anos

Endereço: _____

Utente do SNS: _____ Cama: _____

UCCAB - UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS DR. ANTÓNIO BREDA

UNIDADE DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO

PLANO INDIVIDUAL DE CUIDADOS - REVISÃO

Plano Médico:

_____

_____

_____

ASS: _____

Plano de Enfermagem:

_____

_____

_____

ASS: _____

Plano de Medicina Física e Reabilitação:

_____

_____

_____

ASS: _____

Plano de Serviço Social:

_____

_____

_____

ASS: _____

Data: _____/ _____/ _____.

MTZ.

Nome: _____

Idade: ___ anos

Endereço: _____

Utente do SNS: _____ Cama: _____

UCCAB - UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS DR. ANTÓNIO BREDA

UNIDADE DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO

FICHA CLÍNICA DE ENTRADA

Data e hora de Admissão: ___/___/_____ às ___h ___m

ALERTAS: (Alergias, riscos de queda / infecção / úlceras de pressão)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

História Clínica:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

MTZ.

Nome: _____
Idade: ___ anos
Endereço: _____
Utente do SNS: _____ **Cama:** _____

UCCAB - UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS DR. ANTÓNIO BREDA

UNIDADE DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO

É acompanhado dos seguintes exames complementares:

- Análises: _____

_____

- Radiografias: _____

_____

- Outros: _____

_____

Indicações Clínicas e Objectivos:

1._____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

O Médico, _____

MTZ.

Nome: _____

Idade: ___ anos

Endereço: _____

Utente do SNS: _____ Cama: _____

UCCAB - UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS DR. ANTÓNIO BREDA

UNIDADE DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO

NOTAS CLINICAS

Data	Notas Clínicas	Médico

Nome: _____

Idade: ___ anos

Endereço: _____

Utente do SNS: _____ Cama: _____

UCCAB - UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS DR. ANTÓNIO BREDA

UNIDADE DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO

TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA

Nomenclatura **S**imbólica
I / (introdução) **S** / (suspensão)
RT - Revisão de Terapêutica (se muitas alterações a justificar e/ou revisão de tratamento)

1. Farmacológica

Data/médico	Medicamentos	Posologia	NS (I/S)

MTZ.

Nome: _____

Idade: ___ anos

Endereço: _____

Utente do SNS: _____ Cama: _____

UCCAB - UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS DR. ANTÓNIO BREDA

UNIDADE DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO

TERAPÊUTICA NÃO FARMACOLÓGICA

2. Soros / Dieta / Instruções Médicas não farmacológicas

Data/ Medico	Soros	Posologia

MTZ.

Nome: _____
Idade: ___ anos
Endereço: _____
Utente do SNS: _____ **Cama:** _____

UCCAB - UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS DR. ANTÓNIO BREDA

UNIDADE DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO

INFORMAÇÃO PRÉVIA DE ALTA

A Unidade de Cuidados Continuados Dr. António Breda - Unidade de Média Duração e Reabilitação - **informa a Equipa Coordenadora Local de** _____ que está em preparação a alta do doente_____

Data da Alta:

Informação clínica e Social:

1. Motivo da Alta:

- Obtenção dos objectivos terapêuticos previstos ☐
- Términos do prazo de internamento ☐
- Transferência para Hospital de Agudos ☐
- Alta a pedido ☐
- Óbito ☐
- Outro (_____) ☐

2. Proposta de Reencaminhamento:

- Domicílio s/ cuidados domiciliários ☐
- Domicílio c/ cuidados domiciliários ☐
- Domicílio / Unidade de Dia ☐
- Lar de Idosos ☐
- Unid. Média Duração e Reabilitação ☐
- Unid. Longa Duração e Manutenção ☐
- Outra (_____) ☐

3. Diagnóstico principal de alta:.

4. Diagnóstico (s) secundário (s) de alta:

5. Índice de Katz (AVD'S) 6. Índice de Lawton (AFVD'S)

6. 7. Necessita de continuidade dos Cuidados de Medicina Física e Reabilitação?

8. Informação Social:

Data:

A Equipa da UCCAB

_____

MTZ.

Nome: _____	
Idade: ___ anos	
Endereço: _____	
Utente do SNS: _____	**Cama:** _____

UCCAB - UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS DR. ANTÓNIO BREDA

UNIDADE DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO

ÍNDICE DAS ACTIVIDADES DA VIDA DIÁRIA
ÍNDICE DE KATZ - Informação Prévia de Alta

Actividades rotineiras do doente		Admissão				Alta
Tomar Banho (Chuveiro ou banheira)	Não precisa de ajuda (I)					
	Precisa de ajuda para lavar apenas uma parte do corpo (A)					
	Precisa de ajuda para higiene (D)					
Vestir-se	Segura as roupas e veste-se sem nenhuma ajuda (I)					
	Segura as roupas e veste-se sem ajuda mas não consegue apertar os sapatos (A)					
	Precisa de ajuda para segurar as roupas ou para se vestir ou fica parcial ou totalmente despido (D)					
Ir ao WC	Vai ao WC faz a higiene e veste-se sem ajuda (pode usar ajudas técnicas - andarilhos, bengalas, cad. Rodas (I)					
	Recebe ajuda para ir ao WC ou para se vestir depois de realizar as suas necessidades (A)					
	Não vai ao WC para fazer as suas necessidades (D)					
Locomoção	Entra e sai da cama assim como da cadeira sem ajuda (pode utilizar ajudas técnicas) (I)					
	Entra e sai da cama ou da cadeira com ajuda (A)					
	Não sai da cama (D)					
Continência (controle de esfíncteres)	Controla totalmente a urina e movimentos dos intestinos (I)					
	Tem acidentes ocasionais (A)					
	É incontinente, usa sonda ou necessita de ajuda total para controlar urina e fezes (D)					
Alimentação	Alimenta-se sem ajuda (I)					
	Alimenta-se, mas necessita de ajuda para cortar a carne ou barrar o pão (A)					
	Recebe ajuda para se alimentar ou é alimentado parcial ou totalmente por meio de sondas ou fluidos intravenosos (D)					
	Total					

I - Independente (2) **A - Necessita de Ajuda (1)** **D - Dependente (0)**

MTZ.

Nome: _____	
Idade: ___ anos	
Endereço: _____	
Utente do SNS: _____	**Cama:** _____

UCCAB - UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS DR. ANTÓNIO BREDA

UNIDADE DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO

ÍNDICE DE LAWTON - Informação Prévia de Alta

Assinalar a resposta que se aproxima mais à capacidade funcional actual. Podem ser utilizados dados fornecidos pelo(a) avaliado(a), informadores (familiar ou outro cuidados) ou registos recentes (menos de trinta dias).

	Data de Admissão	_____/_____/_____	**Data da Alta**
É capaz de usar o telefone?			
É capaz de ir para lugares além da distância de marcha?			
É capaz de ir comprar as mercearias?			
É capaz de preparar as suas refeições?			
É capaz de fazer a lida da casa?			
É capaz de tratar da roupa (lavar, secar,...)?			
É capaz de tomar a medicação (quando necessário)?			
É capaz de fazer a gestão do dinheiro próprio?			
Total			
Informador: Próprio Familiar Vizinho Outro _____	Outro Registo	_____	

Sem qualquer ajuda **(2)** Necessita de ajuda **(1)** Totalmente incapaz **(0)**

MTZ.

Nome: _____

Idade: ___ anos

Endereço: _____

Utente do SNS: _____ Cama: _____

UCCAB - UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS DR. ANTÓNIO BREDA

UNIDADE DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO

FISIATRIA

Médico: _____

Diagnóstico(s)	
Observações	

Data	Prescrição

Data	Fisioterapeuta	Notas de Evolução

MTZ.

Nome: _____

Idade: ___ anos

Endereço: _____

Utente do SNS: _____ Cama: _____

UCCAB - UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS DR. ANTÓNIO BREDA

UNIDADE DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO

FISIOTERAPIA

Data Fisioterapeuta	Observações

Nome: _____	
Idade: ___ anos	
Endereço: _____	
Utente do SNS: _____	**Cama:** _____

UCCAB - UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS DR. ANTÓNIO BREDA

UNIDADE DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO

TERAPIA OCUPACIONAL

Medida de Independência Funcional (MIF)

NÍVEIS	7. Independência Completa (em segurança e tempo normal) 6. Independência Modificada (Ajuda Técnica)	SEM AJUDA
	Dependência Modificada 5. Supervisão 4. Ajuda Mínima (indivíduo >= 75%) 3. Ajuda Moderada (indivíduo >= 50%) **Dependência Completa** 2. Ajuda Máxima (indivíduo >= 25%) 1. Ajuda Total (indivíduo >= 0%)	COM AJUDA

MTZ.

Nome: _____	
Idade: ___ anos	
Endereço: _____	
Utente do SNS: _____	**Cama:** _____

UCCAB - UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS DR. ANTÓNIO BREDA

UNIDADE DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO

MIF (continuação)

		ADMS.	ALTA
Auto-Cuidados			
A. Alimentação			
B. Higiene Pessoal			
C. Banho (lavar corpo)			
D. Vestir metade superior			
E. Vestir metade inferior			
F. Utilização da sanita			
Controlo dos Esfíncteres			
G. Bexiga			
H. Intestino			
Mobilidade			
TRANSFERÊNCIAS			
I. Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas			
J. Sanita			
K. Banheira, Duche			
Locomoção			
L. Marcha/Cadeira de Rodas	M / C	M / C	
M. Escadas			
Comunicação			
N. Compreensão	A / V	A / V	
O. Expressão	V / N	V / N	
Cognição Social			
P. Interacção Social			
Q. Resolução dos Problemas			
R. Memória			
	TOTAL		
NOTA: Não deixe nenhum item em branco; se não testável marque 1.			

A Terapeuta Ocupacional

_____

MTZ.

Nome: _____
Idade: ___ anos
Endereço: _____
Utente do SNS: _____ Cama: _____

UCCAB - UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS DR. ANTÓNIO BREDA

UNIDADE DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO

PLANO DE TRATAMENTO - TERAPIA OCUPACIONAL

Objectivos a curto prazo

- _____
_____
_____
_____
_____
_____

Objectivos a longo prazo

- _____
_____
_____
_____
_____
_____

Actividades/Plano de Intervenção

__/__/_____
_____
_____
_____
_____
_____

__/__/_____
_____
_____
_____
_____
_____

A Terapeuta Ocupacional

_____

MTZ.

Nome: _____
Idade: ___ anos
Endereço: _____
Utente do SNS: _____ Cama: _____

UCCAB - UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS DR. ANTÓNIO BREDA

UNIDADE DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO

TERAPIA DA FALA

I - HISTÓRIA CLÍNICA

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

II - BAAL - Bateria de Avaliação da Afasia de Lisboa

Área		Res.	Observações
Discurso	Espontâneo		
	Provocado		
Nomeação			
Identificação de objectos			
Compreensão de ordens simples			
Repetição			
Leitura	Emparceiramento palavra-objecto		
	Leitura de palavras		
Escrita			

✓ - Capacidade Alterada X - Capacidade Preservada

III - COMUNICAÇÃO:

_____
_____
_____
_____

MTZ.

Nome: _____
Idade: ___ anos
Endereço: _____
Utente do SNS: _____ **Cama:** _____

UCCAB - UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS DR. ANTÓNIO BREDA

UNIDADE DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO

IV – MOTRICIDADE ORAFACIAL

Área		Res.	Observações
Simetria e Tonicidade Facial			
Mobilidade	Voluntária		
	Involuntária		
Articulação Verbal Oral			
Diadococinésia			

✓ - Capacidade Alterada **X** - Capacidade Preservada

V – DEGLUTIÇÃO E RESPIRAÇÃO

_____

_____

VI - DIAGNÓSTICO

_____

VII - PRINCIPAIS LINHAS DE INTERVENÇÃO

_____

_____

_____

VII - ORIENTAÇÕES A FAMILIARES

_____

_____

_____

VIII – EVOLUÇÃO

_____

_____

IX - OUTROS

_____

_____

Data: _____/_____/_____ **Técnico Responsável:**_____

MTZ.

Casa de Repouso

CUIDADOS CONTINUADOS
Saúde e Apoio Social

Nome: _____
Idade: ___ anos
Endereço: _____
Utente do SNS: _____ **Cama:** ____

UCCAB - UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS DR. ANTÓNIO BREDA

UNIDADE DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO

REGISTO DOS PARÂMETROS VITAIS

MÊS:_____

DATA / HORA

	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T
Temperatura																																																														
42º																																																														
41º																																																														
40º																																																														
39º																																																														
38º																																																														
37º																																																														
36º																																																														
ANTIPIRÉTICO																																																														
ANTIBIÓTICO																																																														
PULSO																																																														
TENSÃO ARTERIAL																																																														
Diurese																																																														
Dejecções																																																														
Dreno																																																														
Dor																																																														

MTZ.

Nome: _____

Idade: ___ anos

Endereço: _____

Utente do SNS: _____ Cama: _____

UCCAB - UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS DR. ANTÓNIO BREDA

UNIDADE DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO

REGISTO DE CONTROLO DE GLICEMIA CAPILAR

	Glicémia Capilar	Insulina Actrapid	Glicémia Capilar	Insulina Actrapid	Glicémia Capilar	Insulina Actrapid	Observações	
Data\Hora	Antes Peq. Almoço		Antes Almoço		Antes Jantar			

MTZ.

Nome: _____
Idade: ___ anos
Endereço: _____
Utente do SNS: _____ Cama: _____

UCCAB - UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS DR. ANTÓNIO BREDA

UNIDADE DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO

PLANO DE CUIDADOS

Data	Problema / Diagnóstico	ACÇÕES DE ENFERMAGEM	Avaliação	Data / Rúbrica

MTZ.

Nome: _____
Idade: ___ anos
Endereço: _____
Utente do SNS: _____ **Cama:** _____

UCCAB - UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS DR. ANTÓNIO BREDA

UNIDADE DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO

AVALIAÇÃO INICIAL

DADOS INICIAIS

Motivo do Internamento:_____ Cama nº_____

Acompanhante:_____

Pessoa a contactar:_____ Telf.:_____

Telem: _____

OBSERVAÇÃO INICIAL DE ENFERMAGEM

1 - EXAME OBJECTIVO SUMÁRIO

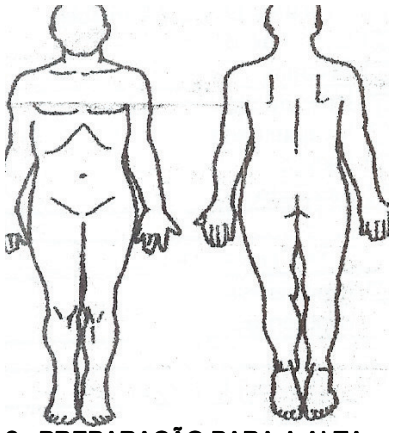
Estado de Consciência: Consciente ☐ Inconsciente ☐ Confuso ☐ Agitado ☐

Orientado no tempo e no espaço ☐ Escala de Glasgow. Parciais ___/___/___ Total ☐

Estado Hemodinâmico: Hipoperfusão Periférica ☐ Choque ☐

TA: Max: _____ Min: _____ Pulso: _____ Respiração _____ Temperatura _____

Integridade Cutânea / Manobras Invasivas:



Legenda	Outros Dados
1	1. Alergias: (a vermelho)
2	
3	
4	
5	
6	2. Próteses / Ortoteses
7	
8	
9	
10	3. Altura
11	4. Peso

2 - PREPARAÇÃO PARA A ALTA

Centro de Saúde a que pertence: _____ Médico de Família:_____

Habitualmente com quem vive:_____

Pessoa de referência a contactar:_____

Tem condições sócio económicas e habitacionais compatíveis com a situação patológica? Sim ☐ Não ☐

Quando tiver alta para onde vai? Domicílio ☐ Casa de Familiares ☐ Lar ☐ Não Sabe ☐

MTZ.

Nome: _____

Idade: ___ anos

Endereço: _____

Utente do SNS: _____ **Cama:** _____

UCCAB - UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS DR. ANTÓNIO BREDA

UNIDADE DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO

Se necessitar tem alguém que o ajude? Sim ☐ Não ☐

Necessita de intervenção da Assistência Social? Sim ☐ Não ☐

3 - NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS

1 - RESPIRAÇÃO / CIRCULAÇÃO

Dispneia:
- ☐ De Repouso
- ☐ Nocturna
- ☐ Funcional
- ☐ Ortopneia
- ☐ Com Sibilos

Tosse:
- ☐ Seca _____
- ☐ Produtiva

Expectoração:
- ☐ Mucosa
- ☐ Purulenta
- ☐ Hemática

Cianose:
- ☐ Generalizada
- ☐ Localizada _____

Hábitos:
- ☐ Tabágicos
- ☐ Outros _____

Outros:
- ☐ Edemas_____
- ☐ Varizes_____
- ☐ Hemorragias_____
- ☐ HTA
- ☐ Ascite
- ☐ Arritmia

2- BEBER E COMER

Capacidade:
- ☐ Independente
- ☐ Semi-dependente
- ☐ Dependente

Vontade:
- ☐ Polifagia
- ☐ Anorexia
- ☐ Polidipsia

Alterações Funcionais:
- ☐ Náuseas
- ☐ Disfagia
- ☐ Vómitos

Estado Nutricional:
- ☐ Obesidade
- ☐ Mal nutrição
- ☐ Desidratação

Hábitos:
- ☐ Alcoólicos
- ☐ Alimentos menos apreciados

3 - ELIMINAÇÃO

Intestinal:
- ☐ Hábitos_____
- ☐ Diarreia_____
- ☐ Obstipação_____
- ☐ Incontinência
- ☐ Rectorragias
- ☐ Melenas

Renal / Vesical:
- ☐ Incontinência
- ☐ Retenção
- ☐ Disúria
- ☐ Polaquiúria
- ☐ Oligúria
- ☐ Anúria
- ☐ Hematúria
- ☐ Diálise

Outros:
- ☐ Diaforese
- ☐ Drenagem

4 – TEMPERATURA

Temperatura: ☐ Hipertermia
☐ Hipotermia

5 - VESTIR-SE E DESPIR-SE

Capacidade:
- ☐ Independente
- ☐ Semi-dependente
- ☐ Dependente

Vontade:
- ☐ Diminuída
- ☐ Ausente
- ☐ Recusa

6 - MOVIMENTAR-SE E MANTER UMA POSTURA CORRECTA

Capacidade:
- ☐ Independente
- ☐ Semi-dependente_____
- ☐ Dependente

Vontade:
- ☐ Diminuída
- ☐ Ausente
- ☐ Recusa

Resistência ao Esforço: ☐ Intolerância à Actividade
- ☐ Angina
- ☐ Caudicação

MTZ.

Nome: _____
Idade: ___ anos
Endereço: _____
Utente do SNS: _____ Cama: _____

UCCAB - UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS DR. ANTÓNIO BREDA

UNIDADE DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO

7 - DORMIR E REPOUSAR

Sono:
- ☐ Dificuldade em Adormecer
- ☐ Sono Intermitente
- ☐ Insónias

Repouso:
- ☐ Dificuldade
- ☐ Incapacidade
- ☐ Fadiga
- ☐ Exaustão

8 - ESTAR LIMPO, CUIDADO E PROTEGER OS TEGUMENTOS

Capacidade:
- ☐ Independente
- ☐ Semi-dependente
- ☐ Dependente

Vontade:
- ☐ Diminuída
- ☐ Ausente
- ☐ Recusa

Estado de Higiene:
- ☐ Bom
- ☐ Suficiente_____

Integridade dos tegumentos:
- ☐ Feridas_____
- ☐ Lesões Cutâneas_____
- ☐ Lesão das Mucosas_____
- ☐ Ostomias

9 - EVITAR OS PERIGOS

Emoção:
- ☐ Ansiedade
- ☐ Alterações do Humor
- ☐ Medo _____
- ☐ Luto_____

Comportamento:
- ☐ Auto-Estima Alterada
- ☐ Auto-Imagem Alterada
- ☐ Comportamento_____
- ☐ Dor Aguda ☐ Dor Crónica

Riscos:
- ☐ Úlceras de pressão ☐ Contágio
- ☐ Auto-agressão ☐ Infecção
- ☐ Ausência de Critica (Inght)
- ☐ Tentativa de Suicídio ☐ Queda

10 - COMUNICAR COM OS SEUS SEMELHANTES

Alterações Sensorio-Perceptuais:
- ☐ Alteração da Linguagem_____
- ☐ Alteração Auditiva
- ☐ Alteração Visual
- ☐ Alucinações_____
- ☐ Outras_____

Alterções da Memória:
- ☐ Senilidade_____
- ☐ Amnésia_____
- ☐ Outras_____

Interacção Social:
- ☐ Sexualidade_____
- ☐ Relacionamento Familiar_____
- ☐ Relacionamento Profissional_____

11 - RECREAR-SE

Capacidade:
- ☐ Diminuída
- ☐ Ausente

Vontade:
- ☐ Diminuída
- ☐ Ausente
- ☐ Recusa

Passatempos:
_____
_____
_____
_____

12 - SITUAÇÃO NO EMPREGO

Profissão:
- ☐ Activo
- ☐ Baixa
- ☐ Reforma
- ☐ Desempregado

Observações:

Informação sobre a Doença:
- ☐ Suficientes
- ☐ Insuficientes_____

Barrô, ____ de _____ de 200_

O(A) Enfermeiro(a)

_____

MTZ.

Nome: _____
Idade: ___ anos
Endereço: _____
Utente do SNS: _____ **Cama:** _____

UCCAB - UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS DR. ANTÓNIO BREDA

UNIDADE DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

OLHOS ABERTOS	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
(4) Espontaneamente (3) Por ordem (2) À dor (1) Nula	(5) Orientada (4) Confusa (3) Inapropriada (2) Incompreensível (1) Nula	(6) Obedece a ordens (5) Localiza a dor (4) Foge à dor (3) Em flexão à dor (2) Em extensão à dor (1) Nula

CLASSIFICAÇÃO DAS ÚLCERAS DE PRESSÃO

GRAU	PRINCIPAL CARACTERISTICA
Grau I	Vermilhão da pele, sem flictenas, que ultrapassa as 24 horas.
Grau II	Flictenas, escoriações ou solução de continuidade da pele, podendo atingir o tecido adiposo.
Grau III	Necrose, infecção ou ambas, que atingem os músculos.
Grau IV	Úlceras da pele, tecido adiposo e muscular, que se estende ao osso com necrose e/ou infecção.

MTZ.

Nome: _____

Idade: ___ anos

Endereço: _____

Utente do SNS: _____ Cama: _____

UCCAB - UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS DR. ANTÓNIO BREDA

UNIDADE DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO

NOTAS DE ENFERMAGEM

Data	Hora	

MTZ.

Nome: _____
Idade: ___ anos
Endereço: _____
Utente do SNS: _____ Cama: _____

UCCAB - UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS DR. ANTÓNIO BREDA

UNIDADE DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO

FOLHA DE TERAPÊUTICA

				DATA														
INICIO	FIM	TERAPÊUTICA	HORAS															

MTZ.

Nome: _____
Idade: ___ anos
Endereço: _____
Utente do SNS: _____ Cama: _____

UCCAB - UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS DR. ANTÓNIO BREDA

UNIDADE DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO

REGISTO DE PENSOS

Tipo de Ferida: Cirurgica ☐ Ulcera Varicosa ☐ Ulcera de pressão ☐

Classificação: Grau 1 ☐ Grau 2 ☐ Grau 3 ☐ Grau 4 ☐

Localização: _____

Tecido: Necrose ☐ Fibrina ☐ Granulação ☐ Epitelial ☐

Data	Avaliação	Intervenção	Próx. Intervenção	Enf.
__/__/__			__/__/__	
__/__/__			__/__/__	
__/__/__			__/__/__	
__/__/__			__/__/__	
__/__/__			__/__/__	
__/__/__			__/__/__	
__/__/__			__/__/__	
__/__/__			__/__/__	

MTZ.

Nome: _____
Idade: ___ anos
Endereço: _____
Utente do SNS: _____ **Cama:** _____

UCCAB - UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS DR. ANTÓNIO BREDA

UNIDADE DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO

INQUÉRITO SOCIAL

IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE

Nome: _____
Data de Nascimento/Idade: ___/___/_____ - ___ anos
Estado Civil: _____
Morada: _____
_____ Telefone: _____
Telemóvel: _____
email: _____
Situação Profissional Actual: _____ _____
Proveniência dos rendimentos: _____ _____

Habilitações literárias: _____

ADMISSÃO NA UCCAB

Proveniência: _____

ECL: _____

Sistema de Protecção Social: _____
Número: _____
Extensão de Saúde/Centro de Saúde Inscrito: _____ _____
Médico de Família: _____

Proveniência do utente:
- __ 1. Domícilio
- __ 2. Lar de Idosos/ Residência
- __ 3. Hospital
- __ 4. Unidade de Convalescença
- __ 5. Unidade de Internamento de Média Duração e Reabilitação
- __ 6. Unidade de Internamento de Longa Duração e Manutenção
- __ 7. Centro de Saúde / USF com Internamento

Identificação do Cuidador Principal

Nome: _____
Grau de Parentesco: _____
Morada: _____ Telefone: _____
_____ Telemóvel: _____
email: _____

MTZ.

Nome: _____
Idade: ___ anos
Endereço: _____
Utente do SNS: _____ Cama: _____

UCCAB - UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS DR. ANTÓNIO BREDA

UNIDADE DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO

INFORMAÇÕES DADAS NA PROPOSTA DE ADMISSÃO

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

SITUAÇÃO SOCIO-FAMILIAR

__ Tem Família
__ Não tem família
__ Tem apoio da família e/ou terceiros

Vive:
__ Em casa própria
__ Em casa de familiares. De quem?
__ Instituição. Qual?
__ Sem-Abrigo

Vive:
__ Sozinho
__ Agregado familiar
__ Instituição

AGREGADO FAMILIAR

Grau de Parentesco								
Nome								
Idade								
Estado Civil								
Profissão								

SITUAÇÃO HABITACIONAL

Observações
_____
_____
_____
_____

MTZ.

Nome: _____

Idade: ___ anos

Endereço: _____

Utente do SNS: _____ **Cama:** _____

UCCAB - UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS DR. ANTÓNIO BREDA

UNIDADE DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO

Necessidades/ Potencialidades

_____

ENQUADRAMENTO INSTITUCIONAL

Beneficia de Resposta Social __ N __ S

Se sim, Qual? _____

Instituição _____

Morada _____ Contacto _____

Necessita de algum apoio social? __ N __ S

Qual? _____

Proposto por: __ Família __ TSSS

Encaminhamentos:

_____

Visitas / Acompanhamento que o doente teve por familiares, amigos, vizinhança.

_____

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

_____

MTZ.

Nome: _____
Idade: ___ anos
Endereço: _____
Utente do SNS: _____ Cama: _____

UCCAB - UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS DR. ANTÓNIO BREDA

UNIDADE DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO

OUTROS CONTACTOS (FAMILIARES; AMIGOS; VIZINHOS E INSTITUCIONAIS)

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Motivo da alta do utente:

__ 1. Obtenção dos objectivos terapêuticos
__ 2. Agudização
__ 3. Cronicidade
__ 4. Óbito
__ 5. Alta voluntária (a pedido)
__ 6. Outros

Destino do utente:

__ 1. Domícilio sem indicação de cuidados domiciliários
__ 2. Domicílio com indicação de cuidados domiciliários
__ 3. Domícilio com indicação de Unidade de Dia
__ 4. Lar de Idosos / Residência
__ 5. Hospital
__ 6. Unidade de Média Duração e Reabilitação
__ 7. Unidade de Longa Duração e Manutenção
__ 8. Outros

Entrevista com o doente
Data: ___/ ___/ _____
TSSS: _____

Entrevista com o cuidador
Data: ___/ ___/ _____
TSSS: _____

MTZ.

Nome: _____

Idade: ___ anos

Endereço: _____

Utente do SNS: _____ Cama: _____

UCCAB - UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS DR. ANTÓNIO BREDA

UNIDADE DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO

CONTACTOS COM O CUIDADOR/FAMILIARES

Data/Hora Técnico	Tipo de contacto	Assunto

MTZ.

Nome: _____

Idade: ___ anos

Endereço: _____

Utente do SNS: _____ Cama: _____

UCCAB - UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS DR. ANTÓNIO BREDA

UNIDADE DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

Psicólogo: _____ Data: ___/ ___/ _____

Motivo da Consulta:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

História do Problema:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

História Clínica:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

MTZ.

Nome: _____
Idade: ___ anos
Endereço: _____
Utente do SNS: _____ Cama: _____

UCCAB - UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS DR. ANTÓNIO BREDA

UNIDADE DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO

História Psicossocial

História familiar:

_____
_____
_____
_____
_____
_____

História Social:

_____
_____
_____
_____
_____

Marcas do Desenvolvimento:

_____
_____
_____
_____
_____

Objectivos e Expectativas de Vida:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

MTZ.

Nome: _____

Idade: ___ anos

Endereço: _____

Utente do SNS: _____ Cama: _____

UCCAB - UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS DR. ANTÓNIO BREDA

UNIDADE DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO

Objectivos e Expectativas Terapêuticas:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Escalas/Instrumentos Utilizados para Avaliação:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Apresentação Física e Postura Durante a Sessão:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Conclusões / Encaminhamento:

_____

_____

_____

_____

_____

Assinatura: _____

MTZ.

Nome: _____
Idade: ___ anos
Endereço: _____
Utente do SNS: _____ Cama: _____

UCCAB - UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS DR. ANTÓNIO BREDA

UNIDADE DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO

FORMAÇÃO AO CUIDADOR

ENFERMAGEM	AUXILIARES DE ACÇÃO MÉDICA	FISIOTERAPIA	TERAPIA OCUPACIONAL
Formando: _____	Formando: _____	Formando: _____	Formando: _____
Dia, Hora: __/__/_____, __h __m	Dia, Hora: __/__/_____, __h __m	Dia, Hora: __/__/_____, __h __m	Dia, Hora: __/__/____, __h __m
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

MTZ.

Nome: _____
Idade: ___ anos
Endereço: _____
Utente do SNS: _____ **Cama:** _____

UCCAB - UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS DR. ANTÓNIO BREDA

UNIDADE DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO

FICHA DE OCORRÊNCIA DE INCIDENTES

Relatórios Anteriores: Não ___ Sim ___ Em caso afirmativo anexar relatórios anteriores

Nome do utente _____

Data de Nascimento _____/_____/_____

OUTROS ENVOLVIDOS

Nome _____

Relação c/ o Utente Colaborador ___ Utente ___ Familiar ___ Outro ___

Nome _____

Relação c/ o Utente Colaborador ___ Utente ___ Familiar ___ Outro ___

Nome _____

Relação c/ o Utente Colaborador ___ Utente ___ Familiar ___ Outro ___

Nome _____

Relação c/ o Utente Colaborador ___ Utente ___ Familiar ___ Outro ___

Descrição dos ferimentos ou condição do Utente e as razões porque se suspeita de abuso/negligência.

Deve incluir todos os elementos que possam contribuir para o esclarecimento do ocorrido.

_____

_____

_____

MEDIDAS TOMADAS OU A SEREM TOMADAS FACE AO OCORRIDO

Notificação Policial ___ Notificação Policial ___

Exame Médico ___ Comunicação Família/Pessoa de referência ___

Comunicação interna a:

_____

Outras

_____

MTZ.

Nome: _____
Idade: ___ anos
Endereço: _____
Utente do SNS: _____ **Cama:** _____

UCCAB - UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS DR. ANTÓNIO BREDA

UNIDADE DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO

CATEGORIA DO INCIDENTE Assinale todas as que se apliquem:

Data do incidente: _____ Utente/colaborador: _____
Hora: _____ Apelido: _____
Local: _____ Nome: _____

1. Agressão Física para com:
Colaboradores ___
Utentes ___
Si Próprio ___
Propriedade (bens) ___ Dano estimado em: _____ €
Outros (especifique): _____

2. Intervenção Física:
Escolta ___
Contenção parcial ___
Contenção em crise ___ Duração: _____ minutos

3. Ausência sem comunicação:
Local desconhecido ___
Localizado, sem ter ainda regressado ___
Regresso à Unidade ___ Duração da Ausência: ___ minutos

4. Dano/Violência no residente infligido por:
Acidente ___
Si próprio ___
Outro Utente ___
Colaborador na Unidade ___
Outros (especifique): _____

5. Medicação:
Ataque/dominação ___
Erro de medicação ___
Emergência por doença ou violência ___
Recusa na toma de medicação ___

MTZ.

Nome: _____
Idade: ___ anos
Endereço: _____
Utente do SNS: _____ **Cama:** _____

UCCAB - UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS DR. ANTÓNIO BREDA

UNIDADE DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO

6. Suicídio:

Conceptualização verbal ___

Ameaça verbal ___

Tentativa ou gesto físico ___

7. Ingestão de Substâncias:

Suspeita ou observada ___

Admitida pela Utente ___

Medicação documentada ___

8. Comportamentos Sociais Negativos:

Ameaça ___

Contacto policial ___

Ameaças Verbais ___

Outros (especifique): _____

9. Abuso Sexual/comportamento impróprio para com:

Utente ___

Colaborador ___

Outros (especifique): _____

10. Alegação de abusos para com:

Colaboradores ___

Utentes ___

Membro da Família ___

Outros (especifique): _____

11. Tipo de Alegação:

Físico ___

Sexual ___

Negligência ___

Outros (especifique): _____

Nome: _____
Idade: ___ anos
Endereço: _____
Utente do SNS: _____ **Cama:** _____

UCCAB - UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS DR. ANTÓNIO BREDA

UNIDADE DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO

12. Ficha de ocorrência enviada:

Não vai ser investigado ___

Decisão de investigação pendente ___

Vai ser investigado ___

13. Acções negativas por parte de colaboradores:

Verbal contra utente ___

Física contra utentes ___

Outros (especifique): _____

14. Colaboradores magoados:

Durante o processo de contenção ___

Infligido pelo Utente ___

Outros (especifique): _____

15. Fonte da Informação:

Observada pelos colaboradores ___

Utente ___

Outros (especifique): _____

Assinaturas

Colaborador	Director(a) Técnica	Utente	Outros:
Ass: _____	Ass: _____	Ass: _____	Ass: _____
Data __/__/____	Data: __/__/____	Data: __/__/____	Data: __/__/___

MTZ.

Nome: _____

Idade: ___ anos

Endereço: _____

Utente do SNS: _____ Cama: _____

UCCAB - UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS DR. ANTÓNIO BREDA

UNIDADE DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO

AVALIAÇÃO DE UMA OCORRÊNCIA

ANTECEDENTES

Descreva os antecedentes ou condições relevantes em que ocorreu o incidente

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

COMPORTAMENTO

Descreva o comportamento do Utente, Colaboradores e outros

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

COMPORTAMENTO

Descreva todas as intervenções imediatas e as suas consequências

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

MTZ.

Nome: _____

Idade: ___ anos

Endereço: _____

Utente do SNS: _____ **Cama:** _____

UCCAB - UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS DR. ANTÓNIO BREDA

UNIDADE DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO

MEDIDAS TOMADAS OU A SEREM TOMADAS FACE AO OCORRIDO

Notificação Policial ___ Notificação Policial ___

Exame Médico ___ Comunicação Família/Pessoa de referência ___

Esta ficha foi preenchida por: _____ Função: _____

Informação recolhida ou presenciada por: _____

Caso seja um(a) colaborador(a) indique a função: _____

Observações:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

MTZ.

Nome: _____
Idade: ___ anos
Endereço: _____
Utente do SNS: _____ **Cama:** _____

UCCAB - UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS DR. ANTÓNIO BREDA

UNIDADE DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO

TERMO DE ACEITAÇÃO DE TRATAMENTO E GESTÃO DE DADOS CLINICOS

_____, portador(a) do Bilhete de Identidade nº _____, emitido em __-__-____ pelo Arquivo de Identificação de _____, declara que, durante o seu internamento na UCCAB, dá expressa autorização, nos termos da legislação aplicável à salvaguarda e defesa da saúde e à confidencialidade de dados pessoais, para a realização dos meios complementares de diagnóstico e de terapêutica da iniciativa / responsabilidade da Equipa Médica da Unidade, bem como, para a inclusão no seu Processo Individual de Cuidados, do registo fotográfico de identificação pessoal e, quando aplicável, do registo fotográfico para monitorização clínica de lesões, designadamente úlceras cutâneas.

O Utente

_____

O Representante do Utente

_____

Barrô, ___ de _____ de 2008.

MTZ.

Nome: _____
Idade: ___ anos
Endereço: _____
Utente do SNS: _____ **Cama:** _____

UCCAB - UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS DR. ANTÓNIO BREDA

UNIDADE DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO

PEDIDO DE RE-AVALIAÇÃO E RE-ORIENTAÇÃO À ECL

Ao dispor,

Barrô, ___ de _____ de 2007

_____
(_____, Dr.)

MTZ.

Nome: _____
Idade: ___ anos
Endereço: _____
Utente do SNS: _____ **Cama:** _____

UCCAB - UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS DR. ANTÓNIO BREDA

UNIDADE DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO

INFORMAÇÃO CLINICA

Para os devidos efeitos, informa-se que:

Ao dispor,

Barrô, ___ de _____ de 2007.

_____
(_____, Dr.)

MTZ.

Nome: _____

Idade: ___ anos

Endereço: _____

Utente do SNS: _____ Cama: _____

UCCAB - UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS DR. ANTÓNIO BREDA

UNIDADE DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO

REFERENCIAÇÃO À ESPECIALIDADE DE _____

Data de Entrada na UCCAB: ___/____/_____

Proveniência: _____

Equipa Coordenadora Local: _____

Objectivo de Internamento: _____

_____

Diagnósticos
Justificação do pedido de consulta
Medicação em curso

Barrô, ___/___/_____

Assinatura do Médico

_____

(_____, Dr.)

MTZ.

Nome: _____
Idade: ___ anos
Endereço: _____
Utente do SNS: _____ **Cama:** _____

UCCAB - UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS DR. ANTÓNIO BREDA

UNIDADE DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO

FICHA DE TRASNFERÊNCIA PARA HOSPITAL DE AGUDOS

Data de Entrada na UCCAB: ___/___/_____

Proveniência: _____

Equipa Coordenadora Local: _____

Objectivo de Internamento: _____

_____

Diagnósticos
Motivo de Transferência
Medicação em curso

Barrô, ___/___/_____

Assinatura do Médico

_____

(_____, Dr.)

MTZ.

Nome: _____
Idade: ___ anos
Endereço: _____
Utente do SNS: _____ **Cama:** _____

UCCAB - UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS DR. ANTÓNIO BREDA

UNIDADE DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO

FOLHA DE TRANSFERÊNCIA DE ENFERMAGEM
(PARA HOSPITAL DE AGUDOS)
(Emergência)

Data de Entrada na UCCAB: ___/___/_____

Proveniência: _____

Equipa Coordenadora Local: _____

Objectivo do Internamento: _____

_____

Diagnóstico Principal: _____

Diagnósticos Secundários: _____

_____

Motivo de Transferência:

_____

_____

_____

_____

Medicação em curso:

_____

_____

_____

Sinais Vitais:

TA: _____ mmHg.
FC: _____ ppm.
FR: _____ cpm.
T. axilar: _____ ºC.
BM test: _____ mg/dl.
Sat. PO2 _____ %.

Data/Hora: ___/___/_____ às __h __m

Enfermeiro de serviço, _____

Médico contactado telefonicamente: _____

MTZ.

Nome: _____
Idade: ___ anos
Endereço: _____
Utente do SNS: _____ **Cama:** _____

UCCAB - UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS DR. ANTÓNIO BREDA

UNIDADE DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO

PEDIDO DE PRORROGAÇÃO PARA ALÉM DE 90 DIAS (ECR)

Data de Entrada na UCCAB: ___/___/_____

Proveniência: _____

Equipa Coordenadora Local: _____

Objectivo de Internamento:

_____

_____

Problemas activos á entrada
✓ _____ - _____. ✓ _____ - _____. ✓ Co - morbilidades significativas: ➢ _____ - _____. ➢ _____ - _____.
Justificação do pedido

Barrô, ___/____/_____

Assinatura do Médico

_____

(_____, Dr.)

MTZ.

Nome: _____
Idade: ___ anos
Endereço: _____
Utente do SNS: _____ **Cama:** _____

UCCAB - UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS DR. ANTÓNIO BREDA

UNIDADE DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO

DECLARAÇÃO DE LEVANTAMENTO DE CADÁVER

Eu (nome do colaborador) _____

declaro que acompanhei o processo de levantamento do cadáver, (nome do Sr(a) falecido) _____

Eu (nome do familiar que autorizou o levantamento) _____ _____ **declaro que autorizei o levantamento do cadáver** acima identificado.

Sendo representante da Entidade/Agência/ _____

_____/ ..... / ..... / .....

Assinatura legível do funcionário da instituição

_____

Assinatura legível do familiar que autorizou o levantamento

_____

MTZ.

Nome: _____
Idade: ___ anos
Endereço: _____
Utente do SNS: _____ **Cama:** _____

UCCAB - UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS DR. ANTÓNIO BREDA

UNIDADE DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ALTA

Proc.: _____-__
Naturalidade: _____
Filiação: _____

Eu, ..., abaixo-assinado, de ..... anos de idade, estado ....., profissão ....., morador na Rua/Av....., do concelho de....., portador do Bilhete de Identidade nº ....., passado pelos Serviços de Identificação de ....., (parentesco) ..... do doente, declaro que me responsabilizo pela alta, que é dada por minha exigência, sujeitando-me às consequências que daí advenham e, também, pelo que vier a ser debitado nos termo do regulamento/protocolo em vigor na UCCAB.

Barrô, .../..../.....

Assinatura

.....

Testemunhas

.....

.....

.....

MTZ.

Nome: _____
Idade: ___ anos
Endereço: _____
Utente do SNS: _____ **Cama:** _____

UCCAB - UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS DR. ANTÓNIO BREDA

UNIDADE DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO

NOTA DE ALTA

Data de Admissão: ___/____/_____ **Data da Alta:** ___/___/_____

Proveniência: _____ **Equipa Coordenadora Local:** _____

1. **Plano de Reabilitação Global (MI):** _____
_____
_____

2. **Internamento -** Informação Relevante: _____
_____
_____
_____
_____

3. **Diagnóstico Principal de Alta:** _____
4. **Diagnósticos Secundários de Alta:** _____
5. **Terapêutica e Sugestões:** _____
_____
_____
_____

6. **Destino:** _____

Barrô, ___ de _____ de 2007

Assinatura do Médico

_____
(_____, Dr.)

MTZ.

Nome: _____

Idade: ___ anos

Endereço: _____

Utente do SNS: _____ Cama: _____

UCCAB - UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS DR. ANTÓNIO BREDA

UNIDADE DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO

FOLHA DE ENCERRAMENTO DO PROCESSO CLINICO

MTZ.

UCCAB - UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS DR. ANTÓNIO BREDA

UNIDADE DE LONGA DURAÇÃO E MANUTENÇÃO

MAPA DE ACTIVIDADES SEMANAL

	2.ª Feira	3.ª Feira	4.ª Feira	5.ª Feira	6.ª Feira
10:00					
11:00					
12:00					
13: 00					
14:00					
15:00					
16:00					
17:00					
18:00					
19:00					

MTZ.

UCCAB - UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS DR. ANTÓNIO BREDA

UNIDADE DE LONGA DURAÇÃO E MANUTENÇÃO

ACÇÕES POR ACTIVIDADE: ___/___/_____

Hora:
Local:

Animadora: _____

Tema		Recursos			Duração	N.º de participantes
Actividade		Log.	Finan.	Humanos		
Objectivos / Competências						
Estratégias						

Descrição da actividade	Autoavaliação/ Heteroavaliação
	Global + N.º de participantes + Capacidades Cognitivas + Capacidades Físicas + Empenho + Motivação + Interesse

Aprovado por: Data:

MTZ.

UCCAB - UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS DR. ANTÓNIO BREDA

UNIDADE DE LONGA DURAÇÃO E MANUTENÇÃO

REGISTO DE AVALIAÇÃO DAS ACTIVIDADES DE ANIMAÇÃO - ___/___/___

Avaliação			
Observação directa	Autoavaliação	Heteroavaliação	Participantes
N.º Participantes* Suficiente			
Capacidades Cognitivas* Suficientes			
Capacidades Físicas* Insuficientes			
Empenho* Insuficiente			
Motivação* Insuficiente			
Interesse* Insuficiente			

* Legenda:I) Insuficiente; S) Suficiente; B) Bom; M.B) Muito Bom

MTZ.

CASA DE REPOUSO DR. ANTÓNIO BREDA E LEA BREDA

PEDIDO DE EMPREGO

Nome: _____

Residência: _____

Tef:_____Tlm.: _____Localidade_____

Data de Nascimento: ___ / ___ / _____ Naturalidade _____Freguesia:_____

Estado Civil _____

Filiação: _____ e de _____

B. I. n.º _____ emitido em _____, pelo Serviço de Identificação de _____

Carta de Condução: SIM ☐ NÃO ☐

Viatura própria: SIM ☐ NÃO ☐

HABILITAÇÕES ACADÉMICAS: _____

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL: _____

_____

_____

_____

FUNÇÕES A QUE SE CANDIDATA: _____

_____

SITUAÇÃO PROFISSIONAL ACTUAL:

Empregada: NÃO ☐ SIM ☐ Nome da empresa: _____

Funções que desempenha: _____

Desempregada: SIM ☐ NÃO ☐

Inscrita no Instituto de emprego: SIM ☐ NÃO ☐

Recebe Subsídio de Desemprego? SIM ☐ NÃO ☐

_____, ____ *de* _____, *de* _____

Assinatura _____

MTZ.

CASA DE REPOUSO DR. ANTÓNIO BREDA E LEA BREDA

GUIA DE ENTREVISTA

Nome do Candidato: _____ **Data de Nasc.:** ___/___/___

Morada: _____ **Telef.:** _____ **Telem.:** _____

Função: _____ **Entrevistado dia:** ___/___/___ **Hora:** ___:___

1. Informações a transmitir ao candidato:

Empresa (Organigrama, Serviços, Filosofia)
Função (Localização no organigrama, local de trabalho, data previsível para admissão, descrição sucinta das tarefas, etc)
Condições (Remuneração, regalias sociais, horário, tipo contrato, etc)

2. Informações a recolher do candidato:
Estado Civil: _____ Filhos: _____ Idades:_____
Carta de Condução: Sim Não

Habilitações Académicas: _____

Informação Pessoal:

Pontos fracos_____Pontos fortes _____

Parecer sobre as qualidades próprias para o desempenho da função:

_____

Profissionais:

Experiência:

_____

Razões para Mudança: _____

Aspirações Profissionais: _____

3. Critérios de Avaliação (de acordo com a função):

A - Adequado sem reservas **B - Adequado c/ algumas reservas (+-)** **C - Inadequado**

1.Apresentação ____ 2. Formação Escolar ____

3. Formação Complementar ____ 4. Experiência Profissional ____

5. Capacidade de Expressão ____ 6. Capacidade de Ouvir ____

7. Aptidões (Sentido resp., argumentação, etc) ____ 8. Polivalência ____

8. Potencial (Entusiasmo, versatilidade,etc) ____ 10. Trabalho por turnos ____

11. Trabalho Nocturno ____

	A	B+	B	B-	C
Avaliação Final					

Pontos Favoráveis	**Pontos Desfavoráveis**

MTZ.

CASA DE REPOUSO DR. ANTÓNIO BREDA E LEA BREDA

FICHA DE COLABORADOR

IDENTIFICAÇÃO DO COLABORADOR

NOME:_____

MORADA:_____

LOCALIDADE:_____ CÓDIGO POSTAL_____ TELEF._____

DADOS PESSOAIS

DATA DE NASCIMENTO:_____/____/____ FREGUESIA:_____

CONCELHO:_____ DISTRITO:_____ PAÍS:_____

SEXO: (M / F) ESTADO CIVÍL:_____ NR. DEPEND._____

FILIAÇÃO:_____ e _____

NOME CONJUGE:_____

NR. BILHETE IDENTIDADE:_____ EMISSÃO: _____/_____/_____

VALIDADE:_____/____/____ IDENTIFICAÇÃO_____

NR. CARTA COND._____ EMISSÃO:_____/_____/_____

D.G. VIAÇÃO_____ VALIDADE:_____/_____/_____

HABILITAÇÕES ACADÉMICAS:_____

DADOS FISCAIS

NR. CONTRIBUINTE:_____ C.BAIRRO FISCAL:_____

CÓDIGO:_____ R. SEG. SOCIAL:_____ BENEF. NR._____

CENTRO REG. SEG. SOCIAL:_____

SINDICATO:_____ NR.SÓCIO:_____DESC._____

BANCO:_____ DEP._____ CONTA NR._____

PAGAMENTO POR CONTA BANCÁRIA-NIB:_____

MTZ.

CASA DE REPOUSO DR. ANTÓNIO BREDA E LEA BREDA

FICHA DE COLABORADOR

NIVEL QUALIFICAÇÕES

CATEGORIA:_____ DATA ADMISSÃO:____/____/____

DATA DA ÚLTIMA PROMOÇÃO:____ / _____ / _____

SITUAÇÃO NA EMPRESA:_____

CENTRO DE CUSTO:_____

TIPO CONTRACTO:_____ (DURAÇÃO)_____

VENCIMENTO:_____

TAXA FIXA PARA I.R.S._____

Código de I.R.S. _ 01 - Não casado 02 - Cas uni titular 03 - Cas dois titulares
04 - Não cas def 05 - Cas uni def 06 - Cas dois tit def.

OBSERVAÇÕES:

DATA:_____/_____/_____

ASSINATURA:_____

MTZ.

CASA DE REPOUSO DR. ANTÓNIO BREDA E LEA BREDA

FICHA DE COLABORADOR - PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

IDENTIFICAÇÃO DO COLABORADOR

NOME:_____

MORADA:_____

LOCALIDADE:_____ CÓDIGO POSTAL_____ TELEF._____

DADOS PESSOAIS

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ FREGUESIA:_____

CONCELHO: _____ DISTRITO: _____ PAÍS:_____

SEXO: (M / F) ESTADO CIVÍL: _____ NR. DEPEND._____

FILIAÇÃO: _____ e _____

NOME CONJUGE: _____

NR. BILHETE IDENTIDADE: _____ EMISSÃO: _____/_____/_____

VALIDADE: _____/____/____ IDENTIFICAÇÃO._____

HABILITAÇÕES ACADÉMICAS:_____

DADOS FISCAIS

NR. CONTRIBUINTE: _____ C.BAIRRO FISCAL: _____

CÓDIGO: _____ R. SEG. SOCIAL: _____ BENEF. NR. _____

CENTRO REG. SEG. SOCIAL: _____

SINDICATO : _____ NR.SÓCIO: _____

Nº CÉDULA PROFISSIONAL: _____

DATA: _____/_____/_____

ASSINATURA: _____

Anexar: Cópias de curriculum, de Cartão de Contribuinte e de Cédula Profissional.

MTZ.

CASA DE REPOUSO DR. ANTÓNIO BREDA E LEA BREDA

CAPA DO PROCESSO DO COLABORADOR

Nome _____ Nascido a ___ / ___ / ____
Filiação
_____
Estado Civil _____ Nº Cont. _____ Nº B.I. _____ Nº Benef. _____
Nacionalidade _____ Natural de _____ Freguesia de _____
Concelho _____ Distrito _____
Habilitações Académicas e Profissionais_____
_____

Residências
em ___ / ___ / ____
em ___ / ___ / ____
em ___ / ___ / ____

Admitido ____ / ___ / ____

Categoria _____ Secção_____Centro Custos _____
Vencimento _____€ e _____ Pontuação _____
Outras Condições _____
Farda _____ Vestiário nº _____

Posições			
Data	Transferência	Categoria	Vencimento

Observações

Data de demissão ____ / ____ / _____ Motivo _____
Último Ordenado pago em ____/ ____ / _____

MTZ.

CASA DE REPOUSO DR. ANTÓNIO BREDA E LEA BREDA

DEFINIÇÃO DE FUNÇÕES

NOME DO (A) COLABORADOR (A): _____

FUNÇÃO: _____

OBJECTIVO FUNDAMENTAL:

DESCRIÇÃO DA FUNÇÃO:

AUTONOMIA DA FUNÇÃO:

SUSBTITUIÇÃO EM CASO DE AUSÊNCIA:

PERFIL REQUERIDO PARA A FUNÇÃO:

O (A) TITULAR:	O CHEFE DIRECTO:	A DIRECTORA DA CRABLB:
DATA: ___/___/____	DATA: ___/___/____	DATA: ___/___/____

CASA DE REPOUSO DR. ANTÓNIO BREDA E LEA BREDA

MANUAL DE ACOLHIMENTO AO ENFERMEIRO

1. Introdução
2. Objectivos da Casa de Repouso Dr. António Breda e Lea Breda

2.1 Unidade de Cuidados Continuados Dr. António Breda - U.C.C.A.B

Objectivos da U.C.C.A.B

2.1.2 Prossecução dos Objectivos

2.2 Lar Madame Breda

2.3 Direitos e Deveres dos Utentes da Casa de Repouso

3. Caracterização da Casa de Repouso Dr. António Breda e Lea Breda
4. Recursos Financeiros, Materiais e Humanos

4.1 Recursos Financeiros

4.2 Recursos Materiais

4.3 Recursos Humanos

5. Actividade Desenvolvidas pela Casa de Repouso Dr. António Breda e Lea Breda

5.1 Serviços/ Cuidados de saúde prestados pela UCCAB

5.1.1 Cuidados Médicos

5.1.2 Cuidados de Enfermagem

5.1.3 Consultas de vigilância de saúde

5.1.3.1 Consultas Médicas

5.1.3.2 Consultas de Enfermagem

5.1.4 Fisioterapia/ Reabilitação

5.1.5 Serviço Social

5.1.6 Saúde Ocupacional

5.1.7 Serviço de Psicologia

5.1.8 Serviço de Farmácia

5.1.9 Nutricionista

5.1.10 Serviço de Análises Clínicas

5.1.11 Serviço de Cabeleireiro e Esteticista

5.1.12 Directora

5.1.13 Provedor

5.2 Equipas da Casa de Repouso Dr. António Breda

5.2.1 Equipa de Enfermagem

5.2.2 Parceria com o Centro de Saúde de Águeda

6. Conclusão
7. Bibliografia
Anexos
Anexo 1- Direitos e Deveres dos Utentes da Casa de Repouso
Anexo 2- Organigrama da Casa de Repouso Dr. António Breda e Lea Breda
Anexo 3- Folhas de Registo do Médico
Anexo 4- Folhas de Registo de Enfermagem
Anexo 5- Folhas de Registo da Fisioterapia
Anexo 6- Folhas de Registo do Serviço Social
Anexo 7- Folhas de Registo da Saúde Ocupacional

CASA DE REPOUSO DR. ANTÓNIO BREDA E LEA BREDA

REGISTO DAS CHAVES DOS CACIFOS

Nome	Cacifo N.º	Data Recepção	Assinatura	Data Devolução	Assinatura	Observações

MTZ.

CASA DE REPOUSO DR. ANTÓNIO BREDA E LEA BREDA

REGISTO DE FARDAS

Funcionário	Data Recepção	Calça					Túnica					Bata					Assinatura	Data Devolução	Calça					Túnica					Bata					Assinatura
		6	8	10	12	18	6	8	10	12	18	6	8	10	12	18			6	8	10	12	18	6	8	10	12	18	6	8	10	12	18	

MTZ.

CASA DE REPOUSO DR. ANTÓNIO BREDA E LEA BREDA

GRELHA DA AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

Ano:_____

Nome Colaborador	Mês:					Total	Valor	Mês:					Total	Valor	Mês:					Total	Valor	Mês:					Total	Valor	Valor	Redução	Total a Pagar
	Pontualidade	Assiduidade	Profissionalismo	Disponibilidade	Relacionamento			Pontualidade	Assiduidade	Profissionalismo	Disponibilidade	Relacionamento			Pontualidade	Assiduidade	Profissionalismo	Disponibilidade	Relacionamento			Pontualidade	Assiduidade	Profissionalismo	Disponibilidade	Relacionamento					
																													0.00 €		0.00 €
																													0.00 €		0.00 €
																													0.00 €		0.00 €
																													0.00 €		0.00 €
																													0.00 €		0.00 €
																													0.00 €		0.00 €
																													0.00 €		0.00 €
																													0.00 €		0.00 €
																													0.00 €		0.00 €
																													0.00 €		0.00 €
																													0.00 €		0.00 €

Baixa Férias Luto Licença s/ vencimento Penalização

MTZ.

CASA DE REPOUSO DR. ANTÓNIO BREDA E LEA BREDA

PLANO DE FORMAÇÃO

Ano: _____

N.º Formação	Tema	Destinatários	Data	Ponto da Situação

MTZ.

CASA DE REPOUSO DR. ANTÓNIO BREDA E LEA BREDA

REGISTO DE PRESENÇAS - FORMAÇÃO

Tema:
Destinatários:
Sumário:

Data: **Horário:**

Assinatura Legível do Formando

Assinatura do Formador: _____

MTZ.

CASA DE REPOUSO DR. ANTÓNIO BREDA E LEA BREDA

REGISTO DIÁRIO DE VISITAS

Nº	Quarto a visitar	Nome do Visitante	Identificação	Hora de Entrada	Assinatura Recepção	Hora de Saída	Assinatura Recepção
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							

MTZ.

CASA DE REPOUSO DR. ANTÓNIO BREDA E LEA BREDA

PEDIDO DE TRANSPORTES

Ano: _____

Mês: _____

Transporte a pedir:							A aguardar aprovação:		Transporte aprovado:				
Data	Colaborador	Data de transporte	Nome do Cliente	Cama	Motivo	Destino	Data	Pedido por:	Data:	Confirmado por:	Transporte a efectuar por:	Hora de recolha:	Acompanhamento do Cliente

MTZ.

CASA DE REPOUSO DR. ANTÓNIO BREDA E LEA BREDA

FOTOCÓPIAS

Ano: _____

Mês _____

Dia	Contador início	Contador fim	Nº. Cópias	Secção	Funcionário

MTZ.

CASA DE REPOUSO DR. ANTÓNIO BREDA E LEA BREDA

REGISTO DE CHAMADAS

Ano: _____

Mês _____

Data	Nº. Telef.	Nome Destinatário	Nome de quem realiza a chamada	Nº de impulsos

MTZ.

CASA DE REPOUSO DR. ANTÓNIO BREDA E LEA BREDA

REGISTO DE CHAVES

Data	Chave	Hora Levantamento	Assinatura	Hora Entrega	Assinatura

MTZ.

CASA DE REPOUSO DR. ANTÓNIO BREDA E LEA BREDA

PEDIDO INTERNO DE COMPRA

Número de requisição _____/_____

Quantidade	Descrição dos produtos/serviços	Secção	Stock Existente	Data Pedido	Assinatura

Requisitante: _____

Aprovação

Data:____/____/____

MTZ.

CASA DE REPOUSO DR. ANTÓNIO BREDA E LEA BREDA

FICHA DE FORNECEDOR

Fornecedor			
Morada			
Contactos			
Telefone			
Fax			
E-mail			
Gerente		Telem.:	
Comercial		Telem:	
Produtos / Serviços:			
Condições Pagamento			
Empresa Certificada	Sim ☐ Não ☐		
Assistência	Sim ☐ Não ☐		
Contrato	Sim ☐ Data de Validade: ____/___/___ Não ☐		
Data Abertura de Ficha:	___/___/_____	Data Fecho de Ficha	___/___/____
		Motivo	

MTZ.

UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS DR. ANTÓNIO BREDA

UCCAB

REGIME ALIMENTAR

Entregue:_____

Recebido: _____

Data: __-__-____ Para o dia: __-__-____

CAMA	NOME	DIETA	OBS.	7H	P.A.	10H	ALMOÇO	16H	JANTAR	CEIA
TOTAL										

MTZ.

CASA DE REPOUSO DR. ANTÓNIO BREDA E LEA BREDA

MAPA DE CONTROLO DO PÃO

Ano: _____

Mês _____

Entrega de Pão		
Dia	Quant.	Ass.:

Saída de Pão										
Dia	P.Almoço	Ass.:	Almoço	Ass.:	Lanche	Ass.:	Jantar	Ass.:	Ceia	Ass.:

MTZ.

CASA DE REPOUSO DR. ANTÓNIO BREDA E LEA BREDA

MAPA DE CONTROLO DE CAPITAÇÕES

Ano: _____

Mês _____

Dia	Produto	N.º Refeições pedidas	Capitação	N.º Refeições Servidas	Sobras	Assinatura

MTZ.

CASA DE REPOUSO DR. ANTÓNIO BREDA E LEA BREDA

BAIXAS NA PALAMENTA

Ano: _____

Mês _____

Dia	Artigo	Motivo	Assinatura

MTZ.

UCCAB

UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS DR. ANTÓNIO BREDA

CHECK-LIST DO MATERIAL DO CARRO DE EMERGÊNCIA

Designação	Quantidade	Data Validade Mês /Ano	Verificado
GAVETA DE TERAPÊUTICA(1ª Gaveta)			

2ª GAVETA			
3ª GAVETA			

4ª GAVETA			

5ª GAVETA			

DATA: ____ / __ / __ Nº Chave--------- Assinatura: _____ Ced. Prof._____

Confirmado ---------- Ced. _____

MTZ.

UCCAB

UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS DR. ANTÓNIO BREDA

REPOSIÇÃO DE MATERIAL DE CONSUMO NO STOCK

UNIDADE DE _____

Data:___/ ____/ ___

ARTIGOS	Stock	Repos.	ARTIGOS	Stock	Repos.

Assinatura: _____

MTZ.

CASA DE REPOUSO DR. ANTÓNIO BREDA E LEA BREDA

ENTRADA DE MATERIAL NO ARMAZÉM

Ano: _____

Mês _____

Dia	Descrição	Quantidade Unitária	Assinatura

MTZ.

CASA DE REPOUSO DR. ANTÓNIO BREDA E LEA BREDA

SAÍDA DE MATERIAL DO ARMAZÉM

Ano: _____

Mês _____

Dia	Descrição	Quantidade Unitária	Assinatura

MTZ.

CASA DE REPOUSO DR. ANTÓNIO BREDA E LEA BREDA

CONTROLO DE LIMPEZA

Local _____

Ano: _____

Mês _____

Dia	1ª Limpeza		2ª Limpeza	
	Hora	Funcionária	Hora	Funcionária
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				

MTZ.

UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS DR. ANTÓNIO BREDA

UCCAB

DESINFECÇÃO EQUIPAMENTO E MATERIAL CLÍNICO

Ano: _____

Mês _____

Dia	Equipamento/ Material	Assinatura	Observações

MTZ.

UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS DR. ANTÓNIO BREDA

UCCAB

REGISTO DE SAÍDAS E ENTREGAS DE COMPRESSAS E KITS

SERVIÇO DE ESTERILIZAÇÃO (EXTERIOR)

DATA DE SELAGEM	COMPRESSAS GRANDES	COMPRESSAS PEQUENAS	KITS	OUTROS	DATA DE SAÍDA	DATA DE ENTREGA	Assinatura

UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS DR. ANTÓNIO BREDA

UCCAB

CONTROLO DE RESÍDUOS HOSPITALARES - PESO

Ano:_____

Dia	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Total
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
21													
22													
23													
24													
25													
26													
27													
28													
29													
30													
31													
Total													

MTZ.

UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS DR. ANTÓNIO BREDA

UCCAB

MAPA CONTROLO DE CONTENTORES DE LIXO

A/dias de recolha
B/nº de contentores

	Dia	A/	B/		Dia	A/	B/		Dia	A/	B/		Dia	A/	B/
Segunda				Segunda				Segunda				Segunda			
Terça				Terça				Terça				Terça			
Quarta				Quarta				Quarta				Quarta			
Quinta				Quinta				Quinta				Quinta			
Sexta				Sexta				Sexta				Sexta			
Sábado				Sábado				Sábado				Sábado			
Domingo				Domingo				Domingo				Domingo			

MTZ.

UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS DR. ANTÓNIO BREDA

UCCAB

MAPA MENSAL DE AR MEDICINAL

Ano: _____

Mês _____

Pedidos Efectuados				Entregas Efectuadas		
Data	Material	Fornecedor	Assinatura	Data	Assinatura	Posição

UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS DR. ANTÓNIO BREDA

UCCAB

MAPA MENSAL DE OXIGÉNIO

Ano: _____

Mês _____

Pedidos Efectuados				Entregas Efectuadas		
Data	Material	Fornecedor	Assinatura	Data	Assinatura	Posição

MTZ.

CASA DE REPOUSO DR. ANTÓNIO BREDA E LEA BREDA

CONTROLO MENSAL DO GERADOR

Ano:_____

Mês_____

Controlo de Abastecimento do Gerador

DATA	QUANT.(L)	ASS.
01		
02		
03		
04		
05		
06		
07		
08		
09		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		

Controlo de Activação Manual

DATA	HORA	TEMPO FUNC.	ASS.
01			
02			
03			
04			
05			
06			
07			
08			
09			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			

MTZ.

CASA DE REPOUSO DR. ANTÓNIO BREDA E LEA BREDA

CONTAGEM DO GÁS

Ano: _____

Mês: _____

Dia	Contagem
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	
31	

Mês: _____

Dia	Contagem
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	
31	

Mês: _____

Dia	Contagem
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	
31	

Assinatura: _____

MTZ.

CASA DE REPOUSO DR. ANTÓNIO BREDA E LEA BREDA

REGISTO DE AVARIAS DO ELEVADOR

ELEVADOR _____

Ano: _____

Mês _____

Chamada Dia/Hora	Tipo de Avaria	Assinatura CR	Reparação Dia/Hora	Assinatura Técnico	Condições Atmosféricas

MTZ.

CASA DE REPOUSO DR. ANTÓNIO BREDA E LEA BREDA

CONTROLO DOS SERVIÇOS DE JARDINAGEM

Firma prestadora de serviços:

Data de realização do serviço: _____/ ____/_____ **Horário:** ____h____m às ___h ___m

Tipo de Serviço: Construção ☐ Manutenção ☐

Trabalhos Efectuados

Jardim Lado Sul:

Plantação ☐	Cortar relva ☐	Semear relva ☐	Inst. Sist. Drenag. ☐
Passar Rolo ☐	Limpeza ☐	Marcação canteiros ☐	Limpeza calçada ☐
Espalhar areia/terra ☐	Fazer canteiro ☐	Podar árvores ☐	Desinfecção ☐
Regar plantas ☐	Pulverizar plantas/árv ☐	Instalação serv rega ☐	Devastação mato ☐
Arrancar ervas ☐		Escarificação ☐	Cortar sebes ☐

Jardim Solar:

Plantação ☐	Cortar relva ☐	Semear relva ☐	Inst. Sist. Drenag. ☐
Passar Rolo ☐	Limpeza ☐	Marcação canteiros ☐	Limpeza calçada ☐
Espalhar areia/terra ☐	Fazer canteiro ☐	Podar árvores ☐	Desinfecção ☐
Regar plantas ☐	Pulverizar plantas/árv ☐	Instalação serv rega ☐	Devastação mato ☐
Arrancar ervas ☐		Escarificação ☐	Cortar sebes ☐

Jardim Traseiro:

Plantação ☐	Cortar relva ☐	Semear relva ☐	Inst. Sist. Drenag. ☐
Passar Rolo ☐	Limpeza ☐	Marcação canteiros ☐	Limpeza calçada ☐
Espalhar areia/terra ☐	Fazer canteiro ☐	Podar árvores ☐	Desinfecção ☐
Regar plantas ☐	Pulverizar plantas/árv ☐	Instalação serv rega ☐	Devastação mato ☐
Arrancar ervas ☐		Escarificação ☐	Cortar sebes ☐

Canteiros Interiores:

Plantação ☐	Cortar relva ☐	Semear relva ☐	Inst. Sist. Drenag. ☐
Passar Rolo ☐	Limpeza ☐	Marcação canteiros ☐	Limpeza calçada ☐
Espalhar areia/terra ☐	Fazer canteiro ☐	Podar árvores ☐	Desinfecção ☐
Regar plantas ☐	Pulverizar plantas/árv☐	Instalação serv rega ☐	Devastação mato ☐
Arrancar ervas ☐		Escarificação ☐	Cortar sebes ☐

Problemas encontrados (urgentes):

_____

_____

_____

Observ.:

_____

_____

Assinatura Empresa: _____ Assinatura CR: _____

MTZ.

CASA DE REPOUSO DR. ANTÓNIO BREDA E LEA BREDA

FALSOS ALARMES / ANOMALIAS / INCIDENTES

Ano: _____

Anomalias / Incidentes		**Data**	**Soluções Adoptadas**		**Data**
Instalações	Humanas		Instalações	Humanas	

MTZ.

CASA DE REPOUSO DR. ANTÓNIO BREDA E LEA BREDA

VERIFICAÇÃO DAS INSTALAÇÕES TÉCNICAS E DE SEGURANÇA

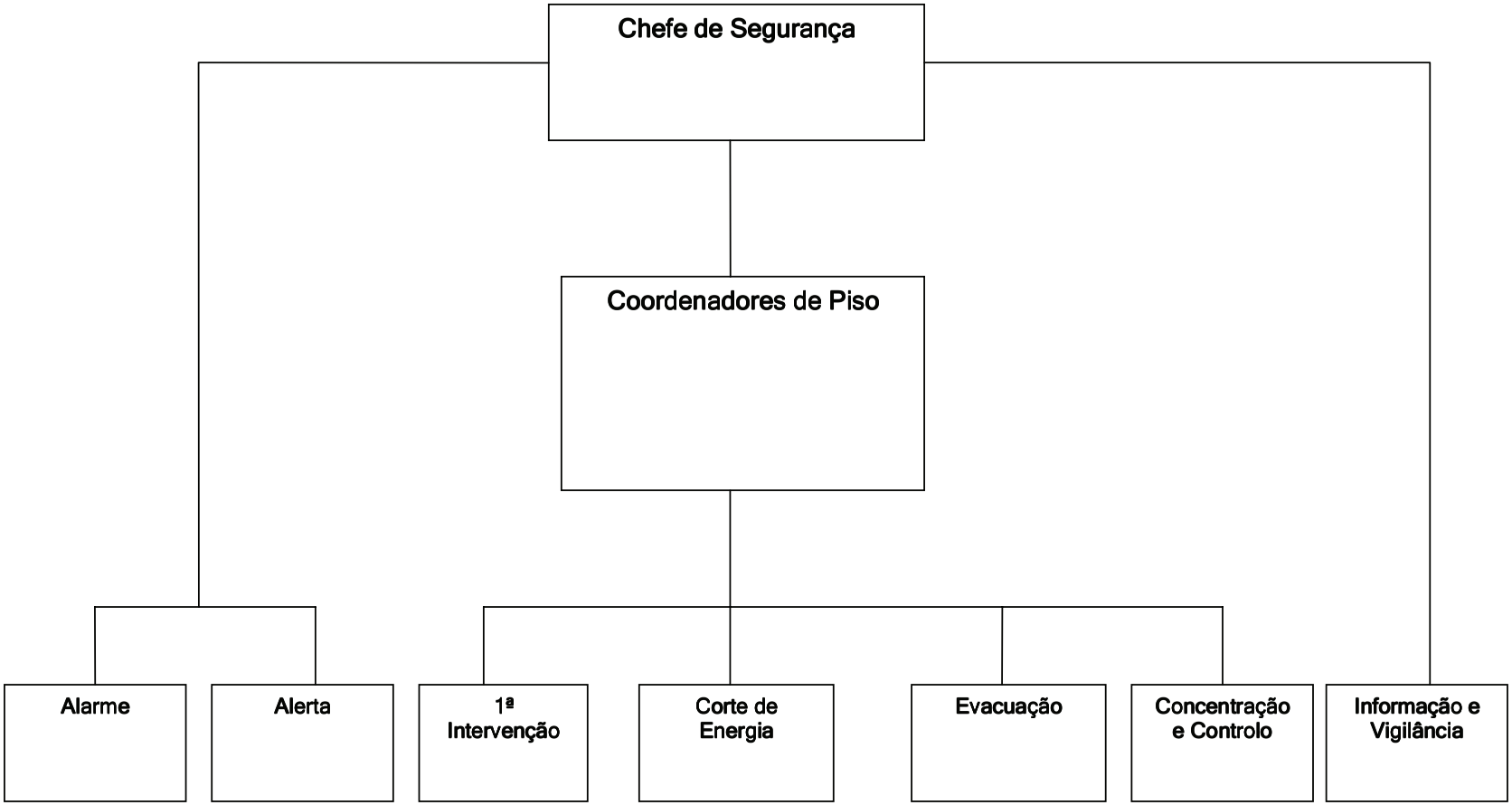
MANUTENÇÃO E CONSERVAÇÃO

Mangueiras	Extintores	Gerador	Rampa de Gases Medicinais	Vácuo	Caldeiras	PT	Ascensores	Outras Instalações e Equipamentos de Gás	Outras Instalações e Equipamentos Eléctricos	Outras	Entidade Inspectora	Data	Soluções Adoptadas	Anexo

MTZ.

CASA DE REPOUSO DR. ANTÓNIO BREDA E LEA BREDA

SEGURANÇA INCÊNDIO



MTZ.

CASA DE REPOUSO DR. ANTÓNIO BREDA E LEA BREDA

DOCUMENTAÇÃO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Código	Descrição	Edição n.º	Distribuição Controlada				
MQ							
Processos-Chave							
PC							
PC							
Processos de Gestão							
PG							
PG							
Procedimentos Documentados							
PR							
Instruções de Trabalho							
IT							
IT							
Matrizes							
MTZ							
MTZ							

MTZ.

CASA DE REPOUSO DR. ANTÓNIO BREDA E LEA BREDA

SUGESTÕES DOS COLABORADORES

Nome: _____

Data de entrega: ___ / ___ / _____

Escrever com letra legível. Entrega obrigatória.

MTZ.

CASA DE REPOUSO DR. ANTÓNIO BREDA E LEA BREDA

INQUÉRITO DE SATISFAÇÃO DOS COLABORADORES

Devolver até ao dia _____

POC:___
Estagiário:___
Recibo Verde:____
Contratado:___

	Muito Bom	**Bom**	**Satisfaz**	**Mau**
1. Os meus colegas são…				
2. O meu relacionamento com os meus colegas é…				
3. A Direcção é…				
4. As minhas condições de trabalho são…				
5. O apoio para resolver problemas é…				
6. A informação sobre a gestão da Casa é…				
7. A informação sobre os nossos hóspedes é…				
8. A formação profissional é…				
9. O meu salário/honorários é…				
10. O ambiente de trabalho é…				
11. O serviço de refeitório é…				
12. A minha participação em actividades sociais/culturais é…				
13. O trabalho de equipa é…				
14. A compreensão da minha avaliação profissional é…				
15. O reconhecimento do meu desempenho é…				
16. As possibilidades de desenvolvimento pessoal são…				
17. O meu orgulho de trabalhar na Casa de Repouso é…				
18. Globalmente a minha opinião sobre a qualidade dos nossos serviços é...				
19. Globalmente o meu nível de satisfação com a Instituição é...				

Obrigada pela sua Colaboração

MTZ.

CASA DE REPOUSO DR. ANTÓNIO BREDA E LEA BREDA

OPINIÕES E SUGESTÕES – CAIXA DE SUGESTÕES

Precisamos da sua opinião para melhorar a qualidade dos serviços prestados. Por favor, colabore apresentando as suas opiniões e sugestões e depositando na Caixa de Sugestões Obrigado.

Barrô, ____ de _____ de 20___

Nome e contacto (Facultativo) _____

MTZ.

UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS DR. ANTÓNIO BREDA

UCCAB

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE SATISFAÇÃO DOS UTENTES

Data de Alta: ____ / ____ / ____
Número de Quarto: _____ (Facultativo)

Caro utente da Unidade de Cuidados Continuados Dr. António Breda (UCCAB):

Como utente desta Unidade, precisamos da sua opinião para melhorar a qualidade dos serviços prestados. Por favor, colabore respondendo ao questionário breve que se segue.

INSTRUÇÕES

Nas páginas seguintes encontram-se várias afirmações relativas aos cuidados de saúde prestados nesta Unidade em que se encontra. Leia cada afirmação atentamente e responda assinalando com uma cruz (X) a sua escolha nos rectângulos correspondentes.

No caso de alguma das afirmações não se aplicar à sua situação poderá indicá-lo assinalando o rectângulo Não se aplica.
Todas as respostas a este questionário são confidenciais e serão usadas para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde.

Quando terminar o preenchimento do questionário coloque-o na caixa de sugestões que se encontra junto à recepção.

MTZ.

UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS DR. ANTÓNIO BREDA

UCCAB

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE SATISFAÇÃO DOS UTENTES

	Muito Satisfeito	Satisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Insatisfeito	Muito Insatisfeito	Não se Aplica
1. Forma como foi acolhido (a) na UCCAB	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Quanto às Instalações da UCCAB						
2.1 Localização	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.2 Conforto e comodidade do quarto	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.3 Privacidade do quarto	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.4 Limpeza e higiene das instalações	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.5 Distribuição dos espaços (quartos, gabinetes de apoio, salas de estar…)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Quanto à Alimentação						
3.1 Horário das Refeições	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3.2 Qualidade	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Relativamente à Equipa de Profissionais da UCCAB						
4.1 Quanto à Humanidade						
4.1.1 Médicos	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.1.2 Enfermeiros	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.1.3 Auxiliares de Acção Médica	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.1.4 Técnicos de Terapêutica (Fisioterapeuta, Terapeuta da Fala…)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.1.5 Técnica de Serviço Social	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.1.6 Animadora Cultural	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.1.7 Recepcionistas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.2 Quanto à Simpatia						
4.2.1 Médicos	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.2.2 Enfermeiros	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.2.3 Auxiliares de Acção Médica	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.2.4 Técnicos de Terapêutica (Fisioterapeuta, Terapeuta da Fala…)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.2.5 Técnica de Serviço Social	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.2.6 Animadora Cultural	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.2.7 Recepcionistas	☐	☐	☐	☐	☐	☐

MTZ.

UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS DR. ANTÓNIO BREDA

UCCAB

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE SATISFAÇÃO DOS UTENTES

	Muito Satisfeito	Satisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Insatisfeito	Muito Insatisfeito	Não se Aplica
4.3 Quanto ao Profissionalismo						
4.3.1 Médicos	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.3.2 Enfermeiros	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.3.3 Auxiliares de Acção Médica	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.3.4 Técnicos de Terapêutica (Fisioterapeuta, Terapeuta da Fala…)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.3.5 Técnica de Serviço Social	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.3.6 Animadora Cultura	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.3.7 Recepcionistas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Em relação ao Horário das Visitas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Quanto à Informação que lhe foi dada sobre o seu Estado de Saúde						
6.1 No momento da admissão na UCCAB	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6.2 Durante o Internamento (evolução da sua saúde)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6.3 À Saída (cuidados a ter)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Em relação às reclamações que fez (forma como foram atendidas e resolvidas)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Qual o seu grau de satisfação final em relação aos serviços prestados pela UCCAB	☐	☐	☐	☐	☐	☐

9. Recomendaria a UCCAB a um familiar, amigo ou conhecido? Sim ☐ Não ☐

OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO

MTZ.

MANUAL DE DOCUMENTOS OPERACIONAIS

Elaborado	Comissão da Qualidade
Aprovado	Conselho de Administração do Hospital Valentim Ribeiro

PARTE I

ASSISTÊNCIA

PARTE I - ASSISTÊNCIA

PARTE I - ASSISTÊNCIA

Cap.	Descrição	Processo
0	Índice	-
1	Admissão	PC 7.1
2	Prestação de Cuidados Clínicos	PC 7.5
3	Prestação de Cuidados de Enfermagem	PC 7.4 e 7.5
4	Apoio Psicossocial	PC 7.6
5	Apoio da Medicina Física e de Reabilitação	PC 7.5
6	Nutrição e Alimentação	PC 7.3

PARTE II - FUNCIONAMENTO

Cap.	Descrição	Processo
7	Higiene e Limpeza - Manual AAM	PS 6.2
8	Gestão Documental	PS 4
9	Gestão de Instalações e Equipamentos	PS 6.2
10	Gestão de Aquisição	PS 5
11	Gestão de Recursos Humanos	PS 6.1
12	Formação de Recursos Humanos	PS 6.1
13	Gestão Financeira	PS 5
14	Planeamento	PS 5
15	Avaliação e Desenvolvimento	PS 8

PARTE I - ASSISTÊNCIA

1 - ADMISSÃO

01.01 HVR - GUIA DE ACOLHIMENTO DO UTENTE
01.02 HVR - MODELO ETIQUETA
01.03 HVR - ESPÓLIO E TERMO DE RESPONSABILIDADE

2 - PRESTAÇÃO DE CUIDADOS CLÍNICOS

02.01 HVR - BOLETIM DE ADMISSÃO MÉDICA
02.02 HVR - REQUISIÇÃO DE MCDs E CONSULTAS
02.03 HVR - PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS
02.04 HVR - OUTRAS PRESCRIÇÕES
02.05 HVR - REGISTO DE EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO
02.06 HVR - OBSERVAÇÃO MÉDICA
02,07 HVR - INFORMAÇÃO CLÍNICA 48h ANTES DA ALTA
02.08 HVR - ALTA MÉDICA
02.09 HVR - TRANFERÊNCIA DE DOENTES

3 - PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

03.01 HVR - ADMISSÃO DE ENFERMAGEM
03.02 HVR - DIÁRIO DE ENFERMAGEM
03.03 HVR - MATERIAL DE CONSUMO CLÍNICO
03.04 HVR - PROCEDIMENTOS RELATIVOS ÀS QUEDAS
03.05 HVR - REGISTO DA GLICEMIA CAPILAR E INTERVENÇÕES
03.06 HVR - REGISTO DE SINAIS VITAIS
03.07 HVR - REGISTO E CONTROLO DA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS
03.08 HVR - TRATAMENTO DE FERIDAS
03.09 HVR - INFORMAÇÃO DE ENFERMAGEM 48h ANTES DA ALTA
03.10 HVR - ALTA DE ENFERMAGEM

4 - APOIO PSICOSSOCIAL

04.01 HVR - AVALIAÇÃO SOCIAL
04.02 HVR - PROCESSO SOCIAL
04.03 HVR - REGISTO DE INTERVENÇÕES SOCIAIS
04.04 HVR - PSICOLOGIA
04.05 HVR - DECLARAÇÃO

5 - APOIO DA MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO

05.01 HVR - FISIOTERAPIA
05.02 HVR - ALTA FISIOTERAPIA
05.03 HVR - AVALIAÇÃO TERAPIA DA FALA
05.04 HVR - PLANIFICAÇÃO DAS ACTIVIDADES DE TERAPIA OCUPACIONAL
05.05 HVR - TERAPIA OCUPACIONAL

6 - NUTRIÇÃO E ALIMENTAÇÃO

06.01 HVR - EMENTA SEMANAL
06.02 HVR - REQUISIÇÃO DIÁRIA DE ALIMENTAÇÃO UC
06.03 HVR - REQUISIÇÃO DIÁRIA DE ALIMENTAÇÃO UMDR
06.04 HVR - REQUISIÇÃO EXTRAORDINÁRIA DE ALIMENTAÇÃO
06.05 HVR - ALIMENTAÇÂO

Santa Casa da Misericórdia de Esposende

Hospital Valentim Ribeiro

GUIA DE ACOLHIMENTO DO UTENTE

Unidades de Cuidados Continuados

Unidade de Convalescença

Unidade de Média Duração e Reabilitação

I - *INFORMAÇÕES GERAIS*

Responder às necessidades da população e obter verdadeiros ganhos em saúde através da prestação de cuidados de elevado nível de qualidade e humanização é a Missão das Unidades de Cuidados Continuados Integrados do Hospital Valentim Ribeiro.

Estas Unidades estão situadas no edifício do Hospital Valentim Ribeiro, propriedade da Santa Casa da Misericórdia de Esposende inscrevendo-se nas tipologias de Convalescença e de Média Duração e Reabilitação, ambas inseridas na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – RNCCI.

A sua recuperação é a razão da existência destas Unidades. Por isso, tudo faremos para que se restabeleça rapidamente. Nesse sentido, o Hospital Valentim Ribeiro disponibiliza todo um conjunto de serviços que lhe proporcionarão conforto e bem-estar.

Este Guia tem como objectivo ajudá-lo a conhecer melhor as nossas Unidades onde vai permanecer por algum tempo.

Para esclarecimento de qualquer dúvida ou informação suplementar, por favor não hesite, e solicite o apoio dos profissionais.

II- *ACESSO AO HOSPITAL E PARQUEAMENTO*

1 - ACESSO AO HOSPITAL

1.1 – Autocarros com paragem junto ao Hospital:

- Autoviação do Minho
- Linhares

1.2 – Viatura própria (tendo por referência a Escola Secundária Henrique Medina).

2 - PARQUEAMENTO

Os utentes e seus familiares, que se desloquem em viatura própria, podem estacionar gratuitamente no parque do Hospital.

III – *EQUIPA DE SAÚDE*

Na Unidade de Convalescença e na Unidade de Média Duração e Reabilitação existe uma equipa pluridisciplinar que presta os cuidados necessários e que é constituída por:

. Médicos

. Enfermeiros

. Fisiatra

. Fisioterapeutas

. Terapeuta ocupacional

. Terapeuta da fala

. Assistente Social

. Psicólogo

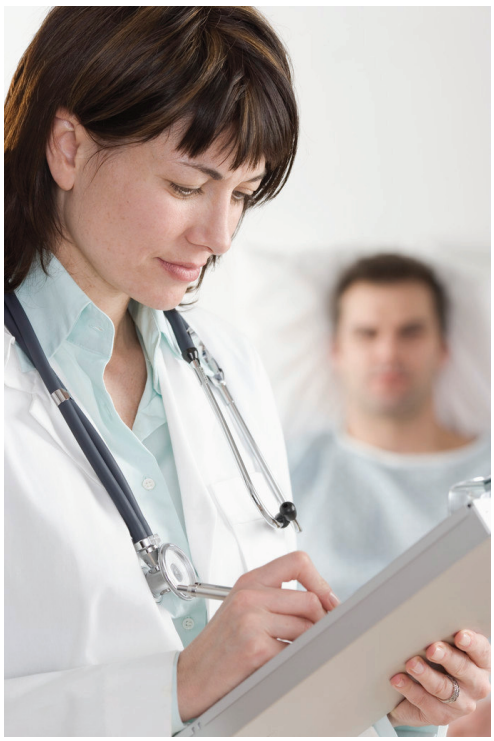
. Nutricionista e Dietista

. Auxiliares de Acção Médica

. Trabalhadores dos Serviços Gerais

. Administrativos

. Voluntários



1 - *MÉDICOS*

Cada utente tem um Médico responsável para o seguir durante o seu internamento.

2 - ENFERMEIROS

Existem Enfermeiros durante 24 horas por dia em ambas as Unidades de Cuidados Continuados, disponíveis para o atender e ajudar na resolução dos seus problemas de saúde.
Pode ainda contar com a intervenção especializada de algumas Enfermeiras no âmbito da sua reabilitação. A estas compete, essencialmente, ensiná-lo e prepará-lo para a alta com o máximo de autonomia. Ensinam também os seus familiares a melhor cuidarem de si, sempre que se justifique.

3 - FISIATRA

Está disponível nas duas Unidades, sempre que necessário, consulta de Fisiatria que orienta a intervenção dos Fisioterapeutas.

4 - FISIOTERAPEUTAS

Das 9.00h às 17.00h, nos dias úteis, e das 9.00h ás 13.00h aos Sábados, estão disponíveis Fisioterapeutas que o ajudarão na sua reabilitação funcional.

5 - TERAPEUTA OCUPACIONAL

De 2.ª a 6.ª feira das 11.00h às 17.00h, são programadas actividades ocupacionais e de lazer, cujo planeamento se encontra disponível na sala de convívio, que o ajudarão na sua recuperação. Estas actividades são programadas pela equipa de saúde em colaboração com um Terapeuta Ocupacional.

6 - TERAPIA DA FALA

Sempre que seja necessário, as unidades dispõem de um Terapeuta da Fala para a reabilitação nesta área.

7 - SERVIÇO SOCIAL

O Serviço Social está localizado no Hospital junto aos Serviços Administrativos e funciona entre as 9.30h e as 17.30h em dias úteis.

O Serviço Social tem como objectivo de intervenção estabelecer uma relação de proximidade com o utente e sua família no sentido de planear a alta, informando acerca dos serviços existentes na comunidade para minimizar as dificuldades decorrentes da situação de doença. Nesta linha, o serviço social

não substitui a família na procura de respostas para o utente mas fornece - lhe um conjunto de informações que lhe permitam procurar, por si, as respostas sociais mais adequadas para suprir as suas necessidades e as do seu familiar. Este Serviço é assegurado por uma Assistente Social que apoia continuamente a família na procura de respostas.

8 - PSICÓLOGO

Sempre que seja necessário, as unidades dispõem de um Psicólogo para a intervenção nesta área.

9 - NUTRICIONISTA E DIETISTA

O Hospital Valentim Ribeiro conta com a colaboração de um Nutricionista e um Dietista para a elaboração das ementas.

10 - VOLUNTARIADO

O Hospital Valentim Ribeiro dispõe de um núcleo local de voluntários, que presta apoio aos utentes em algumas das suas actividades diárias de lazer. Para organização do voluntariado, esta instituição conta com a colaboração da Liga dos Amigos do Hospital.

IV – *O QUE DEVE TRAZER NO DIA DA ADMISSÃO*

1 - No momento em que é formalizada a sua admissão, deve entregar:

. Cópia do Bilhete de Identidade;

. Cópia do Cartão de Beneficiário (ADSE, Segurança Social ou outro) e do Cartão de Utente;

. Exames Complementares de Diagnóstico realizados anteriormente (radiografias, análises, electrocardiogramas, entre outros);

. Contacto dos seus familiares mais próximos.

2 - *OBJECTOS DE USO PESSOAL*

Deve trazer:

. Pijama ou camisa de dormir, roupão e chinelos;

. Roupa interior;

. Fato de treino para fisioterapia e roupa confortável para vestir durante o dia;

. Várias camisolas de manga curta;

. Sapatilhas ou sapatos confortáveis para a Fisioterapia;

. Artigos de higiene pessoal (pente, escova de cabelo, copo e escova de dentes, pasta dentífrica, entre outros artigos para a sua higiene);

. Livros, revistas ou outros artigos para ocupação do tempo;

. Outros: óculos, próteses dentárias, auditivas e outras.

Não é aconselhável que traga objectos de valor ou elevadas quantias de dinheiro, pois no caso do seu desaparecimento o Hospital não poderá responsabilizar-se.

Caso tenha necessidade de trazer estes objectos deverá fazer o registo do espólio no momento de admissão.

Em cada Unidade existe um telefone fixo com ligação ao exterior. Se preferir usar o telemóvel, por favor reduza o som deste (o mais baixo possível) para não incomodar os outros utentes.

V – *ALIMENTAÇÃO*

A alimentação faz parte do seu processo de recuperação, pelo que devem ser respeitadas as orientações dadas pela equipa de saúde. A dieta fornecida pelo Hospital é completa e equilibrada, pois é estabelecida de acordo com o seu estado de saúde. Por este motivo não se aconselha que consumam alimentos vindos do exterior sem autorização dos profissionais de saúde: médicos ou enfermeiros.

As refeições são servidas no seguinte horário:

. Pequeno-almoço – 9.00h;

. Suplemento Alimentar - a meio da manhã;

. Almoço – 12.30h;

. Lanche – 16.00h;

. Jantar - 19.00h;

. Ceia - 21.30h.

VI – *VISITAS*

As visitas são essenciais para o bem-estar do doente e sua recuperação.

Assim:

1- As visitas são totalmente gratuitas;

2- O horário de visita é compreendido entre as 11.00h e as 19.00h;

3- Cada doente pode receber 2 visitas em simultâneo;

4- O doente decide quais as visitas que pretende receber. Esta situação exceptua-se quando a sua condição de saúde não lhe permitir;

5- Nas situações em que o doente não possa ou, eventualmente, não queira receber visitas, a família pode saber informações sobre o seu estado de saúde através da equipa de cuidados e com o consentimento do doente nos casos em que este seja possível;

6- As visitas não podem trazer alimentos para os doentes, salvo existência de autorização prévia da equipa de saúde;

7- As visitas realizadas por crianças com idade inferior a 14 anos não são autorizadas. Excepcionalmente, esta autorização é decidida, caso a caso, pela equipa de saúde;

8- As visitas devem respeitar a privacidade dos outros doentes e seus respectivos acompanhantes, as regras de organização do serviço e as orientações da equipa de saúde;

9- As visitas devem manter o máximo de silêncio dentro do Hospital.

VII – *CUIDADOR INFORMAL*

O cuidador informal é a pessoa, familiar ou não do utente, por este escolhida e que se prontifica a cuidar dele no seu domicílio. É essencial para a continuidade de cuidados e respectiva recuperação.

Assim:

1 - O cuidador informal é estimulado a colaborar na prestação de cuidados ao doente, sempre com orientação e supervisão dos profissionais de saúde;

2 - O horário de permanência do Cuidador Informal fixa-se entre as 9.00h e as 21.00h;

3 - As alterações a este horário são ajustadas caso a caso: com a equipa de saúde, o doente e o cuidador informal;

4 - O cuidador informal é informado do dever de respeitar as orientações da equipa e as regras da organização do serviço;

5 - O cuidador informal é informado do dever de respeitar a privacidade dos outros doentes e seus respectivos Cuidadores Informais;

7 - Será dado um cartão ao Cuidador Informal para que possa ser identificado como tal.

VIII - *PEDIDO DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO COM O EXTERIOR*

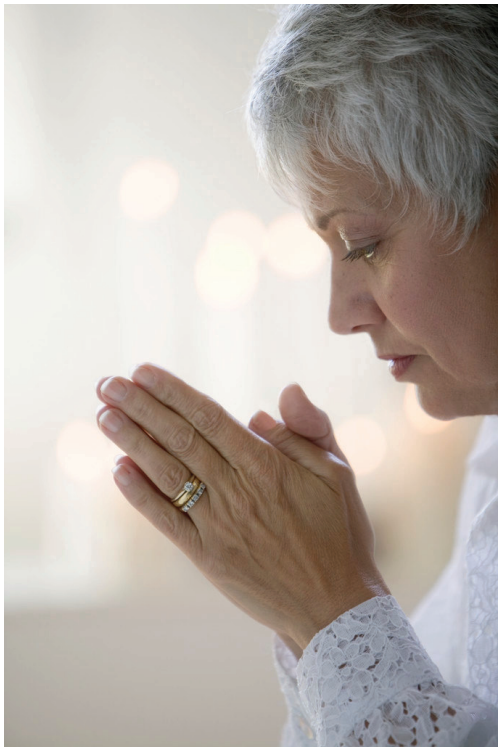
As informações sobre o estado de saúde do doente são dadas pessoalmente aos familiares mais próximos pelo Médico Assistente ou pela Enfermeira Responsável.

Outras informações serão dadas através de ligação telefónica para os números gerais do Hospital (253 969 480 / 968 494 530 / 918 814 005), solicitando a ligação à extensão do serviço que se pretende contactar e indicando o nome do utente, o quarto e o nº da cama.

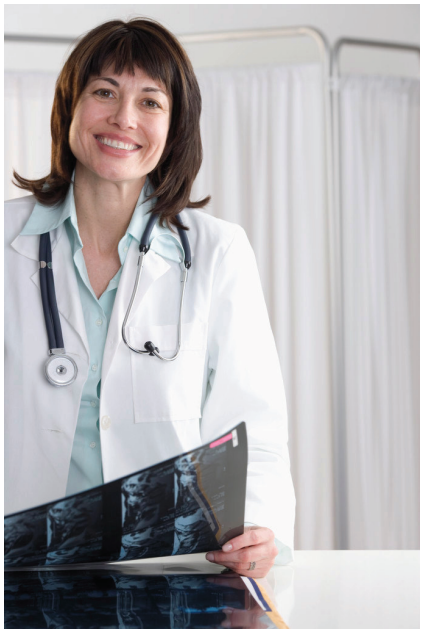
IX – *ASSISTÊNCIA RELIGIOSA*

O Hospital tem uma Capela, situada no 1º piso, entre as duas Unidades de Cuidados Continuados.

É facultada aos doentes internados a assistência religiosa, de acordo com o seu credo.



X – *ALTA*



Não é permitido o abandono das instalações do Serviço de Internamento, sem alta.

A alta hospitalar é da exclusiva responsabilidade da equipa de saúde. A alta a pedido do doente implica o preenchimento de um impresso elaborado para esse efeito, que deve ser subscrito pelo próprio ou por quem, legalmente, o possa substituir.

A alta é planeada desde a sua admissão. A partir desse momento, a equipa de profissionais da Unidade ajuda-lo-á a preparar o seu regresso a casa, tendo em consideração as suas necessidades e a sua opinião bem como a dos seus familiares relativamente à satisfação das mesmas.

No momento da alta, ser-lhe-á entregue a nota de alta, carta com resumo da evolução da sua situação clínica para o seu Médico Assistente, conselhos e orientações médicas, de enfermagem e sociais a seguir, bem como informações sobre marcações de consultas e meios auxiliares de diagnóstico subsequentes.

Se necessitar, pode solicitar declaração relativa ao período de internamento na Unidade de Cuidados Continuados.
Agradecemos a sua colaboração, para melhorar o funcionamento das Unidades através do preenchimento de um questionário de satisfação. Todas as suas sugestões são bem vindas. Pelo que reservamos um espaço no questionário para esse fim. Agradecemos que o preencha e, posteriormente, o entregue ao Serviço Social.

A sua saída do Hospital deverá ocorrer até às 10.00h da manhã do dia da alta.

Unidades de Cuidados Continuados do
Hospital Valentim Ribeiro

Morada: Av. Dr. Henrique Barros Lima, 4740-203
Esposende

Endereço Electrónico:
geral@scmesposende.pt

Telef.: 253 969 480/82 – Fax 253 969 499

ETIQUETA

Nome:
Morada:
Código Postal:
Data Nascimento:
Sistema de Saúde: **N°:**
Data Nascimento:
Admissão: (data/hora)
Unidade: (Cuidados continuados…)

ESPÓLIO E TERMO DE RESPONSABILIDADE

Todo o doente, com capacidades cognitivas, que fique internado neste hospital, deve assinar o Termo de Responsabilidade pelos seus bens (valores e vestuário), segundo modelo em anexo. A enfermeira responsável do doente deve explicar e dar o termo ao doente para este assinar.

Todo o doente que ficar internado neste hospital e que se encontre sem capacidades cognitivas para se responsabilizar pelos seus bens (valores e vestuário) deve-se efectuar a recolha e descrição, segundo o modelo anexado, desses mesmos bens. A enfermeira, na presença de um outro funcionário da Instituição, deve proceder à descrição de todos os bens, no modelo, e no final os dois elementos assinam. Os pertences com o modelo original devem ser enviados à tesouraria para aí se proceder à entrega aos respectivos familiares, ficando uma cópia no processo do doente. Se os familiares chegarem antes de os pertences serem enviados, deve-se proceder do seguinte modo: identificar a pessoa através de um documento oficial (como Bilhete de Identidade); essa mesma pessoa assina assim como lhe foi entregue o espólio; a enfermeira mais um outro funcionário assinam esse mesmo documento.

Adaptado de:

Normas de Qualidade e Procedimentos em Unidades de Internamento

Comissão de Cuidados Continuados – Misericórdias Saúde

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE ESPOSENDE

HOSPITAL VALENTIM RIBEIRO

R.N.C.C.I.

ETIQUETA

ESPÓLIO

Espólio Nº _____

Objectos de Valor:

_____

_____

_____

_____

_____

Vestuário:

_____

_____

_____

_____

_____

Enfª: _____ Outro Func.: _____ Data: ____ / ____ / _____

Devolvido a: _____

B.I.: _____ de ____ / ____ / _____ Outro Doc.:_____

Assinatura: _____

Data: ____ / ____ / _____

Tesouraria:

Funcionário:

_____

Data: ____ / ____ / _____

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu,

ETIQUETA

declaro que me responsabilizo pelos objectos de valor (jóias, relógios, telemóvel, etc.) e vestuário de que sou portador _____

_____ ,
durante a minha permanência no hospital.

Hospital ……., _____ / _____ / _____

O Utente

_____

Nota: Em caso do Utente estar impossibilitado de assinar pode fazê-lo um familiar com a aprovação através do B.I. N°_____ de _____ / _____ / _____ .

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE ESPOSENDE

HOSPITAL VALENTIM RIBEIRO

R.N.C.C.I.

ETIQUETA

BOLETIM DE ADMISSÃO

A PREENCHER PELOS SERVIÇOS CLINICOS

OBS. Clínicas/Diagnóstico: _____

Tratamentos Efectuados: _____

O Médico: _____ Cédula Prof. _____

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE ESPOSENDE

HOSPITAL VALENTIM RIBEIRO

R.N.C.C.I.

ETIQUETA

REQUISIÇÃO DE MCD's E CONSULTAS

A CARGO DO DR. _____

DATA:	

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE ESPOSENDE

HOSPITAL VALENTIM RIBEIRO

INSTRUÇOES:
- Utilize esferográfica para escrever
- Assine a seguir ao último medicamento
- Utilize um ou mais espaços para cada prescrição completa

PRESCRICÃO DE MEDICAMENTOS

MÉDICO: _____

DATA E HORA	MEDICAMENTO	DOSE	RITMO	VIA	DOENTE
					Serviço: Nome: Sala: Cama: 1
					Serviço: Nome: Sala: Cama: 2
					Serviço: Nome: Sala: Cama: 3
					Serviço: Nome: Sala: Cama: 4
					Serviço: Nome: Sala: Cama: 5

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE ESPOSENDE

HOSPITAL VALENTIM RIBEIRO

ETIQUETA

R.N.C.C.I.

FOLHA Nº _____

OUTRAS PRESCRIÇÕES

DATA DE INÍCIO	PRESCRIÇÕES	DATA DE FIM	OBSERVAÇÕES

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE ESPOSENDE

HOSPITAL VALENTIM RIBEIRO

ETIQUETA

R.N.C.C.I.

FOLHA Nº _____

REGISTO DE EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO

DATA	EXAME PEDIDO	RESULTADO / OBSERVAÇÕES

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE ESPOSENDE

HOSPITAL VALENTIM RIBEIRO

ETIQUETA

R.N.C.C.I.

FOLHA Nº _____

OBSERVAÇÃO MÉDICA

A CARGO DO DR. _____

DATA:	OBERVAÇÃO MÉDICA

DATA:	OBERVAÇÃO MÉDICA

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE ESPOSENDE

HOSPITAL VALENTIM RIBEIRO

R.N.C.C.I.

ETIQUETA

INFORMAÇÃO CLÍNICA 48H ANTES DA ALTA

HISTÓRIA CLÍNICA

Diagnóstico Principal: ----------

Diagnóstico Secundário 1: ----------

Diagnóstico Secundário 2: ----------

Situação Clínica: ----------

Resultado: ----------

NECESSIDADES IDENTIFICADAS DE CUIDADOS MÉDICOS

Dieta: ----------

Fármaco: ----------

Destino do Doente: ----------

Data: DD-MM-YYYY O Médico: _____ Cédula Prof. _____

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE ESPOSENDE

HOSPITAL VALENTIM RIBEIRO

R.N.C.C.I.

ETIQUETA

ALTA

HISTÓRIA CLÍNICA

Diagnóstico Principal: ----------

Diagnóstico Secundário 1: ----------

Diagnóstico Secundário 2: ----------

Situação Clínica: ----------

Resultado: ----------

NECESSIDADES IDENTIFICADAS DE CUIDADOS MÉDICOS

Dieta: ----------

Fármaco: ----------

Destino do Doente: ----------

Data: DD-MM-YYYY O Médico: _____ Cédula Prof. _____

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE ESPOSENDE

HOSPITAL VALENTIM RIBEIRO

R.N.C.C.I.

ETIQUETA

TRANSFERÊNCIA DE DOENTES

ORIGEM	**DESTINO**
HOSPITAL VALENTIM RIBEIRO - ESPOSENDE	_____
	_____

TRANSPORTE ☐ Ambulância

Diagnóstico:

_____

_____

_____

_____

Exames complementares efectuados e enviados:

_____

_____

_____

_____

Medicação:

_____

_____

_____

_____

Motivo da Transferência:

Agudização ☐

Outra Patologia ☐ Qual:_____

Data: ____ / ___ / _____ O Médico: _____ Cédula Prof. _____

A PREENCHER PELO HOSPITAL DE REFERÊNCIA EM CASO DE NÃO ACEITAÇÃO

Diagnóstico: _____

Justificação da não aceitação: _____

_____

Data: ____ / ___ / _____ O Médico: _____ Cédula Prof. _____

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE ESPOSENDE

HOSPITAL VALENTIM RIBEIRO

R.N.C.C.I.

ETIQUETA

ADMISSÃO DE ENFERMAGEM

Admissão

Data: ____ / ____ / _____ Hora: _____

Instituição proveniente: _____ Serviço: _____

Acompanhantes/Familiares: _____

N.º Telefones de contacto: _____

Diagnóstico de entrada: _____

Elementos do Processo Clínico da Instituição Proveniente

Carta de Enfermagem: ☐ Sim ☐ Não

Carta para o Médico: ☐ Sim ☐ Não

Carta para a Assistente Social: ☐ Sim ☐ Não

Exames Complementares de Diagnóstico: ☐ Sim ☐ Não

Outras Informações: ☐ Sim ☐ Não

Quais?_____

_____

Avaliação do Estado de Consciência e de Sinais Neurológicos Focais

Avaliação do Estado Consciência Glasgow		**Score**	**Sinais Neurológicos Focais**	**Assinale c/uma cruz**
Abertura dos olhos	4 – Espontânea 3 – Ordem Verbal 2 – À dor 1 - Nula		Desvio da Comissura Labial	
Resposta Verbal	5 – Orientada 4 – Confusa 3 – Inapropriada 2 – Incompreensível 1 - Nula		Força Muscular Assimétrica	
Resposta Motora	6 – Obedece a ordens simples 5 – Localiza a dor 4 – Membro retraído 3 – Flexão anormal 2 – Extensão anormal 1 - Nula		Força Muscular Simétrica Sensibilidade Simétrica	
Total	7 = Coma 7 a 15 = Descrição das respostas 15 = Consciente		Observações	

Avaliação do Risco de Ulcera de Pressão

(Adaptação da Escala de Norton – score ≤ 14: risco de UP)

Estado Físico	Estado Mental	Grau Actividade Física	Mobilidade	Incontinência
Bom 4	**Consciente 4**	**Independente 4**	**Autónomo 4**	**S/ Incontinência 4**
Médio 3	**Apático 3**	**Caminha c/ ajuda 3**	**Limitado 3**	**Ocasional 3**
Mau 2	**Confuso 2**	**Levante para a cadeira 2**	**Muito Limitado 2**	**Urinária ou fecal 2**
Péssimo 1	**Inconsciente 1**	**Acamado 1**	**Imobilizado 1**	**Urinária e fecal 1**
Bom - 4 Bom estado geral e bom poder de reacção.	**Consciente – 4** Escala Glasgow = 15	**Independente – 4** Em todas as AVD.	**Autónomo – 4** Muda de posição sem ajuda.	**S/ Incontinência – 4** Controla a emissão de fezes e urina.
Médio – 3 Reacções moderadas. Aparentemente com bom estado nutricional, mas as análises indicam desvios importantes dos valores normais.	**Apático – 3** Letargia. Tendência para o esquecimento, sonolência, passividade e apatia. Lento e depressivo. Capacidade para executar ordens simples.	**Caminha c/ ajuda – 3** Caminha ocasionalmente, pequenas distâncias com ajuda. Passa a maior parte do tempo na cadeira ou na cama.	**Limitado – 3** Necessita de ajuda para mudar de posição, mas colabora.	**Ocasional – 3** Apresenta, por vezes incontinência urinária ou fecal.
Mau – 2 Doente não se sente bem. Bebe e alimenta-se pouco e mal.	**Confuso – 2** Desorientação parcial e ou ocasional. Respostas incoerentes. Inquieto, agressivo, ansioso.	**Levante para a cadeira -2** Capacidade de caminhar é muito limitada ou inexistente. Não suporta o seu próprio peso. Tem de ser ajudado para ser colocado na cadeira.	**Muito Limitado – 2** Faz movimentação dos membros, mas é incapaz de mudar de posição. Colabora minimamente.	**Urinária ou fecal – 2** Apresenta, habitualmente incontinência urinária ou fecal.
Péssimo – 1 Reacções deficientes ou ausentes. Mau estado de nutrição e hidratação. Análises indicam desvios importantes dos valores normais.	**Inconsciente – 1** Não reage ao meio envolvente.	**Acamado – 1** Não pode ser levantado.	**Imobilizado – 1** Não muda de posição sem ajuda.	**Urinária e fecal – 1** Tem incontinência urinária e fecal.
Total				

Índice de Katz – Avaliação do Grau de Independência nas Actividades de Vida Diária

Grau	Alimentação	Continência	Transferência	Casa Banho	Vestir	Banho	Total
Independente - 2							
Ajuda -1							
Dependente - 0							
A	Independente em todas as actividades						
B	Independente em todas menos uma						
C	Independente para todas excepto banho, e outra função adicional						
D	Independente para todas excepto banho, vestir e outra função adicional						
E	Independente para todas excepto banho, vestir , uso da casa de banho e outra função adicional						
F	Independente para todas excepto banho, vestir , uso da casa de banho, transferência e outra função adicional						
G	Dependente nas seis funções						
H	Dependente de duas ou mais funções não classificadas nos grupos C, D, E ou F						

Índice de Lawton – Avaliação de Actividades Operacionais de Vida Diária

Actividades Operacionais	Sem qualquer ajuda - 2	Necessita ajuda - 1	Totalmente incapaz - 0
É capaz de usar o telefone?			
É capaz de ir para lugares além da distância de marcha?			
É capaz de ir às compras?			
É capaz de preparar as refeições?			
É capaz de fazer a lida da casa?			
É capaz de tratar da roupa?			
É capaz de tomar a medicação?			
É capaz de fazer a gestão do próprio dinheiro?			
Total parcial			
Total			
Informador: Próprio Familiar Vizinho Outro Registo			

Avaliação de Sinais e Sintomas Vitais

Sinais / Sintomas Vitais	Valor / Características	Observação física
Tensão Arterial (TA)		Pele:
Pulso (P)		Edemas: localização:
Ciclos Respiratórios (CR)		Abdómen:
Saturação O2		Acuidade Auditiva:
Temperatura axilar (Tx)		Acuidade visual:
Dor		
Peso / Massa Corporal		

Problemas Apresentados

Cuidados necessários	N.º	Tipo	Substituir	Outros
Sonda nasogástrica				
Algaliação				
Ostomia				
Outros				

Alterações da Pele	Localização	Grau	Características	Protocolo Tratamento
Úlceras de Pressão				
Feridas				
Feridas Cirúrgicas				

Observações: _____

Enfermeira(o): _____ Cédula Prof. _____

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE ESPOSENDE

HOSPITAL VALENTIM RIBEIRO

ETIQUETA

R.N.C.C.I.

FOLHA Nº _____

DIÁRIO DE ENFERMAGEM / EVOLUÇÃO PROBLEMAS

DATA	HORA	TODOS OS REGISTOS DEVEM INCLUIR: IDENTIFICAÇÃO DO ENFERMEIRO COM Nº CÉDULA PROF.

DATA	HORA	TODOS OS REGISTOS DEVEM INCLUIR: IDENTIFICAÇÃO DO ENFERMEIRO COM Nº CÉDULA PROF.

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE ESPOSENDE

HOSPITAL VALENTIM RIBEIRO

ETIQUETA

R.N.C.C.I.

FOLHA Nº _____

MATERIAL DE CONSUMO CLÍNICO

MATERIAL	DATA									
	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Material de Pensos										
Adesivo c/ compressa Op-Site 15.5X8.5										
Adesivo c/ compressa Op-Site 6.5X 5										
Adesivo c/ compressa Op-Site 9.5X 8.5										
Adesivo c/ compressa Soffixmed 10X10										
Adesivo c/ compressa Soffixmed 15X10										
Adesivo c/ compressa Soffixmed 25X10										
Algodão										
Aquacel C/prata										
Aquacel S/prata										
Gase Gorda										
Material penso esterilizado										
Mitosyl pomada										
Rolo adesivo elástico 10x20										
Rolo adesivo comum										
Ulcerase pomada										
Var. extra fino										
Var. Gel Control Placas 10x10										
Var. Hidrogel										
Material Drenagem										
Algálias Folley n.º 14										
Algálias Folley n.º 16										
Algálias Folley n.º 18										
Copos plástico p/ colectores aspirado										
Dispositivos Urinários L										
Dispositivos Urinários M										
Dispositivos Urinários S										
Sacos colectores de aspirado										
Sacos Colectores de Urina										
Sistema Drenagem 50 ml										
Sistema Drenagem 150 ml										
Sistema Drenagem 200 ml										
Sistema Drenagem 300 ml										
Sistema Drenagem 600 ml										
Suportes sacos urina										
Anticépticos e Desinfectantes										
Agua Oxigenada 500 c.c.										
Alcool Etilico 250 c.c.										
Betadina Espuma 500 c.c.										
Betadina pomada										
Betadina Sol. Dermica 500 c.c.										
Clorhexidina sol. c/ alcool 500 c.c.										
Eter 1000 c.c.										
Acetona										
Material de Protecção										
Aventais descartáveis										
Luvas esterilizadas 6.5										
Luvas esterilizadas 7										
Luvas esterilizadas 7.5										
Luvas latex M Caixa 100 U										
Luvas latex S Caixa 100 U										
Luvas palhaço embalagem 100 U										
Produtos de Higiene										
Esponjas boca e dentes										
Esponjas embalagens de 100										
Gel de banho										
Gilettes descartáveis										
Creme Hidratante (Demisol)										
Pentes										
Parafina Liquida										
Vaselina										
Controlo de Diabetes										
Lancetas										
Tiras de teste										

MATERIAL	DATA									
	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Material de Incontinência										
Fraldas Tamanho Gr. Embalagem 26 U										
Fraldas Tamanho M. Embalagem 30 U										
Resguardos										
Seringas										
Seringas Insulina (1 ml)										
Seringas 2 c.c.										
Seringas 5 c.c.										
Seringas 10 c.c.										
Seringas 20 c.c.										
Seringas 50c.c.										
Seringas 100 c.c.										
Agulhas/Cateteres										
Agulhas 21 G X 1 / 1/2										
Agulhas 20 G X 1										
Agulhas 23 G X 1										
Agulhas 25 G X 5/8										
Introcan Abbocath n.º 20 G 1 1/4										
Introcan Abbocath n.º 22 G 1										
Introcan Abbocath n.º 24 G 3 / 4										
Mini-Spike										
Torneiras três vias										
Obliturador es de Cateter endovenoso										
Prolongadores										
Sistemas de Sangue										
Sistemas de Soros										
Sistemas de Soros Perfusora										
Sondas										
Sonda Duodenal										
Sondas Aspiração n.º 12										
Sondas Aspiração n.º 14										
Sondas Aspiração n.º 16										
Sondas Naso gástricas n.º 14										
Sondas Nasogástricas n.º 16										
Sondas Nasogástricas n.º 18										
Obliturador es de Sondas										
Derivação três vias										
Aparelho Respiratório										
Cánula Nasal O2										
Kit Nebulização										
Máscara O2										
Máscara O2 com redutores										
Outros										
Copos Humedificadores										
Irrigador descartável										
Contentores cortantes 1,5L										
Contentores cortantes 5L										
Sacos colostomia										
Pensos colostomia										

MATERIAL	DATA									
	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
O_2:										
Quantidade										
Frequência										
AR:										
Quantidade										
Frequência										
Nebulização:										
Quantidade										
Frequência										

PROCEDIMENTOS RELATIVOS ÀS QUEDAS

Todo o doente pode ser alvo de um ou mais episódios de queda.

Sempre que suceder um episódio de queda no internamento desta Instituição, a enfermeira de serviço e responsável pelo doente deve preencher o impresso de procedimentos relativos às quedas abaixo anexado (cada impresso é para um único episódio).

Neste impresso apenas se menciona uma única causa do facto ocorrido associando o grau da lesão que o doente foi alvo. Após este procedimento, verificar quais as intervenções de enfermagem a executar.

Identificar o impresso com o nome do doente, a data e assinar.

Independentemente da causa todo o episódio de queda deverá ser transmitido à Direcção Clínica através de uma fotocópia do documento relativo às quedas.

Adaptado de:

Normas de Qualidade e Procedimentos em Unidades de Internamento

Comissão de Cuidados Continuados – Misericórdias Saúde

PROCEDIMENTOS RELATIVOS ÀS QUEDAS

CAUSA / GRAU LESÃO	Estado Saúde				Resposta ao Tratamento		Factores Ambientais		Outros
Grau I: Sem Lesão									
Grau II: Escoriações, contusões, pequenos cortes ou lacerações minor que não requerem Sutura									
Grau III: Entorses, lacerações grandes ou profundas, contusões minor que podem necessitar de intervenção, tal como: gelo local, ligadura, talas ou suturas.									
Grau IV: Fracturas, perda de consciência ou alterações do estado fisico ou mental.									

Intervenções de Enfermagem

Grau da Lesão	Intervenções
Grau I	▪ Avaliar sinais e sintomas vitais ▪ Avaliar Escala de Glasgow ▪ Aplicar medidas de segurança* específicas à causa ▪ Comunicar ao médico (assistente/urgência) ▪ Comunicar a ocorrência à Direcção Clínica
Grau II	▪ Medidas de Grau 1 ▪ Cuidados específicos às lesões
Grau III	▪ Medidas de Grau 1 e II ▪ Colaborar com o médico nas intervenções
Grau IV	▪ Medidas de Grau 1, II e III

* Medidas de Segurança: Grades de protecção; Imobilização

Data: ___ /___ /_____ Hora: _____

Enfermeira(o): _____ Cédula Prof. _____

NOTA: Enviar fotocópia da ocorrência à Direcção Clínica

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE ESPOSENDE

HOSPITAL VALENTIM RIBEIRO

R.N.C.C.I.

ETIQUETA

REGISTO DA GLICEMIA CAPILAR / INTERVENÇÕES

Mês: _____ **Ano:** _____

	Dia	Peq. Almoço		Almoço		Lanche		Jantar		Noite	Capacidade Autocontrolo		Cuidador Informal	
		Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois		DC*	Não DC*	DC*	Não DC*
Glicemia	1													
Insulina														
Glicemia	2													
Insulina														
Glicemia	3													
Insulina														
Glicemia	4													
Insulina														
Glicemia	5													
Insulina														
Glicemia	6													
Insulina														
Glicemia	7													
Insulina														
Glicemia	8													
Insulina														
Glicemia	9													
Insulina														
Glicemia	10													
Insulina														
Glicemia	11													
Insulina														
Glicemia	12													
Insulina														
Glicemia	13													
Insulina														
Glicemia	14													
Insulina														
Glicemia	15													
Insulina														

	Dia	Peq. Almoço		Almoço		Lanche		Jantar		Noite	Capacidade Autocontrolo		Cuidador Informal	
		Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois		DC*	Não DC*	DC*	Não DC*
Glicemia	16													
Insulina														
Glicemia	17													
Insulina														
Glicemia	18													
Insulina														
Glicemia	19													
Insulina														
Glicemia	20													
Insulina														
Glicemia	21													
Insulina														
Glicemia	22													
Insulina														
Glicemia	23													
Insulina														
Glicemia	24													
Insulina														
Glicemia	25													
Insulina														
Glicemia	26													
Insulina														
Glicemia	27													
Insulina														
Glicemia	28													
Insulina														
Glicemia	29													
Insulina														
Glicemia	30													
Insulina														
Glicemia	31													
Insulina														

* DC = Demonstra Conhecimento

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE ESPOSENDE

HOSPITAL VALENTIM RIBEIRO

ETIQUETA

R.N.C.C.I.

FOLHA Nº _____

REGISTO DE SINAIS VITAIS

Data																																												
Hora																																												
	Dor	T	FR	P/TA																																								
Dor																																												
	10	41	35																																									
Máxima	9																																											
		40	30	250																																								
Dor	8																																											
Intensa	7																																											
	6	39	25	200																																								
Dor	5																																											
Moderada	4																																											
	3	38	20	150																																								
Dor																																												
	2																																											
Ligeira																																												
	1																																											
		37	15	100																																								
Sem																																												
Dor	0																																											
		36	10	50																																								
		35	5																																									
Avaliação Dor																																												
Fármacos																																												

Data/Hora																	
Peso																	
Diurese																	
Drenagem																	
Sat.02																	
Outros																	

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE ESPOSENDE

HOSPITAL VALENTIM RIBEIRO

ETIQUETA

R.N.C.C.I.

FOLHA Nº _____

REGISTO / CONTROLO DA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

MEDICAMENTO	DIA/MÊS HORA	__/__	__/__	__/__	__/__	__/__	__/__	__/__	__/__	__/__

MEDICAMENTO	DIA/MÊS HORA	__/__	__/__	__/__	__/__	__/__	__/__	__/__	__/__	__/__

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE ESPOSENDE

HOSPITAL VALENTIM RIBEIRO

R.N.C.C.I.

ETIQUETA

TRATAMENTO DE FERIDAS

LOCALIZAÇÃO/DESCRIÇÃO

L:
E:
G:

L:
E:
G:

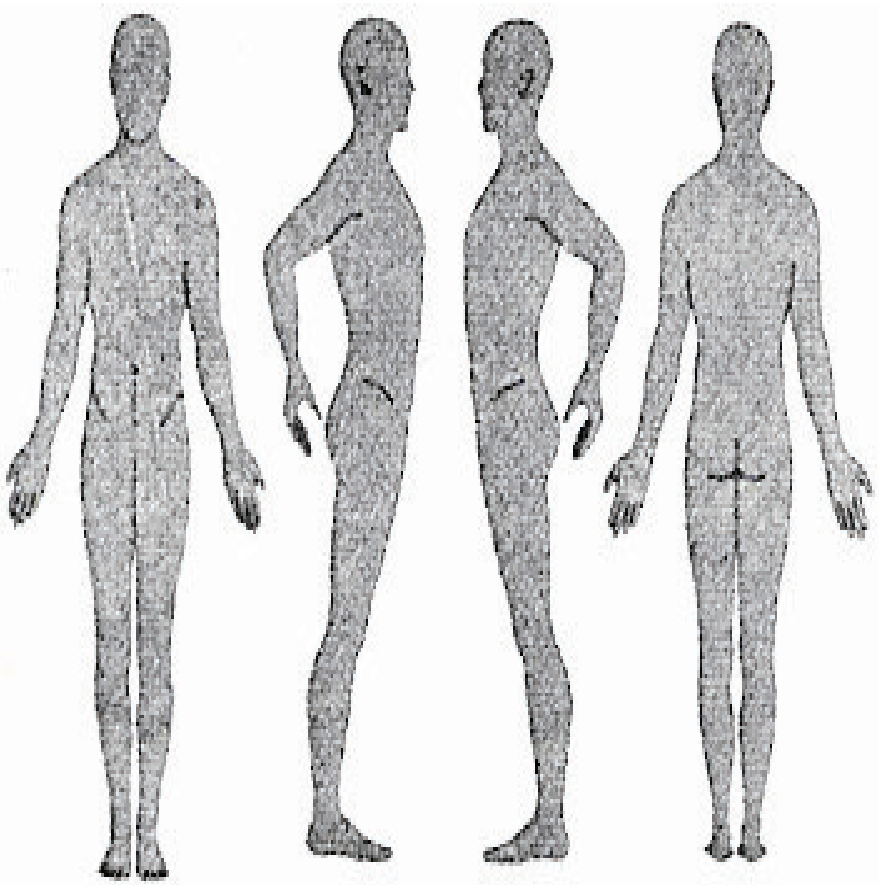
L:
E:
G:

L:
E:
G:

L:
E:
G:

L:
E:
G:

L:
E:
G:



L:
E:
G:

L:
E:
G:

L:
E:
G:

L:
E:
G:

L:
E:
G:

L:
E:
G:

L:
E:
G:

L:
E:
G:

L:
E:
G:

Legenda:
L – Localização
E – Extensão
G – Grau

* Existe um documento complementar para o registo de tratamento das UP que ainda está em fase de avaliação.

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE ESPOSENDE

HOSPITAL VALENTIM RIBEIRO

R.N.C.C.I.

ETIQUETA

INFORMAÇÃO DE ENFERMAGEM 48H ANTES DA ALTA

Admissão

Data: DD-MM-YYYY

Instituição proveniente: ---------- Serviço: ----------

Alta

Data: DD-MM-YYYY Enviado para: ----------

Acompanhantes/Familiares: ----------

Diagnóstico de entrada: ----------

Motivo da Alta: ----------

Índice de Katz – Avaliação do Grau de Independência nas Actividades de Vida Diária

Grau	Alimentação	Continência	Transferência	Casa Banho	Vestir	Banho	Total
Independente - 2							
Ajuda - 1							
Dependente - 0							
A ☐	Independente em todas as actividades						
B ☐	Independente em todas menos uma						
C ☐	Independente para todas excepto banho, e outra função adicional						
D ☐	Independente para todas excepto banho, vestir e outra função adicional						
E ☐	Independente para todas excepto banho, vestir , uso da casa de banho e outra função adicional						
F ☐	Independente para todas excepto banho, vestir , uso da casa de banho, transferência e outra função adicional						
G ☐	Dependente nas seis funções						
H ☐	Dependente de duas ou mais funções não classificadas nos grupos C, D, E ou F						

Índice de Lawton – Avaliação de Actividades Operacionais de Vida Diária

Actividades Operacionais	Sem qualquer ajuda - 2	Necessita ajuda - 1	Totalmente incapaz - 0
É capaz de usar o telefone?			
É capaz de ir para lugares além da distância de marcha?			
É capaz de ir às compras?			
É capaz de preparar as refeições?			
É capaz de fazer a lida da casa?			
É capaz de tratar da roupa?			
É capaz de tomar a medicação?			
É capaz de fazer a gestão do próprio dinheiro?			
Total parcial			
Total			
Informador: **Próprio** ☐ **Familiar** ☐ **Vizinho** ☐ **Outro** ☐ **Registo** ☐			

Avaliação do Risco de Ulcera de Pressão

(Adaptação da Escala de Norton – score ≤ 14: risco de UP)

Estado Físico		Estado Mental		Grau Actividade Física		Mobilidade		Incontinência	
Bom	4 ☐	Consciente	4 ☐	Independente	4 ☐	Autónomo	4 ☐	S/ Incontinência	4 ☐
Médio	3 ☐	Apático	3 ☐	Caminha c/ ajuda	3 ☐	Limitado	3 ☐	Ocasional	3 ☐
Mau	2 ☐	Confuso	2 ☐	Levante para a cadeira	2 ☐	Muito Limitado	2 ☐	Urinária ou fecal	2 ☐
Péssimo	1 ☐	Inconsciente	1 ☐	Acamado	1☐	Imobilizado	1 ☐	Urinária e fecal	1 ☐
Total									

Diagnóstico enfermagem

Risco de aspiração ☐
Risco de obstipação ☐
Risco de maceração ☐
Risco de rigidez articular ☐
Comunicação alterada ☐
Risco de stress da U.P. ☐
Outro ☐
Risco de desidratação ☐
Risco de ulcera pressão ☐
Risco de queda ☐
Confusão ☐
Adesão ao regime terapêutico não demonstrada ☐
Stress do prestador de cuidados ☐

Intervenção de enfermagem

Aspirar secreções ☐
Executar tratamento ao estoma ☐
Executar tratamento a ferida cirúrgica ☐
Estimular a pessoa para o auto-cuidado ☐
Trocar saco colostomia ☐
Trocar saco ileostomia ☐
Trocar cânula de traqueostomia ☐
Trocar cateter urinário ☐
Trocar Fralda ☐
Executar técnica de exercício muscular e articular passivo ☐
Executar tratamento a ferida traumática ☐
Executar tratamento a ulcera de pressão ☐
Estimular a pessoa para adesão ao regime terapêutico ☐
Trocar saco drenagem de ferida ☐
Trocar sonda nasogástrica ☐
Trocar saco de urina ☐
Trocar cateter venoso periférico ☐

Ensinar doente/cuidador sobre:

Execução de técnicas ☐
Auto-cuidados ☐
Regime terapêutico ☐
Hábitos de risco ☐

Terapia

Inaloterapia ☐
Terapia com Dispositivos Auxiliares ☐
Terapia Intravenosa ☐
Oxigenoterapia ☐
Terapia com Fluidos ou Electrólitos ☐
Terapia Nutricional ☐

Dispositivo de correcção

Lentes de Contacto ☐
Membro Artificial ☐
Óculos ☐
Prótese Dentária ☐

Dispositivo de imobilização

Aparelho Gessado ☐
Grades da Cama ☐
Barreira Limitadora ☐
Tala ☐

Dispositivo de mobilização

Barra de Apoio ☐
Cadeira de Rodas ☐
Dispositivo para Levante ☐

Notas enfermagem

Enfermeira(o): _____ Cédula Prof. _____

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE ESPOSENDE

HOSPITAL VALENTIM RIBEIRO

R.N.C.C.I.

ETIQUETA

ALTA DE ENFERMAGEM

Admissão

Data: DD-MM-YYYY

Instituição proveniente: ---------- Serviço: ----------

Alta

Data: DD-MM-YYYY Enviado para: ----------

Acompanhantes/Familiares: ----------

Diagnóstico de entrada: ----------

Motivo da Alta: ----------

Índice de Katz – Avaliação do Grau de Independência nas Actividades de Vida Diária

Grau	Alimentação	Continência	Transferência	Casa Banho	Vestir	Banho	Total
Independente - 2							
Ajuda - 1							
Dependente - 0							
A ☐	Independente em todas as actividades						
B ☐	Independente em todas menos uma						
C ☐	Independente para todas excepto banho, e outra função adicional						
D ☐	Independente para todas excepto banho, vestir e outra função adicional						
E ☐	Independente para todas excepto banho, vestir , uso da casa de banho e outra função adicional						
F ☐	Independente para todas excepto banho, vestir , uso da casa de banho, transferência e outra função adicional						
G ☐	Dependente nas seis funções						
H ☐	Dependente de duas ou mais funções não classificadas nos grupos C, D, E ou F						

Índice de Lawton – Avaliação de Actividades Operacionais de Vida Diária

Actividades Operacionais	Sem qualquer ajuda - 2	Necessita ajuda - 1	Totalmente incapaz - 0
É capaz de usar o telefone?			
É capaz de ir para lugares além da distância de marcha?			
É capaz de ir às compras?			
É capaz de preparar as refeições?			
É capaz de fazer a lida da casa?			
É capaz de tratar da roupa?			
É capaz de tomar a medicação?			
É capaz de fazer a gestão do próprio dinheiro?			
Total parcial			
Total			
Informador: **Próprio** ☐ **Familiar** ☐ **Vizinho** ☐ **Outro** ☐ **Registo** ☐			

Avaliação do Risco de Ulcera de Pressão

(Adaptação da Escala de Norton – score ≤ 14: risco de UP)

Estado Físico		Estado Mental		Grau Actividade Física		Mobilidade		Incontinência	
Bom	4 ☐	Consciente	4 ☐	Independente	4 ☐	Autónomo	4 ☐	S/ Incontinência	4 ☐
Médio	3 ☐	Apático	3 ☐	Caminha c/ ajuda	3 ☐	Limitado	3 ☐	Ocasional	3 ☐
Mau	2 ☐	Confuso	2 ☐	Levante para a cadeira	2 ☐	Muito Limitado	2 ☐	Urinária ou fecal	2 ☐
Péssimo	1 ☐	Inconsciente	1 ☐	Acamado	1☐	Imobilizado	1 ☐	Urinária e fecal	1 ☐
Total									

Diagnóstico enfermagem

Risco de aspiração ☐
Risco de obstipação ☐
Risco de maceração ☐
Risco de rigidez articular ☐
Comunicação alterada ☐
Risco de stress da U.P. ☐
Outro ☐
Risco de desidratação ☐
Risco de ulcera pressão ☐
Risco de queda ☐
Confusão ☐
Adesão ao regime terapêutico não demonstrada ☐
Stress do prestador de cuidados ☐

Intervenção de enfermagem

Aspirar secreções ☐
Executar tratamento ao estoma ☐
Executar tratamento a ferida cirúrgica ☐
Estimular a pessoa para o auto-cuidado ☐
Trocar saco colostomia ☐
Trocar saco ileostomia ☐
Trocar cânula de traqueostomia ☐
Trocar cateter urinário ☐
Trocar Fralda ☐
Executar técnica de exercício muscular e articular passivo ☐
Executar tratamento a ferida traumática ☐
Executar tratamento a ulcera de pressão ☐
Estimular a pessoa para adesão ao regime terapêutico ☐
Trocar saco drenagem de ferida ☐
Trocar sonda nasogástrica ☐
Trocar saco de urina ☐
Trocar cateter venoso periférico ☐

Ensinar doente/cuidador sobre:

Execução de técnicas ☐
Auto-cuidados ☐
Regime terapêutico ☐
Hábitos de risco ☐

Terapia

Inaloterapia ☐
Terapia com Dispositivos Auxiliares ☐
Terapia Intravenosa ☐
Oxigenoterapia ☐
Terapia com Fluidos ou Electrólitos ☐
Terapia Nutricional ☐

Dispositivo de correcção

Lentes de Contacto ☐
Membro Artificial ☐
Óculos ☐
Prótese Dentária ☐

Dispositivo de imobilização

Aparelho Gessado ☐
Grades da Cama ☐
Barreira Limitadora ☐
Tala ☐

Dispositivo de mobilização

Barra de Apoio ☐
Cadeira de Rodas ☐
Dispositivo para Levante ☐

Notas enfermagem

Enfermeira(o): _____ Cédula Prof. _____

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE ESPOSENDE

HOSPITAL VALENTIM RIBEIRO

R.N.C.C.I.

ETIQUETA

AVALIAÇÃO SOCIAL

Informação do utente:

Nome:

Data de nascimento: / / 19 Idade: Anos BI Nº:

Morada:

Código postal:

Telefone:

N.° de Utente do SNS:

N° Contribuinte:

Centro de Saúde:

Informação do Cuidador Informal ou Contacto privilegiado:

Nome:

Telefone:

Grau de Parentesco:

Caracterização Familiar:

Nome Completo	Data de Nascimento	Grau De Parentesco	Estado Civil	Situação Profissional	Valor de Rendimentos

Diagnóstico Social:

Necessidades Detectadas:

O Serviço Social, após avaliação social, considerou necessário:

Diligências já Efectuadas:

O Serviço Social:

Plano Pós-alta:

Data de Realização: / / 2008

Data de Entrada: / / 2008

Data da Alta: / / 2008

A Assistente Social: _____

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE ESPOSENDE

HOSPITAL VALENTIM RIBEIRO

R.N.C.C.I.

ETIQUETA

PROCESSO SOCIAL

Dados Pessoais do Utente:

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____

Habilitações Literárias: _____ Profissão: _____

Motivo de Internamento: _____

Proveniência: _____

Avaliação Social Na Admissão:

1) Vive Com

1.1) Família Nuclear ☐ Grau: _____

1.2) Família de Acolhimento ☐

1.3) Sozinho ☐

1.4) Instituição/Lar ☐ Qual: _____ Há quanto tempo: _____

1.5) Outro ☐ Qual: _____

2) Quem presta cuidados:

2.1) Família ☐ Grau de parentesco: _____

2.2) Vizinhos ☐ Contacto: _____

2.3) Empregada Doméstica ☐

3) Ajudas técnicas: Sim ☐ Não ☐

3.1) Cama Articulada ☐

3.2) Cadeira de Rodas ☐

3.3) Colchão Anti - Escaras ☐

3.3) Oxigénio/ Nebulizador/ Aspirador de Secreções ☐

4) Benefícios Sociais ☐ Quais: _____

5) Recebe Apoio Domiciliário? Sim ☐ Não ☐

5.1) Higiene Pessoal ☐ Frequência: _____

5.2) Higiene da Roupa ☐ Frequência: _____

5.3) Higiene da Casa ☐

5.4) Alimentação ☐

5.5) Outros ☐ Quais: _____

6) Frequência de Centro de Dia: Sim ☐ Não ☐

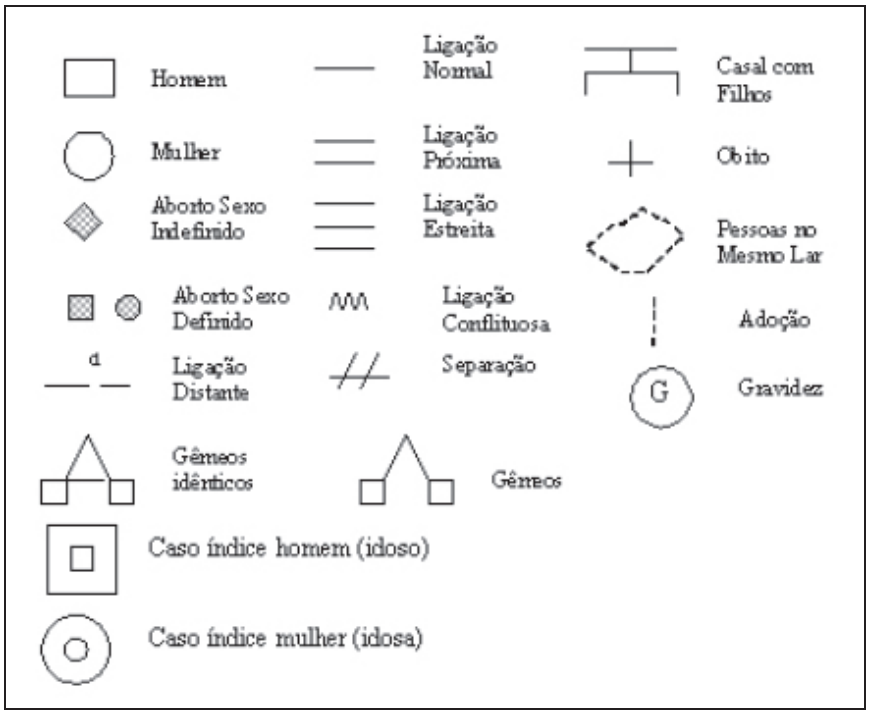
Qual? _____

6.1) Outra Valência ☐

Qual? _____

7) Genograma

Símbolos:



8) Situação Habitacional

8.1) Tipo de Habitação:

Casa ☐ Apartamento ☐ Barraca ☐ Outro ☐ Especifique: _____

8.2) Regime de Ocupação:

Vive com Família ☐ Cedida ☐ Alugada ☐ Própria ☐ Outra ☐ Especifique: _____

8.3) Condições de Habitabilidade:

- Electricidade Sim ☐ Não ☐ - Gás Sim ☐ Não ☐

- Saneamento/Esgotos Sim ☐ Não ☐ - Casa de Banho Sim ☐ Não ☐

- Cozinha Sim ☐ Não ☐ Se Sim Interior ☐ Exterior ☐

8.4) Acessibilidades:

Acesso Fácil ☐ Acesso Difícil ☐ Especifique: _____

8.5) Barreiras Arquitectónicas:

Não ☐ Sim ☐ Especifique: _____

9) Teste de GRAFFARD

Aplicabilidade: Aplicável ☐ Não Aplicável ☐

A Profissão

Grau	Condições	Opção
1º	Directores de bancos, de empresas, licenciados, engenheiros, profissionais com titulos universitários ou de escolas especiais e militares de alta patente	
2º	Chefes de secção administrativas ou de negócios de grandes empresas, subdirectores de bancos, peritos, técnicos e comerciantes oficiais	
3º	Ajudantes técnicos, desenhadores, caixeiros, contra-mestres, oficiais de primeira, encarregados, capatazes e mestre-de-obras	
4º	Motoristas, polícias, cozinheiros (operários especializados) (com ensino primário completo)	
5º	Jornaleiros, mandaretes, trabalhadores manuais ou ajudantes de cozinha, mulheres de limpeza, operários não especializados	

O nível de instrução

Grau	Condições	Opção
1º	Ensino universitário ou equivalente (+ de 12 anos de estudo)	
2º	Ensino médio ou técnico superior (10 a 11 anos de estudo)	
3º	Ensino médio ou técnico inferior (6 a 9 anos de estudo)	
4º	Ensino primário completo (6 anos de estudo)	
5º	Ensino primário incompleto ou nulo	

Fontes de rendimento familiar

Grau	Condições	Opção
1º	A fonte principal é a fortuna herdada ou adquirida	
2º	Os rendimentos consistem em lucros de empresas, altos honorários, lugares bem remunerados	
3º	Os rendimentos correspondem a um vencimento mensal fixo, tipo funcionário	
4º	Os rendimentos resultam de salários, ou seja remuneração por semana, por jorna, por horas ou á tarefa	
5º	São sustentados pela beneficiência pública ou privada. Não se incluem neste grupo as pensões de desemprego ou de incapacidades para o trabalho	

Conforto do alojamento

Grau	Condições	Opção
1º	Casas ou andares luxuosos e muito grandes, oferecendo aos seus moradores o maxinio de conforto	
2º	Categoria intermédia, casas ou andares que sem serem luxuosos, são, não obstante espaçosas e confortáveis	
3º	Casas ou andares modestos, bem construídos e em bom estado de conservação, bem iluminadas e arejadas, com cozinha e casa de banho	
4º	Categoria intermédia entre 3 e a 5	
5º	Alojamento impróprio para uma vida decente, choças, barracas ou andares desprovidos de todo o conforto, ventilação, iluminação ou também aqueles onde moram demasiadas pessoas em promiscuidade	

Aspecto do bairro habitado

Grau	Condições	Opção
1º	Bairro residencial elegante, onde o valor dos terrenos ou o aluguer são elevados	
2º	Bairro residencial bom, de nuas largas com casas confortáveis e bem conservadas	
3º	Bairro em rua comercial ou estreitas e antigas, com casas de aspecto geral menos confortável	
4º	Bairro operário, populoso, mal arejado ou bairro em que o valor do terreno está diminuído como consequência da proximidade de fábricas, etc.	
5º	Bairros da lata	

CLASSIFICAÇÃO SOCIAL

A soma total dos pontos obtidos na classificação dos cinco critérios dá-nos uma pontuação final que corresponde á classe social, conforme a classificação que se segue:

Classe I	Famílias cuja soma de pontos vai de	5 a 9	Alta
Classe II	Famílias cuja soma de pontos vai de	10 a 13	Média Alta
Classe III	Famílias cujo soma de pontos vai de	14 a 17	Média
Classe IV	Famílias cujo soma de pontos vai de	18 a 21	Média Baixa
Classe V	Famílias cujo soma de pontos vai de	22 a 25	Baixa (Pobre)

REF: GRAFFAR, Une méthodo de classification social d'échantíllons de la population. Courrier

Quem Respondeu:_____

Assistente Social: _____

10) APGAR FAMILIAR

Aplicabilidade: Aplicável ☐ Não Aplicável ☐

	FUNÇÕES DA FAMILIA	GRAU DE SATISFAÇÃO	Quase Sempre	Algumas Vezes	Nunca
ADAPTAÇÃO	Utilização dos recursos, dentro e fora da família, para a solução de um problema, nomeadamente quando o equilíbrio da família estiver ameaçado durante uma crise.	Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.			
RELAÇÃO	Partilha na tomada de decisões e das responsabilidades pelos membros da família.	Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e compartilha comigo a solução do problema.			
CRESCIMENTO	Maturidade física e emocional e realização conseguida pelos membros da família, através de um mútuo apoio e orientação.	Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida.			
AFECTO	Relação de cuidados ou ternura que existem entre os membros da família.	Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como, irritação, pesar e amor.			
DECISÃO	Compromisso tomado de dedicar tempo a outros membros da família, encorajando-os física e emocionalmente; implica também uma decisão na partilha de bens	Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.			
		SUB-TOTAL			
		TOTAL			

IN "FICHA FAMILIAR DOS CENTROS DE SAÚDE"

RESULTADO: O doente selecciona uma das três respostas, a que correspondem as seguintes pontuações:

"QUASE SEMPRE"	- 2 Pontos
"ALGUMAS VEZES"	- 1 Ponto
"QUASE NUNCA"	- 0 Ponto

7 – 10 PONTOS	SUGERE FAMILIA ALTAMENTE FUNCIONAL
4 – 6 PONTOS	SUGERE FAMILIA COM MODERADA DISFUNÇÃO
0 – 3 PONTOS	SUGERE FAMILIA COM DISFUNÇÃO ACENTUADA

IN "FICHA FAMILIAR DOS CENTROS DE SAÚDE" EMILIO IMPERATORI

Quem Respondeu: _____

Assistente Social: _____

11) ESCALA DE RISCO FAMÍLIAR

1 PONTO

Ordem	Condições	Pontos
A	Morbilidade crónica	
B	Invalidez	
C	Hospitalizações frequentes	
D	Mãe analfabeta	
E	Mãe solteira	
F	Chefe de família desempregado	
G	Ausência Temporária de um dos pais	
H	Chefe de família com emprego temporário	
I	Morte de pai e mãe	
Total		

2 PONTOS

Ordem	Condições	Pontos
J	Alcoolismo	
K	Droga	
L	Desnutrição	
M	Ausência de um dos Pais	
N	País analfabetos	
O	APEGAR familiar < 4	
P	Filho grande deficiente	
Q	Chefe de família preso	
R	Filho com características afectivas graves	
Total		

RESULTADOS:
Família de alto risco > de 6
Família de médio risco > de 3

Ref. Sógovia Dreyer

Quem Respondeu: _____

Assistente Social: _____

12) ESCALA DE RECURSOS SOCIAIS (OARS)

Aplicabilidade: Aplicável ☐ Não Aplicável ☐

ESCALA DE RECURSOS SOCIAIS (OARS) **(Duke University Center, 1978)**
1. Qual é o seu estado civil? ☐ Solteiro/a ☐ Casado/a ☐ Viúvo/a ☐ Separado/a
2. Quem vive consigo? ☐ Ninguém ☐ Esposa/a ☐ Filho/a ☐ Netos/a ☐ Pais ☐ Irmãos/ãs ☐ Outros familiares ☐ Amigo/a ☐ Empregada/a ☐ Outros (especificar) _____
2. No último ano, com que frequência saiu de casa para visitar a sua família ou amigos durante os fins-de-semana ou férias, para ir às compras ou participar numa excursão? ☐ Uma ou mais vezes na semana ☐ Menos de uma vez por mês ☐ De uma a três vezes por mês ☐ Só em festas definidas (aniversários, natal) ☐ Durante as férias ☐ Nunca
4. Quantas pessoas conhece o suficiente e tem confiança para visita-las em sua casa? ☐ Cinco ou mais ☐ Três a quatro ☐ Uma a duas ☐ Ninguém
5. Com que frequência falou a semana passada ao telefone, seja com familiares, amigos ou outros (fazer esta pergunta mesmo que o idoso não tenha telefone)? ☐ Cinco ou mais ☐ Três a quatro ☐ Uma a duas ☐ Ninguém
6. Na última semana, quantas vezes passou algum tempo com alguém com quem não vive, o visitou, veio vê-lo, passearam juntos, tomaram café, foram a um espectáculo ou realizaram qualquer outra actividade? ☐ Uma ou mais vezes por dia ☐ Duas a seis vezes ☐ Uma a vez ☐ Ninguém vez
7. Existe alguém em quem tenha confiança? ☐ Sim ☐ Não
8. Com que frequência se sente sozinho/a? ☐ Muitas vezes ☐ Às Vezes ☐ Quase nunca
9. Vê os seus familiares e amigos com a frequência que deseja ou, pelo contrário, sente-se triste com o pouco convívio? ☐ Vejo-os tantas vezes quanto desejo ☐ Sinto-me triste com a pouca frequência
10. Existe alguém que lhe prestaria ajuda se estivesse doente ou ficasse gravemente incapacitado/a, quer fosse filho, familiar, etc.? ☐ Sim ☐ Não Se respondeu sim, passar às questões 10 a) e 10 b)
10 a). Existe alguém cuidaria de si durante quanto tempo (fazer a comida, acompanhá-lo/a ao médico)? ☐ Todo o tempo necessário ☐ Durante um período de tempo (até 6 meses) ☐ De vez em quanto de forma ocasional
10 b). Quem é a pessoa que acredita que o/a ajudaria? a) Nome: _____ b) Parentesco: _____ c) Tipo de Relação: _____

ESCALA DE AVALIAÇÃO DOS RECURSOS SOCIAIS
Avaliar os recursos actuais da pessoa idosa segundo a escala de 6 pontos que se segue. Rodear com um círculo o número que melhor descreve as circunstâncias actuais do caso que se avalia.
1. Recursos sociais excelentes Relações sociais muito satisfatórias e amplas. Ao menos urna pessoa cuidaria do/a cliente indefinidamente.
2. Bons recursos sociais Refeições sociais satisfatórias, adequadas e uma pessoa que cuidaria do/a cliente indefinidamente. Ou relações sociais satisfatórias e adequadas, e só com ajuda a curto prazo.
3. Recursos sociais levemente deteriorados Relações sociais insatisfatórias, escassas e uma pessoa que cuidaria do/a cliente indefinidamente. O relações sociais satisfatórias e adequadas, e só com aluda a curto prazo.
4 Recursos sociais moderadamente deteriorados Relações sociais insatisfatórias, de má qualidade e escassas e só com ajuda a curto prazo. Ou relações sociais satisfatórias e adequadas, mas com nenhum tipo de ajuda.
5 Recursos sociais gravemente deteriorados Relações sociais insatisfatórias, de má qualidade e escassas e só com ajuda ocasional. Ou relações sociais minimamente satisfatórias e adequadas, mas sem ajuda de ninguém.
6. Recursos sociais totalmente deteriorados Relações sociais insatisfatórias, escassas ou inexistentes, com nenhum tipo de ajuda.

Quem Respondeu: _____

Assistente Social: _____

13) ÍNDICE DE STRESS DO CUIDADOR

Aplicabilidade: Aplicável ☐ Não Aplicável ☐

Quais das seguintes situações lhe são aplicáveis como cuidador deste doente	Sim	Não
Sono perturbado (porque o doente se levanta da cama ou anda pela casa)		
É muito incómodo (porque ajudar o doente ocupa me muito tempo, ou porque precisa de cuidados desde muito cedo.		
Provoca-me tensão física (levantes frequentes do doente da cadeira, requer esforço físico)		
É uma prisão (reduz o meu tempo livre, não permite sair).		
Foi necessário reajustar a família (ajudar o doente rompe as rotinas e a intimidade).		
Foi necessário alterar os meus planos pessoais (renuncia ao emprego ou férias).		
Tenho de atender outras necessidades ao mesmo tempo (outros membros da família).		
Tem havido perturbações emocionais (por causa de assuntos graves).		
Algum comportamento do doente é perturbador (incontinência, falta de memória, acusa que lhe leva as coisas).		
É muito desagradável ver como o doente mudou (a sua personalidade está diferente).		
Foi necessário reajustar o emprego (para dedicar mais tempo ao doente).		
É uma sobrecarga económica.		
Sinto-me completamente confuso (a) (preocupação com o doente ou como vou gerir a situação).		
Pontuação Total:		

Instruções:

Contabilizar as respostas afirmativas. Todas as respostas podem indicar necessidade de intervenção.
Pontuação ≥ 7 indica Alto Risco de Stress

Bibliografia:

alzheimer@hipocampo.org

Quem Respondeu: _____

Assistente Social: _____

14) ESCALA DE ZARIT - ESCALA DE SOBRECARGA DO CUIDADOR

Aplicabilidade: Aplicável ☐ Não Aplicável ☐

Item	Perguntas	Pontuação
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que realmente necessita?	
2	Sente que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não tem tempo suficiente para si?	
3	Sente-se tenso quando que atender o seu familiar e atender a outras responsabilidades?	
4	Sente-se envergonhado com a conduta do seu familiar?	
5	Sente que a actual situação afecta negativamente a sua relação com os outros familiares e amigos?	
6	Sente receio pelo futuro da sua família?	
7	Sente que o seu familiar depende de si?	
8	Sente-se esgotado quando tem de permanecer junto do seu familiar?	
9	Sente a sua saúde afectada por cuidar do seu familiar?	
10	Sente que não tem vida própria por cuidar do seu familiar?	
11	Sente as relações sociais afectadas por cuidar do seu familiar?	
12	Incomoda-o (a) convidar amigos para sua casa por causa do seu familiar?	
13	Sente que o seu familiar considera que é a única pessoa que o pode cuidar?	
14	Sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar o seu familiar e para outras despesas?	
15	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?	
16	Sente ter perdido o controlo da sua vida desde que a doença do seu familiar se manifestou?	
17	Gostaria de poder encarregar outra pessoa de cuidar do seu familiar?	
18	Sente-se inseguro sobre o que deve fazer ao seu familiar?	
19	Sente que deveria fazer mais do que o que faz pelo seu familiar?	
20	Sente que poderia fazer mais do que faz pela sua familia?	
21	Resumindo: sente-se muito sobrecarregado por cuidar do seu familiar?	

Pontuação Total:

Nunca = 0
Raramente = 1
Algumas vezes = 2
Muitas vezes = 3
Quase sempre = 4

Bibliografia: http://www.hipocampo.org/zarit.asp

Quem Respondeu: _____

Assistente Social: _____

Data: ____ / ___ / _____

A Assistente Social: _____

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE ESPOSENDE

HOSPITAL VALENTIM RIBEIRO

R.N.C.C.I.

ETIQUETA

PROCESSO SOCIAL

PLANO DE INTERVENÇÃO SOCIAL

Plano de Intervenção Social:

- Benefícios Sociais:

- Ajudas Técnicas

- Dia da Alta

- Transporte na alta:

- Horário Cuidador 9h - 21h

- Horário das Visitas 11h - 19h

- Resposta Social:

Confirma que foram prestados as informações acima transcritas e comprometo-me a operacionalizar as respostas para a alta:

Assinatura: _____

Data: ____ / ___ / _____

A Assistente Social: _____

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE ESPOSENDE

HOSPITAL VALENTIM RIBEIRO

R.N.C.C.I.

ETIQUETA

AVALIAÇÃO SOCIAL

AVALIAÇÃO SOCIAL NA ALTA

Avaliação Social Na Alta:

1) Vive Com

1.1) Família Nuclear ☐ Grau: _____

1.2) Família de Acolhimento ☐

1.3) Sozinho ☐

1.4) Instituição/Lar ☐ Qual: _____ Há quanto tempo: _____

1.5) Outro ☐ Qual: _____

2) Quem presta cuidados:

2.1) Família ☐ Grau de parentesco: _____

2.2) Vizinhos ☐ Contacto: _____

2.3) Empregada Doméstica ☐

3) Ajudas técnicas: Sim ☐ Não ☐

3.1) Cama Articulada ☐

3.2) Cadeira de Rodas ☐

3.3) Colchão Anti - Escaras ☐

3.3) Oxigénio/ Nebulizador/ Aspirador de Secreções ☐

4) Benefícios Sociais ☐ Quais: _____

5) Recebe Apoio Domiciliário? Sim ☐ Não ☐

5.1) Higiene Pessoal ☐ Frequência: _____

5.2) Higiene da Roupa ☐ Frequência: _____

5.3) Higiene da Casa ☐

5.4) Alimentação ☐

5.5) Outros ☐ Quais: _____

6) Frequência de Centro de Dia: Sim ☐ Não ☐

Qual? _____

6.1) Outra Valência ☐

Qual? _____

7) Situação Habitacional

7.1) Melhorias Habitacionais

Não ☐ Sim ☐ Especifique: _____

7.2) Realojamento:

Não ☐ Sim ☐ Especifique: _____

7.3) Aquisição de Equipamento Doméstico:

Não ☐ Sim ☐ Especifique: _____

Tipo de Solução	
Adequada	**Efectivada**
C. S. ☐ Domi. ☐ Hosp. ☐ Lar ☐ Fam. Acolh. ☐ Outro ☐ Especifique: _____	C. S. ☐ Domi. ☐ Hosp. ☐ Lar ☐ Fam. Acolh. ☐ Outro ☐ Especifique: _____

CAUSAS QUE NÃO PERMITIRAM A IMPLEMENTAÇÃO DAS SOLUÇÕES ADEQUADAS
CAUSA 1 –
CAUSA 2 –
CAUSA 3 –

Data: ____ / ___ / _____

A Assistente Social: _____

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE ESPOSENDE

HOSPITAL VALENTIM RIBEIRO

ETIQUETA

R.N.C.C.I.

FOLHA Nº _____

REGISTO DE INTERVENÇÕES SOCIAIS

ASSISTENTE SOCIAL RESPONSÁVEL: _____

DATA:	INTERVENÇÕES SOCIAIS

DATA:	INTERVENÇÕES SOCIAIS

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE ESPOSENDE

HOSPITAL VALENTIM RIBEIRO

ETIQUETA

R.N.C.C.I.

FOLHA Nº _____

PSICOLOGIA

PSICÓLOGO: _____

DATA:	OBSERVAÇÕES/INTERVENÇÕES

DATA:	OBSERVAÇÕES/INTERVENÇÕES

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE ESPOSENDE

HOSPITAL VALENTIM RIBEIRO

Declaração

Eu_____ declaro para os devidos efeitos que assumo perante a assistente social _____ ser cuidador/a de_____ e que me responsabilizo no momento da Alta pelos cuidados a prestar ao/à mesmo/a.

O responsável

_____

Esposende, ___ de _____ de 2008

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE ESPOSENDE

HOSPITAL VALENTIM RIBEIRO

ETIQUETA

R.N.C.C.I.

FOLHA Nº _____

FISIOTERAPIA

FISIOTERAPEUTA: _____

DATA:	OBSERVAÇÕES/INTERVENÇÕES

DATA:	OBSERVAÇÕES/INTERVENÇÕES

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE ESPOSENDE

HOSPITAL VALENTIM RIBEIRO

SERVIÇO DE MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO

ALTA DE FISIOTERAPIA

ETIQUETA

Unidade de Convalescença ☐

Unidade de Média Duração e Reabilitação ☐

Admissão	**Alta**
Data: __/__/____	Data: __/__/____

Diagnostico Fisiátrico:

Tratamento prescrito:

-
-
-
-

Estado de consciência

Consciente ☐ Inconsciente ☐ Confuso(a) ☐ Agitação psicomotora ☐ Orientado(a) ☐ Desorientado(a) ☐

Comportamento

1	2	3	4	5
Nada colaborante	Pouco colaborante	Colaborante	Muito colaborante	Totalmente colaborante

Empenho

1	2	3	4	5
Nada empenhado(a)	Pouco empenhado(a)	Empenhado(a)	Muito empenhado(a)	Totalmente empenhado(a)

Actividade Motora

Hemiplegia/Plegia ☐

Hemiparésia/Parésia ☐

Paraplégia/Parésia ☐

Tetraplégia/Parésia ☐

Afasia ☐

Ataxia ☐

Disartria ☐

Outras ☐ _____

Quadro álgico

Cervicalgia ☐

Dorsalgia ☐

Lombalgia ☐

Sacralgia ☐

Ombro E D

Cotovelo E D

Punho/Mão E D

Anca E D

Joelho E D

Tornozelo/Pé E D

Desvio da comissura labial ☐

Paralisia facial ☐

Heminegligência ☐

Hiperactividade do hemicorpo não afectado ☐

Labilidade emocional ☐

Síndrome de Pusher ☐

Síndrome do ombro doloroso ☐

Atrofias ☐ Localização: _____

Alterações da sensibilidade ☐ _____

Edema ☐ Localização: _____

Rigidez articular ☐ Localização: _____

Equilíbrio	Em Pé				Sentado			
Estático	1 Péssimo	2 Mau	3 Médio	4 Bom	1 Péssimo	2 Mau	3 Médio	4 Bom
Dinâmico	1 Péssimo	2 Mau	3 Médio	4 Bom	1 Péssimo	2 Mau	3 Médio	4 Bom

Tónus (Hemicorpo afectado se aplicável)	**Escala de Ashworth**				
Flexão/Extensão do ombro	I	II	III	IV	V
Flexão/Extensão do cotovelo	I	II	III	IV	V
Flexão/Extensão do punho	I	II	III	IV	V
Mão	I	II	III	IV	V
Flexão/ Extensão da anca e joelho	I	II	III	IV	V
Flexão/Extensão do tornozelo	I	II	III	IV	V
Tónus Global	Hipotónico		Normalizado		Hipertónico

Movimentos Activos – Teste Muscular	MS					MI				
Hemicorpo D	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Hemicorpo E	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

Actividade Física

Independente	**Ajuda Parcial**	**Ajuda Total**	**Auxiliares de Marcha**
AVD's ☐	AVD's ☐	AVD's ☐	Andarilho ☐
Marcha ☐	Marcha ☐	Marcha ☐	Bengala ☐
Mobilização no leito ☐	Mobilização no leito ☐	Mobilização no leito ☐	Cadeira de Rodas ☐
Transferências ☐	Transferências ☐	Transferências ☐	Canadianas ☐
			Próteses ☐
			Tripé ☐

Resumo dos objectivos de fisioterapia atingidos no internamento:

*Em __ de _____ de 200_* **O Fisioterapeuta**: _____ Cédula Prof. _____

Ministério da Saúde

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE ESPOSENDE

HOSPITAL VALENTIM RIBEIRO

ETIQUETA

R.N.C.C.I.

FOLHA Nº _____

AVALIAÇÃO TERAPIA DA FALA

TERAPEUTA DA FALA RESPONSÁVEL: _____

DATA:	OBSERVAÇÕES/INTERVENÇÕES

DATA:	OBSERVAÇÕES/INTERVENÇÕES

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE ESPOSENDE

HOSPITAL VALENTIM RIBEIRO

2008
JANEIRO
Manhã

Unidades de Cuidados Continuados

PLANIFICAÇÃO DAS ACTIVIDADES DE TERAPIA OCUPACIONAL

Nº	Nome do Utente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
1																																
2																																
3																																
4																																
5																																
6																																
7																																
8																																
9																																
10																																
11																																
12																																
13																																
14																																
15																																
16																																
17																																
18																																
19																																
20																																

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE ESPOSENDE

HOSPITAL VALENTIM RIBEIRO

Unidades de Cuidados Continuados

2008
JANEIRO
Manhã

ETIQUETA

Tipo de actividade	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Colagem e recorte																															
Comemorações de datas festivas																															
Confecção de bolos																															
Destreza óculo-manual (Motricidade/Práxia grossa e/ou fina)																															
Ensino de A.V.D.																															
Expressões faciais																															
Integração sensorial (táctil e/ou proprioceptiva)																															
Ginástica geriátrica e respiratória																															
Jogos colectivos																															
Massas Terapêuticas/Barros/Plasticinas																															
Orientação da realidade																															
Treino de escrita																															
Painel de pintura																															
Outros: _____																															
Objectivos das actividades	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Manter e ou melhorar as amplitudes articulares de ambos os lados e prevenir a atrofia muscular																															
Facilitar o movimento normal																															
Promover a consciencialização, movimentos activos e uso do lado afectado																															
Favorecer a simetria (alinhamento da cabeça, tronco, e membros)																															
Melhorar a função respiratória																															
Estimulação táctil e proprioceptiva																															
Mobilização dos músculos da mão, melhorar destreza manual e actividade conjugada das duas mãos																															
Socialização dos participantes																															
Lembrar os utentes da sua pessoa, tempo e lugar																															
Aceitação de regras																															
Aumento da auto-estima																															
Melhorar aspectos cognitivos (Memória, atenção/concentração, raciocínio e poder de relato e exposição) Outros: _____																															
Comportamento *																															
Participação *																															
Interesse e empenho na actividade proposta *																															

* Escala de Likert de 1 (muito pouco activo/participativo/empenhado) a 5 (muito activo/participativo/empenhado)

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE ESPOSENDE

HOSPITAL VALENTIM RIBEIRO

2008
JANEIRO
Tarde

Unidades de Cuidados Continuados

PLANIFICAÇÃO DAS ACTIVIDADES DE TERAPIA OCUPACIONAL

Nº	Nome do Utente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
1																																
2																																
3																																
4																																
5																																
6																																
7																																
8																																
9																																
10																																
11																																
12																																
13																																
14																																
15																																
16																																
17																																
18																																
19																																
20																																

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE ESPOSENDE

HOSPITAL VALENTIM RIBEIRO

Unidades de Cuidados Continuados

2008
JANEIRO
Tarde

ETIQUETA

Tipo de actividade	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Colagem e recorte																															
Comemorações de datas festivas																															
Confecção de bolos																															
Destreza óculo-manual (Motricidade/Práxia grossa e/ou fina)																															
Ensino de A.V.D.																															
Expressões faciais																															
Integração sensorial (táctil e/ou proprioceptiva)																															
Ginástica geriátrica e respiratória																															
Jogos colectivos																															
Massas Terapêuticas/Barros/Plasticinas																															
Orientação da realidade																															
Treino de escrita																															
Painel de pintura																															
Outros: _____																															

Objectivos das actividades	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Manter e ou melhorar as amplitudes articulares de ambos os lados e prevenir a atrofia muscular																															
Facilitar o movimento normal																															
Promover a consciencialização, movimentos activos e uso do lado afectado																															
Favorecer a simetria (alinhamento da cabeça, tronco, e membros)																															
Melhorar a função respiratória																															
Estimulação táctil e proprioceptiva																															
Mobilização dos músculos da mão, melhorar destreza manual e actividade conjugada das duas mãos																															
Socialização dos participantes																															
Lembrar os utentes da sua pessoa, tempo e lugar																															
Aceitação de regras																															
Aumento da auto-estima																															
Melhorar aspectos cognitivos (Memória, atenção/concentração, raciocínio e poder de relato e exposição) Outros: _____																															
Comportamento *																															
Participação *																															
Interesse e empenho na actividade proposta *																															

* Escala de Likert de 1 (muito pouco activo/participativo/empenhado) a 5 (muito activo/participativo/empenhado)

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE ESPOSENDE

HOSPITAL VALENTIM RIBEIRO

Plano Semanal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional

de 11/08/2008 a 15/08/2008

	Segunda-Feira	Terça-Feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado
10h45	Orientação da Realidade; Fisioterapia Geriátrica; Fisioterapia Respiratória.	Orientação da Realidade; Fisioterapia Geriátrica; Integração Sensorial; Expressões Faciais	Orientação da Realidade; Fisioterapia Geriátrica; Expressões Faciais.	Orientação da Realidade; Fisioterapia Geriátrica.	Orientação da Realidade; Fisioterapia Geriátrica; Fisioterapia Respiratória.	Visualização de um filme: "Pátio das Cantigas." Reflexão sobre o filme.
12h30	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço
13h30	Sesta	Sesta	Sesta	Sesta	Sesta	Sesta
14h45	Massas terapêuticas/ barro /plasticina	Massas terapêuticas / barro / plasticina	Painel de pintura e treino da escrita	Colagem e Recorte	Jogos Colectivos; Integração Sensorial.	
16h00	Lanche	Lanche	Lanche	Lanche	Lanche	
16h30	Musicoterapia	Passeio Externo; Jogos Colectivos	Reprodução de gestos	Musicoterapia	Jogos Colectivos	
16h45	Jogos Colectivos		Jogos Colectivos	Jogos Colectivos		
17h15	Lazer (Voluntariado)	Lazer (Voluntariado)	Lazer (Voluntariado)	Lazer (Voluntariado)	Lazer (Voluntariado)	

Unidade de Cuidados Continuados Integrados

Unidade de Convalescença

Unidade de Média Duração e Reabilitação

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE ESPOSENDE

HOSPITAL VALENTIM RIBEIRO

EMENTA DE _/_/2008 A _/_/2008

	ALMOÇO	JANTAR
SEGUNDA-FEIRA 23-Jun		
Sopa		
Peixe		
Carne		
Dieta		
Sobre.		
TERÇA-FEIRA 24-Jun		
Sopa		
Peixe		
Carne		
Dieta		
Sobre.		
QUARTA-FEIRA 25-Jun		
Sopa		
Peixe		
Carne		
Dieta		
Sobre.		
QUINTA-FEIRA 26-Jun		
Sopa		
Peixe		
Carne		
Dieta		
Sobre.		
SEXTA-FEIRA 27-Jun		
Sopa		
Peixe		
Carne		
Dieta		
Sobre.		
SÁBADO 28-Jun		
Sopa		
Peixe		
Carne		
Dieta		
Sobre.		
DOMINGO 29-Jun		
Sopa		
Peixe		
Carne		
Dieta		
Sobre.		

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE ESPOSENDE

HOSPITAL VALENTIM RIBEIRO

REQUISIÇÃO DIÁRIA DE ALIMENTAÇÃO
Unidade de Convalescença (Ala Nascente)

Requisição para a Ementa do dia:

Data: **01-01-2008**

Quart.	C.	Nome	Refeição Prescrita	Forma de Apresentação / Observações	Peq. Alm.	Sup.	Almoço		Lan.	Jantar		Ceia
							Prato	Sobremesa		Prato	Sobremesa	
Q. A	1	----------	-------	----------	☐	☐	-------	------- ----------	☐	-------	------- ----------	☐
	2	----------	-------	----------	☐	☐	-------	------- ----------	☐	-------	------- ----------	☐
Q. B	1	----------	-------	----------	☐	☐	-------	------- ----------	☐	-------	------- ----------	☐
	2	----------	-------	----------	☐	☐	-------	------- ----------	☐	-------	------- ----------	☐
Q. C	1	----------	-------	----------	☐	☐	-------	------- ----------	☐	-------	------- ----------	☐
	2	----------	-------	----------	☐	☐	-------	------- ----------	☐	-------	------- ----------	☐
Q. D	1	----------	-------	----------	☐	☐	-------	------- ----------	☐	-------	------- ----------	☐
	2	----------	-------	----------	☐	☐	-------	------- ----------	☐	-------	------- ----------	☐
Q. E	1	----------	-------	----------	☐	☐	-------	------- ----------	☐	-------	------- ----------	☐
	2	----------	-------	----------	☐	☐	-------	------- ----------	☐	-------	------- ----------	☐
Q. F	1	----------	-------	----------	☐	☐	-------	------- ----------	☐	-------	------- ----------	☐
	2	----------	-------	----------	☐	☐	-------	------- ----------	☐	-------	------- ----------	☐
Q. G	1	----------	-------	----------	☐	☐	-------	------- ----------	☐	-------	------- ----------	☐
	2	----------	-------	----------	☐	☐	-------	------- ----------	☐	-------	------- ----------	☐
Q. H	1	----------	-------	----------	☐	☐	-------	------- ----------	☐	-------	------- ----------	☐
	2	----------	-------	----------	☐	☐	-------	------- ----------	☐	-------	------- ----------	☐
Q. I	1	----------	-------	----------	☐	☐	-------	------- ----------	☐	-------	------- ----------	☐
	2	----------	-------	----------	☐	☐	-------	------- ----------	☐	-------	------- ----------	☐
Q. Vig.	1	----------	-------	----------	☐	☐	-------	------- ----------	☐	-------	------- ----------	☐

Dados Recolhidos Por,	Entidade Requisitante,
_____ (Assinatura Legível)	_____ (Assinatura Legível)
Data: _____ / _____ / 20 _____ - Hora: ____ : _____	Data: _____ / _____ / 20 _____ - Hora: ____ : _____

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE ESPOSENDE

HOSPITAL VALENTIM RIBEIRO

REQUISIÇÃO DIÁRIA DE ALIMENTAÇÃO
Unidade de Média Duração e Reabilitação (Ala Norte)

Requisição para a Ementa do dia:

Data: **01-01-2008**

Quart.	C.	Nome	Refeição Prescrita	Forma de Apresentação / Observações	Peq. Alm.	Sup.	Almoço		Lan.	Jantar		Ceia
							Prato	Sobremesa		Prato	Sobremesa	
Q. 1	1	----------	-------	----------	☒	☒	-------	------- ----------	☒	-------	------- ----------	☒
	2	----------	-------	----------	☒	☒	-------	------- ----------	☒	-------	------- ----------	☒
Q. 2	1	----------	-------	----------	☒	☒	-------	------- ----------	☒	-------	------- ----------	☒
	2	----------	-------	----------	☒	☒	-------	------- ----------	☒	-------	------- ----------	☒
Enf. 1	1	----------	-------	----------	☒	☒	-------	------- ----------	☒	-------	------- ----------	☒
	2	----------	-------	----------	☒	☒	-------	------- ----------	☒	-------	------- ----------	☒
	3	----------	-------	----------	☒	☒	-------	------- ----------	☒	-------	------- ----------	☒
Enf. 2	1	----------	-------	----------	☒	☒	-------	------- ----------	☒	-------	------- ----------	☒
	2	----------	-------	----------	☒	☒	-------	------- ----------	☒	-------	------- ----------	☒
	3	----------	-------	----------	☒	☒	-------	------- ----------	☒	-------	------- ----------	☒

Dados Recolhidos Por,	Entidade Requisitante,
_____ (Assinatura Legível)	_____ (Assinatura Legível)
Data: _____ / _____ / 20 _____ - Hora: ____ : _____	Data: _____ / _____ / 20 _____ - Hora: ____ : _____

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE ESPOSENDE

HOSPITAL VALENTIM RIBEIRO

REQUISIÇÃO EXTRAORDINÁRIA DE ALIMENTAÇÃO

Requisição para a Ementa do dia:

Data: **01-01-2008**

Uni.	Quar.	Cama	Nome	Refeição Prescrita	Forma de Apresentação / Observações	Peq. Alm.	Sup.	Almoço		Lan.	Jantar		Ceia
								Prato	Sobremesa		Prato	Sobremesa	
------	------	------	----------	-------	----------	☐	☐	-------	------- ----------	☐	-------	------- ----------	☐
------	------	------	----------	-------	----------	☐	☐	-------	------- ----------	☐	-------	------- ----------	☐
------	------	------	----------	-------	----------	☐	☐	-------	------- ----------	☐	-------	------- ----------	☐
------	------	------	----------	-------	----------	☐	☐	-------	------- ----------	☐	-------	------- ----------	☐
------	------	------	----------	-------	----------	☐	☐	-------	------- ----------	☐	-------	------- ----------	☐
------	------	------	----------	-------	----------	☐	☐	-------	------- ----------	☐	-------	------- ----------	☐
------	------	------	----------	-------	----------	☐	☐	-------	------- ----------	☐	-------	------- ----------	☐
------	------	------	----------	-------	----------	☐	☐	-------	------- ----------	☐	-------	------- ----------	☐
------	------	------	----------	-------	----------	☐	☐	-------	------- ----------	☐	-------	------- ----------	☐
------	------	------	----------	-------	----------	☐	☐	-------	------- ----------	☐	-------	------- ----------	☐
------	------	------	----------	-------	----------	☐	☐	-------	------- ----------	☐	-------	------- ----------	☐
------	------	------	----------	-------	----------	☐	☐	-------	------- ----------	☐	-------	------- ----------	☐
------	------	------	----------	-------	----------	☐	☐	-------	------- ----------	☐	-------	------- ----------	☐
------	------	------	----------	-------	----------	☐	☐	-------	------- ----------	☐	-------	------- ----------	☐
------	------	------	----------	-------	----------	☐	☐	-------	------- ----------	☐	-------	------- ----------	☐
------	------	------	----------	-------	----------	☐	☐	-------	------- ----------	☐	-------	------- ----------	☐
------	------	------	----------	-------	----------	☐	☐	-------	------- ----------	☐	-------	------- ----------	☐
------	------	------	----------	-------	----------	☐	☐	-------	------- ----------	☐	-------	------- ----------	☐

Dados Recolhidos Por,	Entidade Requisitante,
_____ (Assinatura Legível)	_____ (Assinatura Legível)
Data: _____ / _____ / 20 _____ - Hora: ____ : _____	Data: _____ / _____ / 20 _____ - Hora: ____ : _____

ALIMENTAÇÃO

A - NOS DOENTES QUE NECESSITAM DE AJUDA TOTAL

Ajudar o Enfermeiro a colocar o doente na posição mais correcta para o alimentar;

Lavar as mãos;

Preparar o tabuleiro com a refeição para o Enfermeiro alimentar o doente;

Colaborar com o Enfermeiro na alimentação do doente;

Recolher o material após a alimentação do doente;

Limpar a unidade do doente;

B-NOS DOENTES QUE NECESSITAM DE AJUDA PARCIAL

Lavar as mãos;

Preparar o tabuleiro com a refeição;

Transportar o material para lavar as mãos (se for o doente a alimentar-se);

Ajudar o doente a lavar as mãos;

Ajudar o doente a instalar-se na cama,

Ajudar o doente a deslocar-se ao refeitório;

Colocar a mesa das refeições em posição adequada;

Descascar e cortar os alimentos (se necessário);

Dar os alimentos á boca (se necessário);

Informar o Enfermeiro se o doente se alimentou bem, senão qual o motivo por ele referido (falta de apetite, não gosta da comida ou outra dificuldade);

Retirar o tabuleiro e a mesa de refeições;

Lavar ou ajudar a lavar os dentes;

Arrumar o tabuleiro e transportá-lo para a copa;

Limpar a mesa de refeições;

C - NOS DOENTES INDEPENDENTES

Preparar o tabuleiro com refeição;

Levar o tabuleiro à mesa do doente;

Estar atento à refeição do doente, para identificar faltas ou dificuldades que requeiram a actuação do enfermeiro;

Arrumar o tabuleiro e transportá-lo para a copa;

Limpar a mesa de refeições, e sala de refeições.

PARTE II
FUNCIONAMENTO

PARTE II - FUNCIONAMENTO

PARTE II - FUNCIONAMENTO

Cap.	Descrição	Processo
7	Higiene e Limpeza - Manual AAM	PS 6.2
8	Gestão Documental	PS 4
9	Gestão de Instalações e Equipamentos	PS 6.2
10	Gestão de Aquisição	PS 5
11	Gestão de Recursos Humanos	PS 6.1
12	Formação de Recursos Humanos	PS 6.1
13	Gestão Financeira	PS 5
14	Planeamento	PS 5
15	Avaliação e Desenvolvimento	PS 8

PARTE II - FUNCIONAMENTO

7 - HIGIENE E LIMPEZA - MANUAL AAM

07.01 HVR - HIGIENE E CONFORTO
07.02 HVR - 1 - NORMA DO CARRO DE ROUPA LIMPA
07.03 HVR - II. NORMA DE LIMPEZA DO CARRO DE ROUPA LIMPA
07.04 HVR - III - NORMA DE LIMPEZA DO CARRO DE ROUPA SUJA
07.05 HVR - IV - NORMA DE MANUSEIO DE ROUPA SUJA
07.06 HVR - IX - NORMA DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE ARRASTADEIRAS
07.07 HVR - V - NORMA DE TRATAMENTO DE LIXOS
07,08 HVR - VI - NORMA DE LIMPEZA DIÁRIA - UNIDADE DO DOENTE
07.09 HVR - VII - PROTOCOLO DE MANIPULAÇÃO DE ROUPA LIMPA
07.10 HVR - VIII - NORMA DE HIGIENIZAÇÃO DA BACIA DE HIGIENE
07.11 HVR - X - NORMA DE LIMPEZA DIÁRIA DO CHÃO
07.12 HVR - XI - NORMA DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO - PÓS ALTAS
07.13 HVR - XII - NORMA DE DESINFECÇÃO E LIMPEZA DO CARRO DE PENSOS
07.14 HVR - XIII NORMA DE ACTUAÇÃO NA UNIDADE DE ISOLAMENTO
07,15 HVR - BOAS PRÁTICAS DO SERVIÇO DE LAVANDARIA
07.16 HVR - PLANO DE LIMPEZAS GERAIS DA UCC
07.17 HVR - NORMAS DE LIMPEZA
07.18 HVR - HIGIENE DAS MÁSCARAS DE OXIGÉNIO
07,19 HVR - HIGIENE E ARRANJO DA UNIDADE DO DOENTE
07.20 HVR - ELIMINAÇÃO
07.21 HVR - MOBILIDADE

8 - GESTÃO DOCUMENTAL

08.01 HVR - SISTEMA DE ORGANIZAÇÃO DE INFORMAÇÃO
08.02 HVR - PROCEDIMENTO PARA CONTROLO DOS REGISTOS
08.03 HVR - INSTRUÇÕES PARA CONSULTA DE CORREIO ELECTRÓNICO
08.04 HVR - INSTRUÇÕES DE IMPRESSÃO I
08.05 HVR - INSTRUÇÕES DE IMPRESSÃO II

9 - GESTÃO DE INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS

09.01 HVR - FICHA DE EQUIPAMENTO

10 - GESTÃO DE AQUISIÇÃO

10.01 HVR - PEDIDO À CENTRAL DE COMPRAS
10.02 HVR - REQUISIÇÃO À FARMÁCIA

11 - GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS

11.01 HVR - HORÁRIO ENFERMEIROS
11.02 HVR - HORÁRIO AAM
11.03 HVR - MARCAÇÃO DE FÉRIAS
11.04 HVR - FUNÇÕES DA RESPONSÁVEL DAS AAM
11.05 HVR - FUNÇÕES DAS AAM
11.06 HVR - ACTIVIDADES DAS AAM

12 - FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS

12.01 HVR - PLANO DE FORMAÇÃO
12.02 HVR - DIAGNÓSTICO E ANÁLISE DAS NECESSIDADES DE FORMAÇÃO

PARTE II - FUNCIONAMENTO

13 - GESTÃO FINANCEIRA

13.01 HVR - DESPESAS DE FUNCIONAMENTO
13.02 HVR - MONITORIZAÇÃO INTERNAMENTO - TAXA DE OCUPAÇÃO

14 - PLANEAMENTO

14.01 HVR - RELATÓRIO DE ACTIVIDADES E CONTAS DO ANO
14.02 HVR - "*TABLEAU DE BORD"* ACTIVIDADES ESPECÍFICAS

15 - AVALIAÇÃO E DESENVOLVIMENTO

15.01 HVR - QESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO DOS UTENTES DAS UCC

HIGIENE E CONFORTO

A - OS DOENTES QUE NECESSITAM DE AJUDA TOTAL

Colaborar com o Enfermeiro na mobilização do doente durante os cuidados de higiene e conforto;

Colaborar com o Enfermeiro no posicionamento do doente;
Preparar e recolher o material necessário para os cuidados de higiene e conforto;
Colaborar com o Enfermeiro no desfazer e fazer a cama.

B - NOS DOENTES QUE NECESSITAM DE AJUDA PARCIAL

Desfazer e fazer a cama;

Preparar a unidade do doente;
Preparar a casa de banho;
Transportar o doente em cadeira de rodas ou acompanhá-lo a pé a casa
de banho ajudar o doente a despir e a vestir;
Ajudar o enfermeiro a instalar e a retirar o doente da banheira (caso necessite);
Colocar junto do doente o equipamento e roupa necessários para o auto-cuidado (ex.: mesa com espelho, bacia, escova de dentes, gillete, etc.);
Ajudar o doente a instalar-se no chuveiro;
Ajudar o doente durante o banho;
Ajudar ao doente a sair do chuveiro;
Ajudar vestir e calçar o doente se necessário;
Pentear o doente se necessário;
Fazer a barba ao doente se não existir barbeiro no Hospital;
Transportar o doente para o quarto;

C - NOS DOENTES INDEPENDENTES

Desfazer e fazer a cama
Preparar a unidade do doente
Preparar a casa de banho
Arrumar a casa de banho

I. PROTOCOLO DE ACTUAÇÃO NA PREPARAÇÃO DO CARRO DE ROUPA LIMPA (HIGIENE / APOIO)

TABULEIRO SUPERIOR	
Material	**Quantidade**
Luvas vinil M/S (caixa) Aventais descartáveis dobrados Frascos com sabão liquido Frasco com óleo de amêndoas doces/creme hidratante Esponjas Giletes Pente Corta unhas Sacos colectores Sacos colectores esterilizados	
Lençóis Toalhas Colcha Fronhas Fraldas M/L	

II. PROTOCOLO DE ACTUAÇÃO NA LIMPEZA DO CARRO DA ROUPA LIMPA

EQUIPAMENTO:

Carro de roupa limpa.

MATERIAL:

Avental;
Luvas de borracha;
Detergente
Lixívia;
Pano;
Balde.

PROCEDIMENTO:

1. Retirar todo o material existente no carro no fim das higienes;
2. Lavar a estrutura metálica com água quente e detergente;
3. Secar o carro com um pano seco;
4. Desinfectar a estrutura metálica com pano húmido em água e lixívia (50cc de lixívia para 51 de água);
5. Lavar e desinfectar o balde segundo protocolo;
6. Retirar as luvas (desinfectar segundo protocolo)

NOTA:

Lavar todos os frascos existentes no carro, tendo sempre o cuidado de os arrolhar com as tampas. Desinfectar os pentes;
Verificar bisnagas e frascos, caso estejam vazios rejeitá-los;
A roupa que sobrou da higiene regressa ao carro (nunca colocar nas estantes da rouparia);
Montar os carros com o material em falta (nunca exceder as quantidades);
Encostado ao carro de higienes não podem permanecer sacos com lixo ou roupa suja.

III. PROTOCOLO DE ACTUAÇÃO NA LIMPEZA DO CARRO DA ROUPA SUJA

EQUIPAMENTO:

Carro da roupa suja

MATERIAL:

Avental e luvas de borracha;
Sacos Plásticos (1 azul claro e 1 azul escuro)
Balde (l)
Detergente (liquido da loiça, q.b.) diluído em água quente
Panos (2)
Lixívia diluída (ver diluição)

PROCEDIMENTO:

1. Retirar os sacos plásticos da roupa suja e fechá-los;
2. Lavar, após utilização, com água quente e detergente a estrutura metálica;
3. Secar com pano seco;
4. Desinfectar a estrutura metálica com pano húmido em água e lixívia (50cc de lixívia para 51 de água);
5. Lavar e desinfectar o balde, segundo protocolo;
6. Retirar luvas e desinfectá-las segundo protocolo;
7. Colocar sacos de plástico novos (os anteriores são rejeitados na lavandaria);
8. Lavar as mãos.
9. Providenciar para que o carro esteja sempre limpo e pronto a ser usado;

IV - NORMA DE ACTUAÇÃO NO MANUSEIO DA ROUPA SUJA

MATERIAL:

Luvas de borracha;
Avental de plástico.

PROCEDIMENTO:

1. Colocar o avental e as luvas;
2. Recolher a roupa suja e colocá-la de imediato nos sacos;
3. Utilizar sacos de plástico próprios e fechados;
4. Identificar os sacos com o nome do serviço;
5. Retirar luvas e desinfectar segundo protocolo;
6. Lavar as mãos segundo protocolo.
7. Transportar roupa suja à lavandaria de imediato;
8. Retirar luvas e desinfectar segundo protocolo;
9. Lavar as mãos segundo protocolo.

IX - NORMA DE ACTUAÇÃO NA LIMPEZA E DESINFECÇÃO DAS ARRASTADEIRAS/URINÓIS

EQUIPAMENTO:

Arrastadeiras;

Urinóis.

MATERIAL:

Luvas de borracha;

Avental.

PROCEDIMENTO:

A: Máquina (arrastadeiras)

Colocar em máquinas de despejo;

Fazer a lavagem com ciclo de desinfecção pelo calor;

Colocar na estufa.

B: Método Manual (arrastadeira/urinol)

Despejar a arrastadeira/urinol no cifão;

Lavar com água corrente e detergente usando uma vassoura de piassaba (reservada só para esse efeito);

Colocar lixívia na arrastadeira/urinol e deixar actuar durante 15min.

Lavar com água e detergente;

Secar com pano seco

Retirar as luvas e lavar as mãos.

Colocar em sacos individualizados, opacos;

Assinalar com marcador: **Desinfectado**

Guardar na sala de sujos, local próprio;

Lavar as luvas e colocar a secar

Retirar o avental;

Lavar as mãos.

V - NORMA DE ACTUAÇÃO NO TRATAMENTO DOS LIXOS

MATERIAL:

Sacos para recolha do lixo
Contentores de plástico;
Luvas de borracha;
Avental de plástico.

PROCEDIMENTO:

- Proteger os caixotes do lixo com o saco respectivo;
- Calçar sempre as luvas quando se vai retirar ou colocar um saco no caixote do lixo;
- Substituir o saco quando está cheio;
- Colocar o saco fechado nos contentores próprios que existem no serviço;
- Retirar e guardar devidamente as luvas (segundo protocolo de limpeza);
- Lavar as mãos após cada manuseamento do lixo;
- Semanalmente, no turno da manhã, os baldes do lixo devem ser lavados e/ou sempre que necessário;
- Colocar sacos pretos nos gabinetes, casa de banho e copa.

Nota: Os contentores são transportados para o local de acondicionamento pelas AAM dos respectivos serviços.

VI - NORMA DE ACTUAÇÃO DA LIMPEZA DIÁRIA DO EQUIPAMENTO DA UNIDADE DE CUIDADOS DO DOENTE

EQUIPAMENTO:

Camas;
Cadeira;
Mesa-de-cabeceira;
Mesa de alimentação;
Suportes de soros;
Armário da roupa.

MATERIAL:

Balde (1);
Panos (2);
Luvas de borracha;
Detergente doméstico diluído com água;
Desinfectante (lixívia a 0,1%- 100cc para 5L de água);
Pano seco (1);
Avental de plástico (1).

PROCEDIMENTO:

1. Remover o lixo com pano húmido (limpar sempre da área mais limpa para a mais suja);
2. Lavar o equipamento com detergente diluído em água;
3. Secar com pano torcido;
4. Desinfectar com lixívia (lixívia a 1% - 50cc para 5L de água);
5. Secar com pano seco;
6. Lavar as mãos.

NOTA:

1. No final de cada limpeza, deve lavar com detergente e água o seguinte material:
   Esfregona, Baldes, Panos;
2. Secar todo o material usado e voltar os baldes para baixo;
3. Retirar as luvas de borracha;
4. Lavar as mãos

VII - NORMA DE ACTUAÇÃO PARA A MANIPULAÇÃO E ACONDICIONAMENTO DA ROUPA LIMPA

MATERIAL:

Roupa limpa

PROCEDIMENTO:

1. Lavar as mãos antes de tocar na roupa limpa;
2. Transportar a roupa em carro próprio, devidamente acondicionada e coberta;
3. Guardar a roupa no serviço em armário próprio, devidamente separada
4. Manter o armário sem humidade, e limpo frequentemente.
5. Proceder à limpeza e desinfecção do carro, segundo protocolo de actuação.

VIII - NORMA DE ACTUAÇÃO DE HIGIENIZAÇÃO DA BACIA DE HIGIENE DO DOENTE

MATERIAL:

Luvas de uso doméstico e avental descartável

Detergente doméstico diluído em água quente;

Lixívia 50cc para 5 litros de água;

Pano limpo e seco.

PROCEDIMENTO:

1. Colocar o avental e calçar as luvas;
2. Lavar as bacias com água quente e detergente;
3. Mergulhá-las num recipiente próprio com água e lixívia 0.1% (100ml para 5 litros de água) durante 30 minutos;
4. Retirá-las do recipiente e passar por água;
5. Retirar as luvas e lavar as mãos;
6. Secar as bacias com pano limpo e seco;
7. Colocar as bacias em sacos individualizados, transparentes, próprias para o efeito;
8. Escrever com marcador: **Desinfectada;**
9. Guardar no armário do material de higiene e conforto.

Nota: Sempre que considerado necessário as bacias serão esterilizadas.

X - NORMA DE ACTUAÇÃO DE LIMPEZA DIÁRIA DO CHÃO DA UNIDADE DO DOENTE

MATERIAL:

Baldes (2);
Panos (2);
Esfregona;
Luvas de borracha e avental descartável;
Detergente doméstico
Lixívia a 1%

PROCEDIMENTO:

1. Iniciar sempre a limpeza da zona mais limpa para a mais suja;
2. Usar a técnica do duplo balde;
3. Lavar o chão com a diluição do detergente/água quente;
4. Secar com pano torcido;
5. Lavar com a diluição de lixívia e água;
6. Secar com pano muito torcido.

Nota:

Lavar todo o material que utilizar;
Secar todo o material que utilizar;
Voltar os baldes para baixo;
Estender panos para secar
Retirar as luvas;
Lavar as mãos.

CUIDADOS COM O MANUSEIO DAS LUVAS:

1. Lavar as luvas com água e detergente após a sua utilização;
2. Secar bem as luvas;
3. Colocar as luvas penduradas em lugar seco;
4. Guardar as luvas;
5. Lavar as mãos.

XI - NORMA DE ACTUAÇÃO DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DA UNIDADE AQUANDO DA ALTA/TRANSFERÊNCIA/ÓBITO DO DOENTE

MATERIAL:

Baldes (2);
Lençol lavado (2);
Detergente doméstico
Lixívia 0,1% - 100m1 diluída em 5L de água;
Luvas uso domésticas e avental descartável;
Carro de apoio (1);
Carro de roupa suja;
Sistema de dois baldes – um com água quente e detergente;
Dois panos para limpar paredes/chão;
Rodo;
Escada dois degraus;
Papel Absorvente.

PROCEDIMENTO:

1. Disponibilizar uma área para colocar o material apoio;
2. Preparar o material – balde com detergente;
3. Calçar luvas e colocar avental;
4. Retirar roupa da cama e fronhas das almofadas – colocar no carro de roupa suja;
5. Rejeitar todo o material/solutos do doente não reaproveitáveis;
6. Retirar suportes de sacos colectores e de receptais, colocar num balde;
7. Limpar com pano humedecido em água morna e detergente com a seguinte sequência:
    1. Parede até 2 metros, janela, vidros e porta
    2. Calha, manómetros dos gases, suporte de soros da cama,
    3. Mesa-de-cabeceira, cadeira;
8. Limpar as almofadas, uma a uma, (colocá-la sobre a cadeira);

9. Limpar o colchão da cama:
    1. Limpar a parte que está por cima,
    2. Voltar o colchão e limpar a outra face;
10. Colocar o colchão no carro de apoio;
11. Limpar a cama (o pano deve estar húmido mas sem excesso de líquido);
12. Transportar para a sala de sujos o balde e os panos utilizados na limpeza de todo equipamento/material descrito, carro da roupa suja e balde com material para lavar;
13. Preparar solução desinfectante;
14. Desinfectar todo o material/equipamento da unidade previamente limpo e secar com papel absorvente;
15. Lavar os baldes e panos:

    Retirar os panos do balde,

    Despejar a água do balde no cifão,

    Enxaguar os panos e o balde com água quente,

    Passar por água corrente,

    Colocar a secar (colocar balde em posição invertida);
16. Afastar a cama/cadeira para uma área disponível;
17. Limpar o chão utilizando a técnica de dois baldes;
18. Limpar com água e detergente e depois só com água;
19. Deixar o chão secar;
20. Lavar baldes e esfregona;
21. Limpar carro de apoio utilizado;
22. Retirar as luvas/avental;
23. Lavar as mãos;
24. Colocar cama/cadeira/mesa de refeições e de cabeceira no local apropriado da unidade;
25. Preparar unidade (ver norma Preparação da Unidade Após a Alta).

XII - NORMA DE ACTUAÇÃO DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DO CARRO DE PENSOS

EQUIPAMENTO:

Carro de Pensos

MATERIAL:

Luvas de Látex (2);
Balde (1);
Panos (2);
Detergente;
Lixívia diluída a 1%

PROCEDIMENTO:

1. Retirar todo o material existente no carro;
2. Lavar a estrutura metálica com água quente e detergente,
3. Secar o carro com pano seco;
4. Desinfectar a estrutura metálica com água e lixívia a 1 %
5. Rejeitar luvas e lavar mãos;
6. Trocar de luvas;
7. Lavar caixas de campos de pensos/compressas/ligaduras;
8. Lavar todos os frascos de solutos existentes no carro, tendo sempre o cuidado de os arrolhar com as tampas;
9. Verificar bisnagas e frascos, caso estejam vazios rejeitar no contentor do lixo respectivo;
10. Colocar novamente no lugar tudo o que foi retirado.

Nota: É da responsabilidade da Enfermeira repor o carro.

XIII - PROCEDIMENTOS DE PROTECÇÃO, LIMPEZA E DESINFECÇÃO A APLICAR NA UNIDADE DE ISOLAMENTO

MEDIDAS DE PROTECÇÃO DOS PROFISSIONAIS:

- **Luvas** - devem calçar-se à entrada do quarto e retiradas antes de sair do quarto; devem ser trocadas após contacto com material infectado ou fluidos orgânicos;
- **Bata e / ou avental** - deverão ser colocados sempre que é previsível um contacto directo com o doente ou com superfícies com objectos do quarto potencialmente contaminados, devem ser retirados antes de sair do quarto;
- Usar máscara nas aspirações de secreções ou noutro procedimento que produza aerossóis, se o doente estiver infectado ou colonizado nas vias respiratórias;
- Lavar as mãos com clorohexidina no lavatório da unidade.

MEDIDAS DE PROTECÇÃO DAS VISITAS:

- Explicar às visitas procedimento e motivo;
- Lavagem das mãos com Sterilium;
- Acompanhar as visitas até à unidade;
- À entrada da unidade calçar luvas e vestir bata (se possível descartável);
- Quando terminar a visita, retirar bata e luvas e colocar no contentor de resíduos da unidade;
- Lavar as mãos com Sterilium;
- Repetir procedimento para restantes visita

DESCONTAMINAÇÃO / DESINFECÇÃO DO MATERIAL:

- Individualizar panos e baldes de limpeza (só podem ser utilizados para o material da unidade de isolamento);
- Limpar com água e detergente;
- Desinfectar com Presept a 0.1% - 5 gr em 2,5 litros de água.

LIMPEZA / DESINFECÇÃO DO MATERIAL:

- Individualizar panos e baldes de limpeza (só podem ser utilizados para o material da unidade de isolamento);
- Limpar mobiliário e chão com água quente e detergente;
- Desinfectar com hipoclorito de sódio a 0,1% - 100 ml de lixívia em 5 l de água;
- Efectuar procedimento duas vezes por dia (M e T)

LIMPEZA / DESINFECÇÃO DA UNIDADE NA ALTA DO CLIENTE (MOBILIÁRIO, CORTINADOS, CALHAS E CHÃO):

- Individualizar panos e baldes de limpeza (só podem ser utilizados para o material da unidade em isolamento);
- Rejeitar todo o material de apoio existente na unidade (tabuleiro com compressas, adesivos, sondas de aspiração...);
- Limpar com água e detergente, desinfectar com hipoclorito de sódio a 0,2% - 200 ml de lixívia em 5 l de água, os frascos de iodopovidona solução alcoólica e Sterilium;
- Substituir a bomba doseadora do frasco de Sterilium e colocar a bomba retirada a desinfectar com Presept a 0,1% (5 gr em 2,5 l de água);
- Limpar todas as superfícies com água quente e detergente;
- Desinfectar todas as superfícies com hipoclorito de sódio a 0,2% - 200 ml de lixívia em 5 l de água;
- Rejeitar todos os panos de limpeza;
- Desinfectar o balde com hipoclorito de sódio a 0,2% - 200ml de lixívia em 5 l de água.

NOTA: Todos os resíduos produzidos dentro da unidade, incluindo restos alimentares, devem ser considerados do grupo III (saco branco), excepto os pertencentes ao grupo IV (contentor amarelo). Toda a loiça das refeições utilizada pelo doente é descartável.

PROCEDIMENTOS E INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS ÀS BOAS PRATICAS NO SERVIÇO DE LAVANDARIA

Manual da Lavandaria
Adaptado de: **Normas de Qualidade e Procedimentos em Unidades de Internamento**
Grupo Misericórdias Saúde
Comissão de Cuidados Continuados

PROCESSAMENTO DAS ROUPAS HOSPITALARES

ÍNDICE

INTRODUÇÃO

1.CONTAMINAÇÃO DA ROUPA

2.RISCO DE INFECÇÕES ATRAVÉS DAS ROUPAS

3.ESTERILIZAÇÃO

4.ÁREA FÍSICA DE UMA LAVANDARIA

5.EQUIPAMENTOS E ÁGUA

6. ETAPAS DO PROCESSAMENTO DAS ROUPAS HOSPITALARES:

- 6.1. Selecção, acondicionamento, recolha e transporte da roupa suja
- 6.2. Recepção e lavagem da roupa suja na lavandaria
- 6.3. Secagem e calandragem da roupa limpa
- 6.4. Separação e transporte da roupa limpa
- 6.5. Armazenamento e controle de stocks da roupa limpa

INTRODUÇÃO

As roupas hospitalares representam todo e qualquer material de tecido utilizado dentro de hospitais e que necessitam de passar por um processo de lavagem e secagem para sua reutilização. Roupas hospitalares, por exemplo, incluem lençóis, fronhas, cobertores, toalhas, colchas, roupas de doentes e roupas de funcionários, campos cirúrgicos, batas cirúrgicas, aventais, panos de limpeza, entre outros. Através desses exemplos pode-se perceber a grande variedade, origem, diferentes utilizações, sujidades e contaminação das roupas utilizadas dentro de hospitais. As roupas hospitalares diferem daquelas utilizadas noutros tipos de instituições ou residências porque alguns itens apresentam-se contaminados com sangue, secreções ou excreções de doentes em maior quantidade de contaminação e volume de roupa, mas não diferentemente das sujidades encontradas nas roupas da comunidade em geral.

O processamento das roupas hospitalares abrange todas as etapas pelas quais as roupas passam, desde sua utilização até seu retomo em ideais condições de reutilização. Estas etapas são geralmente classificadas em:

- Selecção, acondicionamento, recolha e transporte da roupa suja utilizada nos diferentes sectores do hospital;
- Recepção e lavagem da roupa suja na lavandaria;
- Secagem e calandragem da roupa limpa;
- Separação e transporte da roupa limpa da lavandaria para os diversos sectores do hospital;
- Armazenamento e controle de stocks da roupa limpa nos sectores do hospital. Também podem estar incluídas neste processo a confecção e o reparo das roupas.

A lavandaria hospitalar tem o objectivo de transformar toda a roupa suja ou contaminada utilizada no hospital em roupa limpa. Este processo é extremamente importante para o bom funcionamento do hospital em relação a assistência directa ou indirecta prestada ao doente. O processamento de roupas dentro dos hospitais deve ser dirigido de forma que a roupa não represente um veículo de infecção, contaminação ou mesmo irritação aos doentes e trabalhadores.

1. CONTAMINAÇÃO DA ROUPA UTILIZADA DENTRO DE HOSPITAIS

A contaminação da roupa hospitalar depende basicamente da quantidade da sujidade e da proveniência desta sujidade. Roupas sujas de fezes, secreções purulentas, urina, sangue, secreções vaginais, uretrais, gástricas e outras secreções e excreções corporais apresentarão muito maior quantidade de microrganismos do que roupas com sujidade não proveniente de doentes, como

alimentos, líquidos diversos, poeira, etc. Quanto maior a quantidade da sujidade, também obviamente maior será a quantidade de microrganismos presentes na roupa suja.
Mesmo que o processo de lavagem, centrifugação, secagem e calandragem da roupa sejam os mais adequados possíveis, o resultado final não representa eliminação total de microrganismos, já que não significa um processo de esterilização.
A meta principal a ser atingida após o processamento da roupa deve ser a redução das contagens microbianas para níveis aceitáveis, ou seja, livre de agentes patogénicos em quantidade e qualidade suficientes para transmitir doenças.
As contagens de microrganismos na roupa limpa aumentam, entretanto, com o passar dos dias, dependendo das condições de transporte e armazenamento. Verifica-se que a análise da roupa limpa colocada sobre camas apresenta aumento de contaminação após 2 a 10 dias sem uso, principalmente as roupas mais expostas.

2. RISCO DE AQUISIÇÃO DE INFECÇÕES HOSPITALARES ATRAVÉS DAS ROUPAS

A roupa suja pode ser identificada como fonte de um largo número de certos microrganismos patogénicos, havendo risco de transmissão de doenças para os trabalhadores do hospital e para os doentes que mantém contacto directo com a roupa por provável contaminação cruzada.
Parece claro que a adopção de rotinas adequadas quanto à recolha, transporte e processamento da roupa suja, distribuição e armazenamento da roupa limpa, além da protecção adequada dos funcionários que manuseiam com roupa suja, deveria prevenir qualquer potencial de infecção cruzada.
O eficiente processamento das roupas hospitalares depende basicamente de uma boa operacionalização do serviço, de adequada área física e equipamentos, administração competente e experiência do pessoal. A operacionalidade da lavandaria abrange todo o circuito da roupa, desde sua utilização nas diversas unidades do hospital, separação e acondicionamento da roupa suja nestas unidades, recolha e transporte, até sua redistribuição e armazenamento após o devido processamento.

3. ESTERILIZAÇÃO DAS ROUPAS HOSPITALARES

O processamento normal da roupa não resulta em eliminação total dos microrganismos, especialmente nas formas esporuladas. Para isto, seria necessário um processo de esterilização, preferencialmente através de autoclavação a vapor e pressão.

Quando existe possibilidade da roupa entrar em contacto com pele não íntegra, áreas cruentas, mucosas e tecidos expostos, necessariamente deve ser prevista sua esterilização. Isto aplica-se para procedimentos cirúrgicos, procedimentos invasivos, em queimaduras e outras situações em que ocorra a quebra da barreira de protecção da pele.

4. ÁREA FÍSICA DE UMA LAVANDARIA HOSPITALAR

O processamento da roupa num ambiente único dentro de lavandarias hospitalares pode propiciar a recontaminação constante da roupa limpa. Um grande número de microrganismos é lançado para o ar durante o processo de separação da roupa suja, contaminando todo o ambiente circundante. As áreas de selecção de roupa suja e de centrifugação apresentam maior contaminação do ar, comparadas com as demais áreas.

Para tanto, é indispensável na área física a existência de uma barreira de contaminação, separando a área suja da lavandaria (separação e lavagem da roupa) da área limpa (acabamento e guarda da roupa).

Essa barreira de contaminação só será realmente eficiente se existirem máquinas de lavar roupa com duas portas de acesso, uma para cada área (suja e limpa).

Assim, a recepção de roupa suja contaminada é realizada na área de sujos com entrada directa para a máquina asséptica, local totalmente isolado da zona de saída da roupa limpa da máquina de lavagem asséptica.

A precaução fundamental é evitar que a roupa suja cruze ou entre em contacto com a limpa.

5. EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS PARA O BOM FUNCIONAMENTO DE UMA LAVANDARIA HOSPITALAR

Os equipamentos necessários para o bom funcionamento de uma lavandaria são:

- Maquinas de lavar roupa com programa de desinfecção térmica,
- Máquina de lavar roupa asséptica,
- Centrífugas, Calandras, Secadoras,
- Ferro de engomar, do tipo industrial, com produção de vapor,
- Prensas, tábua de engomar do tipo industrial
- Máquinas de costura.

Não menos importantes são a rede de esgoto viável, energia eléctrica suficiente, iluminação, ventilação e exaustão adequada.

Todas as janelas da lavandaria devem ser providas de tela, para evitar entrada de insectos.

A qualidade da água utilizada em lavandarias é muito importante para o processo da lavagem. A análise e tratamento da água são indispensáveis, a mesma não devendo conter sais de cálcio e magnésio, ferro, ou matéria orgânica.

6. ETAPAS DO PROCESSAMENTO DAS ROUPAS HOSPITALARES:

6.1. Selecção, acondicionamento, recolha e transporte da roupa suja:

A selecção dos diferentes tipos de roupa suja, para escolha do método de lavagem adequado, não deve ser feita na lavandaria, mas no momento do seu acondicionamento nas unidades ou enfermarias.

Os sacos de transporte já devem conter identificação quanto ao tipo de roupa que contém: roupa de sujidade pesada, muito contaminada, ou roupa de sujidade leve, pouco contaminada.

Várias publicações tem recomendado e demonstrado que não é necessário separar a roupa proveniente de doentes em precauções e isolamentos, ou seja, doentes sabidamente infectados, já que o potencial de contaminação é o mesmo para qualquer roupa que contenha muita sujidade com matéria orgânica (sangue, urina, fezes, secreções e excreções corporais) de qualquer doente.

Portanto, deve ser considerada contaminada, ou de sujidade pesada, toda e qualquer roupa que apresentar sujidade aparente de sangue, fluidos, urina, fezes, etc... A roupa que não apresentar este tipo de sujidade aparente pode ser considerada não contaminada ou de sujidade leve.

Uma boa forma de caracterização da roupa consiste em identificar os sacos com cores diferentes para cada tipo de roupa e devidamente etiquetados no serviço.

O transporte da roupa usada no hospital é um problema muito sério. Trata-se de material contaminado que pode disseminar infecções e trata-se de volume e peso considerável a ser transportado diariamente com intensa manipulação dentro das diversas áreas do hospital e dentro da própria lavandaria.

Quanto às rotinas de recolha e transporte da roupa hospitalar, recomenda-se:

- A roupa suja deve ser manuseada e sacudida o menos possível, devendo ser transportada ao serviço de lavandaria em sacos resistentes e bem vedados.
- As roupas sujas devem ser colocadas nas unidades e enfermarias em sacos específicos e alojadas (o menos tempo possível) em sala específica para materiais sujos.
- Roupas com sujidade pesada, ou seja, muito sujas com matéria orgânica devem ser acondicionadas em sacos plásticos muito resistentes, para evitar extravasamento e risco de contaminação ambiental.
- Os sacos contendo roupa suja devem ser recolhidas pelo pessoal da lavandaria, no mínimo 3

vezes ao dia, para evitar a sua acumulação nas unidades.

- O transporte da roupa suja deve ser feito em carros grandes com rodas, dentro dos sectores do hospital.
- Os carros de transporte de roupa suja devem ser devidamente identificados para diferenciá-los dos carros usados para o transporte de roupa limpa, a fim de se evitar uma troca acidental.
- Todos locais e carros utilizados para o recolhimento e transporte da roupa devem ser diariamente lavados com água e sabão.
- Preferencialmente, o fluxo de transporte da roupa suja não deve coincidir com o fluxo da roupa limpa.

6.2. Recepção e lavagem da roupa suja na lavandaria

Na área de separação, a roupa suja é separada para ser colocada na respectiva máquina de lavar.

O manuseio da roupa suja deve ser o mínimo possível, apenas o necessário para perfeita colocação das roupas na máquina e para identificação de objectos estranhos colocados erroneamente nos sacos de roupa. Seria recomendável o uso de detector de metais, para evitar o manuseio excessivo. As roupas não deveriam ser contadas, também para evitar mais manuseio.

Os funcionários responsáveis pela recepção, separação e selecção da roupa suja devem usar vestuário especial que os proteja do contacto com a roupa suja, ou seja, avental impermeável, luvas de borracha, gorro, botas de borracha, eventualmente máscaras e óculos de protecção.

Apesar de que as maiores evidências relacionam os riscos de transmissão de infecções para os funcionários através do contacto da pele com as roupas contaminadas, as outras formas de transmissão não podem ser negligenciadas, como a transmissão pelo ar ou pelo lançamento de secreções em mucosas (olhos, boca, etc.), daí a importância de máscaras e óculos de protecção. E importante também lembrar o risco de transmissão de infecções em cabelos e pelos, causadas por parasitas, como por exemplo pediculose, escabioses e conjuntivites, muito provavelmente causadas pela falha na adequada protecção. A frequente lavagem de mãos pelo pessoal que manuseia com roupa suja também é essencial para a prevenção das infecções.

Os acidentes corto-perfurantes representam um sério risco de aquisição de infecções transmitidas pelo sangue e outros fluidos corporais (vírus HIV, hepatites e outros) para os funcionários que manuseiam com a roupa suja, nas quais podem ter sido inadvertidamente desprezadas agulhas ou outros materiais cortantes contaminados. Medidas de precauções universais são amplamente recomendadas para a diminuição destes riscos.

Os sacos de transporte contendo roupa suja devem possuir identificação da unidade de procedência. No caso de serem encontrados objectos estranhos dentro dos sacos, as unidades devem ser

informadas/notificadas, como medida educacional, no sentido de evitar que estas falhas se repitam, colocando em risco a saúde ocupacional dos funcionários da lavandaria, além de danificar roupas e máquinas.

CLASSIFICAÇÃO DAS SUJIDADES

É importante classificar as sujidades para se adoptar o método correcto de eliminá-las. De forma geral as sujidades classificam-se em:

- Sujidades solúveis na água (açúcares, sais, sucos de frutas, corantes, etc...): sua eliminação efectua-se basicamente por enxaguamento.
- Sujidades saponificáveis (matérias gordurosas): a acção do calor, combinada com a dos álcalis e a agitação mecânica, amolece as gorduras, saponifica-as e remove-as.
- Sujidades emulsionáveis (óleos minerais): a sua estrutura química só permite sua eliminação através da emulsificação, por acção dos tensoativos.
- Sujidades eliminadas por via fisica (areia, fuligem, poeira,...): a sua eliminação ocorre pela acção mecânica combinada com o poder umectante de um produto tenso activo (substância que retêm água, e neutraliza a electroestaticidade)
- Sujidades eliminadas por descoloração (chá, café, vinho, medicamentos,...): não são removíveis pois tingem a fibra. E necessário, então, destruir a cor através de agentes de branqueamento.
- Sujidades ou matérias albuminóides (albumina, sangue, plasma,...): coagulam e dissolvem-se através do calor e soluções alcalinas.

6.3. Processo de lavagem da roupa suja

A lavagem é o processo que consiste na eliminação da sujidade fixada na roupa, deixando-a com aspecto e cheiro agradáveis, confortável para o uso e com níveis microbiológicos reduzidos aos limites aceitáveis.

Existem vários processos de lavagem de roupa, daí a necessidade da classificação da mesma, que é feita dependendo do grau de sujidade, do tipo de tecido e do tipo de equipamento. O processo de lavagem mecânica da roupa associado ao uso de água quente e detergente efectivos é essencial para remover a contaminação bacteriana da roupa.

Cada fase dentro das máquinas de lavagem da roupa deve seguir padrões de temperatura e tempo bem definidos. As temperaturas mais elevadas ocorrem na fase de lavagem, devendo a água permanecer em temperaturas mais baixas durante as demais fases, para não danificar excessivamente a roupa.

Basicamente, deve-se distinguir os processos de lavagem em ciclos para lavagem de roupa com sujidade leve ou sujidade pesada, dependendo da quantidade de sujidade aparente na roupa. Toda roupa com mais de três pontos de sujidade visível de sangue, fezes, urina, secreções e outros fluidos já pode ser considerada roupa de sujidade pesada.

- **Ciclo para lavagem de roupa com sujidade leve, roupa branca.**
  Máquinas de lavar Mod. WR-EC 8 e 18
  Programa 2 (PL= 30° + L= 60°C) definido pelo fabricante:
  Consiste num programa energético a temperatura média / alta
  - Pré - lavagem a baixo nível, detergente (1) aquecimento da água até 30°C Centrifugação curta
  - Lavagem a baixo nível, detergente (2), aquecimento da água até 60°C, Branqueamento e desinfecção
  - Arrefecimento até aos 40°C e escoamento
  - 3 a 5 centrifugações alto nível
  - Centrifugações intermédias curtas
  - compartimento para produto amaciador
  - Centrifugação final alto nível,
  - 5 minutos de centrifugação final

- **Ciclo para lavagem de roupa com sujidade leve, roupa de cor.**
  Máquinas de lavar Mod. WR-EC 8 e 18
  Programa 4 (PL= NA + L= 30°C) definido pelo fabricante:
  Consiste num programa delicado a temperatura baixa.
  - Lavagem a baixo nível, detergente (2), aquecimento da água até 30°C, Desinfecção
  - Arrefecimento e escoamento 3 a 5 centrifugações alto nível Centrifugações intermédias curtas Compartimento para produto amaciador
  - Centrifugação final alto nível, Centrifugação final curta

- **Ciclo para lavagem de roupa com sujidade pesada e contaminada em máquina de lavar asséptica Mod. 20001 CS 2000**
  Programa 2 (PL= 30° + L= 60°C) definido pelo fabricante:
  Consiste num programa energético a temperatura média / alta

- Imersão
- Pré – lavagem a baixo nível, detergente (1) aquecimento da água até 30°C
- Centrifugação curta
- 1'Lavagem a baixo nível, compartimento de detergente (2)
- 2' Lavagem, compartimento de detergente (1) e (2), aquecimento da água até 60°C, Branqueamento e desinfecção
- Arrefecimento até aos 40°C e escoamento
- Três lavagens a baixo nível, Lavagem final
- Amaciamento
- 3 a 5 centrifugações alto nível Centrifugações intermédias curtas Centrifugação final alto nível.

Os produtos químicos utilizados:

- Na fase de pré-lavagem (detergente 1)– produto alcalino sequestrante (Clax Build - 1 BL2)
- Na lavagem são um detergente tensioactivo (detergente 2) (Clax 100 OB – 2 ALI).
- Durante o branqueamento é utilizado principalmente um branqueador clorado (Clax Hypo – 4 AL 1) embora também se utilizem outros produtos que contém cloro, como hipoclorito de sódio ou perbonato de sódio. Para a optimização desta fase utiliza-se também um branqueador oxigenado (Clax Personil – 4 KL 1). Esta fase colabora para o branqueamento da roupa e fundamentalmente para a redução da sua contaminação microbiana.
- Na última fase, de amaciamento, adicionam-se produtos a base de glicerina para produzir o amolecimento ou elasticidade das fibras, tomando o tecido suave e macio. Utiliza-se um produto baseada em catónicos biodegradáveis, sais quaternários de amónio (Clax Soft – 5DL1) que carregados positivamente absorvem as cargas negativas.

6.4. Etapas do processamento da roupa após a lavagem: Secagem, calandragem e transporte da roupa limpa

Após a operação de lavagem a roupa passa por processos de centrifugação, calandragem e secagem. Todos estes processos são efectuados na área limpa da lavandaria. E fundamental que os funcionários desta área não entrem em contacto com os outros que estão a trabalhar na área suja. Os funcionários da área limpa devem usar vestuário específico para esta área. Também não devem existir correntes de ar entre as áreas suja e limpa.

A centrifugação representa um ponto de recontaminação da roupa, devido ao facto de que a centrífuga aspira centenas de metros cúbicos de ar ambiente, o qual estando contaminado necessariamente aumentará o número de microrganismos na roupa. O seguinte quadro, extraído

dos estudos de Church e Loosli, demonstra claramente a centrifugação como ponto de recontaminação:

Etapas - Microorganismos por cm2 de tecido

- antes da lavagem 2.000
- após a lavagem 10
- após a centrifugação 2.300
- após a calandragem 30

Na fase de secagem, a temperatura da máquina varia de 20 a 150°C.
Os filtros da máquina secadora devem ser limpos a cada processo de secagem, pois a acumulação de penugem e poeira nestes filtros poderia recontaminar a roupa ou espalhar-se para o ambiente.
A fase de calandragem é extremamente necessária no processo de descontaminação da roupa. A temperatura da calandra deve chegar a 160°C.
As roupas que não podem ir para a calandra, devem ser passadas pelo método de ferro eléctrica, para que recebam mais um processo de descontaminação.

6.5. Separação, transporte e armazenamento da roupa limpa:
Controle de stocks da roupa limpa.

A roupa limpa deve ser transportada de fauna a evitar a recontaminação, através de carro vedado, não permitindo entrada de poeira durante o transporte. Não deve ser utilizado o mesmo carro de transporte da roupa suja.

Durante o armazenamento, deve-se evitar a recontaminação da roupa limpa, isolando-a dos locais da roupa suja. O local para stocks da roupa limpa deve estar protegido de intensa circulação de ar, em salas limpas, fechadas. Os armários para stocks da roupa limpa devem ser fechados, não permitindo entrada de poeira e insectos.
Quanto maior o período de armazenamento, maior a probabilidade de recontaminação da roupa. As roupas limpas podem sofrer diferentes níveis de recontaminação a partir de dois dias. O período de armazenamento, é então estabelecido em 24 a 48 horas.
O stock da maior parte da roupa limpa deve ser centralizado na lavandaria. As unidades ou enfermarias devem possuir um stock de roupa para mais ou menos 24 a 48 horas.
A distribuição da roupa limpa deve, portanto, ser feita 1 vez ao dia para o stock principal e, se necessário, outras vezes para complementação.

AUXILIARES DE ACÇÃO MÉDICA

LIMPEZAS GERAIS DO SERVIÇO DE MEDICINA/UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS			
SEMANAL	QUINZENAL	MENSAL	TRIMESTRAL
A. Sala de Medicação: • Paredes • Janela/ vidro • Mobiliário • Frigorífico • Chão B. Sala de sujos: • Paredes • Mobiliário • Equipamentos • Balcão • Chão C. Vidros internos da Unidade de D. Casa de Banho (funcionários): • Paredes • Lavabos • Polibans • Sanitas E. Sala de Tratamentos: • Paredes • Mobiliário • Frigorífico • Chão	F. Chão da Unidade e Corredor. G. Arrecadação: • Caixas • Mobiliário • Chão H. Cortinas da Unidade do doente	I. Rouparia: • Mobiliário • Inspeccionar roupa • Chão J. Copa: • Paredes • Mobiliário • Frigorífico • Caixote de Lixo • Chão L. Paredes da Unidade, M. Romanetes	N. Sala de Reuniões: • Mobiliário • Chão O. Gabinete Médico: • Janela/vidro • Mobiliário • Chão P. Gabinete do Director Clínico: • Janelas/ vidros • Mobiliário • Chão Q. Gabinete da Nutricionista R. Secretaria S. Vestiários: • Parte posterior dos armários • Paredes • Chão

NORMAS DE LIMPEZA

GUIA DE ORIENTAÇÃO

Adaptado de: Normas de Qualidade e Procedimentos em Unidades de Internamento
Grupo Misericórdias Saúde – Comissão Cuidados Continuados

SUMÁRIO

1. HIGIENE DO AMBIENTE

1.1. CONCEITOS

2. PRINCÍPIOS GERAIS DA LIMPEZA

3. LIMPEZA DOS PAVIMENTOS/ SUPERFICIES ÁREAS COMUNS E ENFERMARIAS

3.1. PRINCÍPIOS BÁSICOS

3.2. PROCEDIMENTOS DE LIMPEZA

3.3. FREQUÊNCIA DA LIMPEZA

3.3.1. Salas de Internamento

3.3.2. Salas de consulta

3.3.3. Áreas de acesso

3.3.4. Bloco Operatório

3.3.4.1. Procedimentos e frequência da Limpeza

4. DESCONTAMINAÇÃO DE EQUIPAMENTOS E MATERIAIS

1 . HIGIENE DO AMBIENTE

A lavagem remove a maior parte, cerca de 80% dos microrganismos pelo que, **tratando-se** de **superfícies** e **objectos** que não **estão** em **contacto** directo com o doente, a utilização de um detergente é suficiente. Assim para a limpeza geral será suficiente a utilização de água e detergente. Sempre que haja derramamento de matéria orgânica, esta deverá ser removida após 10 minutos com uma solução de desinfectante (hipoclorito de sódio a1%) antes de proceder à lavagem.

1.1. CONCEITOS

Limpar

- Remoção da sujidade através da acção mecânica.
- Agente: detergente.
- Eficácia: + de 80% de remoção de microrganismos.

Desinfectar

- Destruição da maior parte ou totalidade dos microrganismos patogénicos.
- Agente: desinfectante.
- Eficácia: remoção de 90% a 99% de microrganismos.

Descontaminar

- Redução da quantidade de microrganismos no ambiente/ equipamento logo após a sua utilização de forma que o pessoal que manipula esse material não corra risco de contaminação.

2. PRINCÍPIOS GERAIS DA LIMPEZA

- Todos os meios que levantem pó devem ser excluídos.
- A limpeza em todas as áreas deve ser feita com pano húmido.
- A limpeza deve ser feita com luvas de uso doméstico, que no fim do trabalho e antes de serem removidas, devem ser lavadas com água e sabão. Penduradas para que na próxima utilização estejam secas. Em seguida lavar as mãos.
- A limpeza deve ser feita no sentido das zonas mais limpas para as mais sujas. Iniciar pelas paredes, em seguida o mobiliário e por fim o chão.
- Nunca deve ser usada água simples, juntar detergente.
- Utilizar carros, para transporte do material de limpeza.
- Nunca se deve misturar em caso algum lixívia e detergente, pois a acção do detergente neutraliza a acção do desinfectante e provoca danos irreversíveis em algumas instalações do hospital.

3. LIMPEZA DOS PAVIMENTOS/SUPERFÍCIES DE ÁREAS COMUNS E ENFERMARIAS

Todo o pavimento, incluindo as enfermarias com muito movimento é rapidamente recontaminado, depois de limpo. Estudos feitos recentemente concluíram que a desinfecção química de rotina é de pouco valor. No entanto, recomenda-se a limpeza e secagem completa de todas as superfícies, não só como forma de apresentação aos utilizadores um ambiente limpo e apresentável, mas também para minimizar qualquer associação da infecção.

3.1. PRINCÍPIOS BÁSICOS

1° A desinfecção não pode em caso algum substituir a limpeza;
2° A limpeza precede sempre à desinfecção;
3°Os pavimentos a tratar devem estar libertos de matéria orgânica, pois, a maioria dos desinfectantes são inactivados na presença desta;
4°O desinfectante a utilizar deve ser adequado a cada situação, dependendo dos seguintes factores:

- Tipo de material a ser tratado;
- Microrganismos envolvidos;
- Tempo disponível para descontaminação;
- Risco para o doente e para o utilizador.

3.2. PROCEDIMENTOS DE LIMPEZA

a) Lavar diariamente, com sistema de dois baldes: um com detergente diluído e outro com água quente.
b) A esfregona só deve ser introduzida no balde com detergente depois de ter sido passada por água limpa (técnica do duplo balde)
c) A água deve ser substituída com frequência.
d) O detergente e a água quente devem ser sempre mudados no fim da lavagem de cada divisão e sempre que necessário.

Nota:

Sempre que haja derramamento de matéria orgânica, esta deverá ser removida após 10 minutos com uma solução de desinfectante (hipoclorito de sódio a1%) antes de proceder à lavagem.

3.3. FREQUÊNCIA DA LIMPEZA

3.3.1. SALAS DE INTERNAMENTO

Pavimentos:	Diário - 1 vez por dia e SOS.
Camas:	Diário - 1 vez por dia e SOS.
Mobiliário:	Diário - 1 vez por dia - incluindo mesas, cadeiras, telefones, etc.
Paredes:	Mensalmente até 2m de altura; Trimestral a partir de 2m de altura.
Janelas e Vidros externos:	Mensalmente
Vidros internos:	Semanalmente
Tectos:	Trimestralmente
WC:	1 vez por dia e SOS.

A limpeza do WC deve começar pela seguinte ordem:

- Paredes
- Lavabos
- Base de chuveiro
- Sanitas

NOTA: na alta, a unidade do doente deve ser imediatamente limpa após ter ficado livre.

3.3.2.- Salas de Consultas, Salas de Exames de Meios de Diagnóstico, Salas de Fisiatria, Laboratórios

Pavimentos: 1 vez por dia e SOS;
Mobiliário: 1 vez por dia;
WC: 1 vez por dia e SOS;
Paredes: Trimestralmente / SOS;
Janelas: Trimestralmente;
Vidros: Mensalmente;
Tectos: Trimestralmente;

3.3.3- Áreas de Acesso: Corredores, Escadarias e Elevadores

Pavimentos: 1 vez por dia e SOS
Paredes: Mensalmente até 2m de altura e trimestralmente a partir de 2m de altura
Janelas: Mensal
Vidros: Semanal
Tectos: Semestral

3. 3. 4 - Bloco Operatório

No pavimento das salas de operações durante cada intervenção ocorre facilmente derramamento de matéria orgânica. E de extrema importância o cumprimento da norma para derramamentos de matéria orgânica.

3. 3. 4. 1 - Procedimentos e frequência da limpeza

Chão: Deve ser limpo, após cada intervenção, com água quente e detergente. Não é necessário o uso de desinfectantes a não ser para remoção de produtos contaminantes.
Periodicamente o chão deverá ser lavado só com água para remover o detergente ou desinfectante, de forma a manter as propriedades anti-estáticas.

Paredes: Mensalmente até 2m de altura - lavar com água quente e detergente. Na totalidade paredes e tectos, lavar trimestralmente com água quente e detergente.

Mobiliário: Diariamente com água e detergente.

4. DESCONTAMINAÇAO DE EQUIPAMENTOS MATERIAIS

EQUIPAMENTO/ MATERIAL	TRATAMENTO RECOMENDADO	TRATAMENTO ALTERNATIVO	OBSERVACÕES
ALMOFADAS E COLCHÕES	Substituir o forro impermeável do colchão sempre que o doente tem alta. Enviar à lavandaria.	Lavar com água quente e detergente. Desinfectar com lixívia a 0,1%. Deixar secar.	Devem ter cobertura impermeável. Os colchões ou almofadas molhadas devem ser imediatamente substituídos. Proceder sempre à lavagem
ALMOFADAS DE GEL E COLCHÕES ANTI-ESCARA / MOTOR	Passar pano humedecido em água e detergente. Passar pano com lixívia a 0,1% de cloro activo.	Limpar com Álcool a 70%, três vezes consecutivas.	
ARRASTADEIRAS, URINÓIS	Lavar em máquinas com ciclo de desinfecção pelo calor.	Lavar com água quente e detergente e passar por lixívia a 0,1% de cloro activo.	Não imergir em desinfectantes pois aumenta o risco de infecção cruzada por microrganismos
BACIAS DE HIGIENIZAÇÃO	Usar bacias individuais. Lavar com água quente e detergente. Deixar secar.	Na impossibilidade de esterilizar, passar por lixívia a 0,1% de cloro activo, depois da lavagem prévia. Guardar em saco	Na alta empacotar para esterilizar. Não imergir em desinfectante.
BALDES DO LIXO, CADEIRAS E MESAS, SUPORTES RODADOS DOS SOROS E CADEIRAS	Lavar com água quente e detergente. Deixar secar.		Proceder à lavagem 1 vez por mês, na alta e quando contaminada com matéria orgânica.
BRAÇADEIRAS DE T.A. E OUTROS (TECIDOS)	Sempre que possível separar a parte de tecido e enviar à lavandaria.	Lavar no serviço com água quente e detergente. Secar. As braçadeiras que não são de tecido: passar pano com Álcool a 70%.	Proceder sempre à lavagem quando o doente tem alta e quando contaminada.

EQUIPAMENTO/ MATERIAL	TRATAMENTO RECOMENDADO	TRATAMENTO ALTERNATIVO	OBSERVACÕES
BRINQUEDOS	Lavar com água e detergente. Limpar com álcool a 70%		Se muito contaminados devem ser destruídos.
CABOS DE MONITORES, OXÍMETROS, SONDAS E TRANSDUTORES	Passar com pano humedecido em água e detergente. Secar.	Friccionar com álcool a 70% três vezes consecutivas.	Efectuar este tratamento de doente para doente. A descontaminação só é possível se o material
CAMAS, MACAS, MARQUESAS E BERÇOS	Lavar com água quente e detergente. Secar bem.		Se necessário passar com lixívia a 0,1% de cloro activo.
CARROS DE PENSOS, DE TRANSPORTE, DE PROCESSOS CLÍNICOS E UNIDOSE (INCLUINDO RODAS)	Lavar com água quente e detergente. Deixar secar.		Incluem-se tabuleiros e frascos de antissépticos depois de rolhados (se necessário): passar por álcool a 70%. Carros de roupa suja:
COPOS DE MEDICAÇÃO	Lavar com água quente e detergente. Deixar secar.	Se necessário passar por lixívia a 0,1% de cloro activo. Passar por água.	Na impossibilidade de lavar imediatamente, imergir em água e detergente, fora da pia
EQUIPAMENTOS DE ASPIRAÇÃO E SUCÇÃO (FRASCOS)	Nas 24h ou sempre que esteja cheio.		Usar se possível sistemas fechados descartáveis. Usar máscara, luvas e avental

COPOS DE OXIGÉNIO	Lavar diariamente com água quente corrente e colocar numa solução de água + presept (ver norma de diluição). Passar por água corrente e colocá-los		Após secar acondicionar em saco próprio.

EQUIPAMENTO/ MATERIAL	TRATAMENTO RECOMENDADO	TRATAMENTO ALTERNATIVO	OBSERVACÕES
ESFREGONA DE LIMPEZA E BALDES	Lavar diariamente com água quente e detergente. Secar. Guardar secos e	Lavar em máquina com ciclo de desinfecção pelo calor.	Não deixar esfregonas molhadas nos baldes de limpeza.
FRIGORÍFICOS	Descongelar. Lavar com água quente e detergente. Secar.		Limpeza de 15/15 dias e em SOS. Se possível, separar os alimentos em frigorífico próprio e individualizar em caixas herméticas os especimens para
INSTRUMENTOS CIRÚRGICOS	Imergir imediatamente após a utilização, em água quente e detergente enzimático, durante 10 minutos. Desmontar artigos articulados.	Imergir imediatamente após utilização, em água quente e detergente enzimático durante 10m. Desmontar artigos articulados. Lavar friccionando com escova para	Detergente: Instrunet Pó
MONITORES CARDÍACOS, BOMBAS E SERINGAS INFUSORAS	Limpar com pano humedecido em água e detergente.		Desinfectar com pano humedecido com álcool a 70°
PENTES	Individualizar.	Lavar com água quente e detergente.	

SANITAS E MANÍPULO DO AUTOCLISMO	Lavar diariamente e deixar secar. No final de cada limpeza devem ser desinfectadas com lixívia a 0,1% de cloro		
TELEFONE	Passar pano com água e detergente, diariamente.	Passar pano com Álcool a 70%, em SOS.	Fricção por 30 seg.

Higiene das máscaras de oxigénio

1. As máscaras de administração de oxigénio ou de nebulizações, podem ser utilizadas sem prejuízo para o doente durante três dias, salvo as situações em que os enfermeiros indiquem o contrário.
2. Para que possam ser utilizadas em condições de higiene e segurança, proceder **diariamente** da seguinte forma:

   2.1. Calçar luvas de protecção;
   2.2. Recolher a máscara – **não juntar com outras;**
   2.3. Lavar com água corrente e sabão neutro;
   2.4. Passar por água para retirar todo o sabão;
   2.5. Retirar as luvas e lavar as mãos;
   2.6. Secar a máscara com papel das mãos;
   2.7. Adaptar ao sistema de oxigénio;
   2.8. Colocar a máscara num saco próprio para o efeito;
   2.9. Fazer um orifício na parte superior do saco;
   2.10. Colocá-lo suspenso no debitómetro;
   2.11. Escrever a data no saco.

Nota: sempre que a mascara se apresente suja ou estragada deve ser inutilizada.

5. HIGIENE E ARRANJO DA UNIDADE DO UTENTE

Da unidade do utente faz parte a cama, mesinha de cabeceira, mesa de refeições, cadeira, armário e os seus objectos pessoais. Esta deve ser limpa e arrumada diariamente e sempre que necessário. Além da limpeza da unidade propriamente dita, é necessário arrumar e desinfectar a unidade com e sem o utente.

A - UNIDADE COM O UTENTE

Colocar dispositivos de protecção: avental descartável e luvas de uso doméstico
Lavar as mãos antes e no fim de iniciar qualquer actividade, mesmo quando se calçam luvas.
Verificar se o carro onde é transportada a roupa limpa está limpo, arrumado e com todo o material necessário.
Arejar a unidade, verificar se não existem perto do utente arrastadeiras ou urinóis que devem ser limpos e arrumados em local próprio.
Retirar a roupa da cama, cuidadosamente sem sacudir para que não haja propagação de microrganismos.
Separar roupa suja por categorias e em sacos próprios e diferentes, os quais devem estar colocados junto a cama do utente
Colocar a roupa muito suja ou com produtos biológicos (sangue, urina ou fezes) num saco isoladamente e identificado.
Transportar os sacos com roupa suja para a lavandaria logo que possível.
Recolher o lixo em saco apropriado.
Limpar o mobiliário com pano próprio, humedecido com detergente desinfectante.
Limpar o mobiliário de cima para baixo e começando pelo mais limpo.
Aspirar o chão ou passar mopa seca.
Lavar o chão com detergente usando a técnica de duplo balde.
Arrumar e organizar a unidade do utente de modo a que fique com um aspecto agradável e personalizado.
Deixar um saco branco e vazio (WC) assim como alguma roupa limpa nas unidades dos utentes que irão necessitar de cuidados de higiene mais assiduamente.

B - DESINFECÇÃO DA UNIDADE SEM O UTENTE e WC

Sempre que um utente sai, a unidade deve ser limpa e desinfectada

Colocar dispositivos individuais de protecção (avental descartável e luvas de borracha).

Retirar toda a roupa, lixo e objectos que estiveram em contacto com o doente

Lavar e desinfectar todos os objectos que fazem parte da unidade do utente

Limpar: o tecto, paredes, portas, janelas e vidros.

Limpar e desinfectar o mobiliário, por dentro e por fora.

Limpar e desinfectar a cama incluindo as grades e estrado do colchão.

Limpar o colchão.

Substituir o colchão se a cobertura impermeável estiver danificada.

Aspirar o chão ou passar mopa seca.

Lavar o chão com máquina.

Arrumar e organizar a unidade do utente de modo a que fique com um aspecto agradável e personalizado.

Colocar sacos nos recipientes do lixo.

Colocar toalhetes de papel das mãos e papel higiénico.

Nota: em internamentos superiores a duas semanas proceder como descrito solicitando ao enfermeiro de turno para deslocar o doente.

3. ELIMINAÇÃO

Calçar luvas de protecção

Colocar e retirar arrastadeiras e urinóis aos doentes que necessitem, com indicação do Enfermeiro, observando as características das eliminações e procedendo ao respectivo despejo;

Ajudar o Enfermeiro a colocar e a retirar a arrastadeira nos doentes em que se justificar a intervenção do Enfermeiro;

Transportar e inutilizar sacos de drenagem depois de confirmar junto do Enfermeiro que este já efectuou a respectiva avaliação do conteúdo (volume e características);

Lavar e esterilizar as arrastadeiras e urinóis;

Retirar as luvas e lavar as mãos;

Providenciar a lavagem das mãos do doente após utilização da arrastadeira;

Respeitar o pudor e a privacidade do doente.

4. MOBILIDADE E TRANSPORTE

A – DOENTE QUE NECESSITA DE AJUDA TOTAL

Colaborar com o Enfermeiro no levante do doente para o cadeirão

Colaborar com o Enfermeiro na passagem do doente para a maca

Transportar o doente em maca ou cama

Colaborar com o Enfermeiro na vigilância de doentes agitados e imobilizados

B - DOENTE QUE NECESSITA DE AJUDA PARCIAL

Colaborar com o Enfermeiro na transferência da cama para a cadeira de rodas ou outro tipo de cadeira

Vestir e calçar o doente se necessário

Transportar o doente em cadeira de rodas a consultas, exames complementares de diagnóstico, tendo o cuidado de verificar se o doente se encontra devidamente apresentável (ex.: penteado, protegido com roupão)

Ajudar o doente a deitar-se e a encontrar uma posição confortável:

a) Erguendo ou baixando a cama caso não existam contra-indicações
b) Esticando a roupa da cama
c) Colocando mais almofadas

C - DOENTE QUE DEAMBULA

Providenciar a higiene e conforto das instalações

Providenciar a inexistência de barreiras arquitectónicas

Acompanhar o doente se necessário

Aproximar do doente os equipamentos e objectos que necessite

Acompanhar o doente a pé para efectuar exames ou consultas

PROCEDIMENTO
SISTEMA DE ORGANIZAÇÃO DE INFORMAÇÃO

INFORMAÇÃO INTERNA

As informações internas elaboradas sob a forma de Comunicados ou Circulares Informativas são:

- Da responsabilidade da Direcção do hospital ou dos responsáveis dos serviços com aprovação da Direcção;
- Intituladas como comunicado ou circular informativa, contendo o assunto a que se refere o conteúdo e o serviço a que se dirige;
- Datadas e assinadas pela Direcção Administrativa ou Clínica;
- Afixadas nos placards dos respectivos serviços a que são dirigidas;
- Afixadas no placard geral tratando-se de comunicações ou informações que se dirigem a todos os profissionais;
- Arquivadas cópias em dossier próprio localizado nos serviços administrativos da secretaria;
- Enviadas em envelope fechado, caso se trate de informações confidenciais ou particulares, dizendo respeito a profissionais restritos.

- As informações internas configuradas sob a forma de e-mail, relacionados com conteúdos ou procedimentos administrativos são:
- Da responsabilidade da Direcção do hospital ou dos responsáveis dos serviços com aprovação da Direcção;
- Enviados por e-mail interno para facilitar a troca de dados;
- Confirmadas, telefonicamente e por registo, as recepções dos dados ou informações.

INFORMAÇÃO EXTERNA

As informações externas elaboradas sob a forma de Comunicados ou Circulares Informativas são:

- Da responsabilidade da Direcção do hospital
- Intituladas como comunicado ou circular informativa, contendo o assunto a que se refere o conteúdo e o serviço a que se dirige;
- Datadas e assinadas pela Direcção Administrativa ou Clínica;
- Afixadas nos placards localizados nas áreas de acesso aos doentes e ao público em geral;
- Arquivadas cópias em dossier próprio localizado nos serviços administrativos da secretaria;
- Enviadas em envelope fechado, caso se trate de informações confidenciais
- ou particulares, dizendo respeito a profissionais restritos;
- Enviadas em envelope fechado, a organismos relacionados com a
- Instituição (Centros de Saúde, Hospitais, ...);
- Enviadas por fax sempre que tal seja adequado ao assunto e ao destinatário.

As informações externas, passíveis de serem configuradas por correio electrónico, são:

- Da responsabilidade da Direcção do hospital ou dos responsáveis dos serviços com aprovação da Direcção;
- Enviados por e-mail externo para facilitar a troca de dados;
- Confirmadas, telefonicamente e por registo de envio, as respectivas recepções dos dados ou informações;
- Diariamente aberto o circuito de recepção de correio electrónico, que após ser lido pode ser impresso e dirigido ao serviço respectivo.

***Adaptado de: Normas de Qualidade e Procedimentos em Unidades de Internamento**
Grupo Misericórdias Saúde – Comissão Cuidados Continuados

PROCEDIMENTO PARA CONTROLO DOS REGISTOS

Os registos dos doentes (fichas de consulta, processos clínicos e relatórios referentes a exames complementares de diagnostico), elaborados pelos funcionários dos respectivos serviços (urgência, consulta externa, imagiologia e internamento), são seriados em função da especificidade dos conteúdos e o grau de confidencialidade dos mesmos. O processo de armazenamento desses dados depende da adequação e da disponibilidade da Instituição.

Assim, o procedimento do arquivo dos registos é efectuado em:

Suporte informático no que concerne a:

- Dados de identificação biográfica,
- Registo de consultas efectuadas no SAP,
- Registo de consultas de especialidade efectuadas na consulta externa e no serviço de MFR,
- Registo de exames complementares de diagnóstico e terapêutica,
- Registo de relatórios referentes a imagiologia e cardiologia,
- Procedimentos administrativos inerentes ao serviço prestado.

Arquivo físico relativamente a:

- Fichas de consulta,
- Processos clínicos,
- Alguns exames complementares de diagnóstico, que não é possível arquivar informaticamente.

Sempre que é necessário consultar um registo arquivado, é apresentado o pedido ao funcionário autorizado para o efeito.

Qualquer solicitação do exterior, tem que ser devidamente autorizada pelo Director Clínico.

	REGISTOS INFORMÁTICOS	ARQUIVO FÍSICO
IDENTIFICAÇÃO	A identificação, sendo única em todos os módulos do sistema SONHO, pode ser efectuada por pesquisa através: Do nome completo, ou Do n° de processo, Da data e o serviço prestado, Do n° de utente do SNS.	A identificação do processo clínico pode ser pesquisada através: Do nome completo, Do n° de episódio, Do n° de processo, Do serviço de internamento.
ARMAZENAMENTO	Armazenamento em base de dados comuns sendo arquivados através de backups diários	Em lotes de 100 processos clínicos, agrafados, e ordenados por ordem crescente de n.º de episodio, colocados em estantes metálicas
RECUPERAÇÃO	Registos recuperados facilmente, mediante pesquisa de dados biográficos, de nº de processo e de nº de SNS.	Local de acesso restrito, a duas pessoas autorizadas, localizado no piso 0, com a porta devidamente identificada e a chave numerada localizada no chaveiro central.
PROTECÇÃO	A pesquisa implica a cada utilizador a introdução de password individual, permitido a protecção de dados.	Local ventilado sem humidade que evita a degradação.
PRAZO DE CONSERVAÇÃO	Ilimitado desde a instalação do sistema SONHO em 2000.	Durante 5 anos em activo, eventualmente 10 anos se as condições físicas o permitirem
ELIMINAÇÃO	....	Por destruição em máquina trituradora.

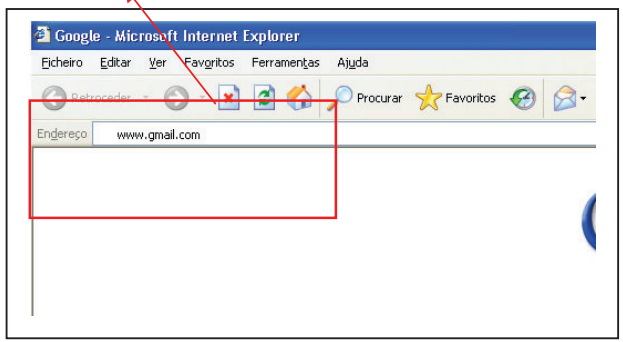
***Adaptado de: Normas de Qualidade e Procedimentos em Unidades de Internamento Grupo Misericórdias Saúde - Comissão Cuidados Continuados**

Manual de utilizador

Instruções para aceder ao email

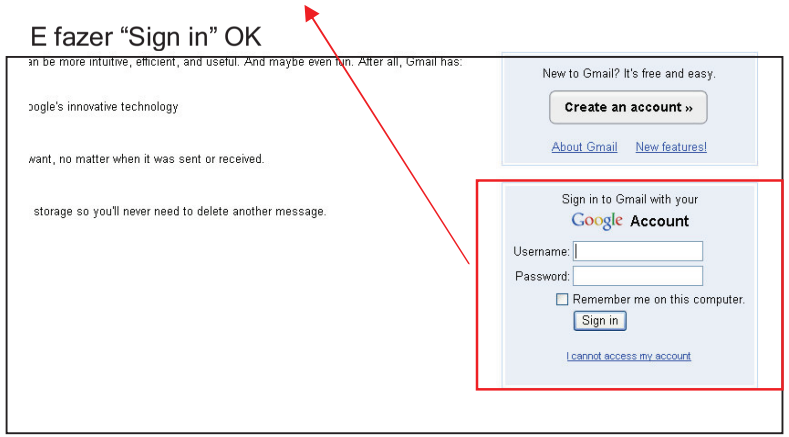
1º - Iniciar o browser "Internet Explorer"

2º - Escrever na barra de endereço o seguinte: www.gmail.com



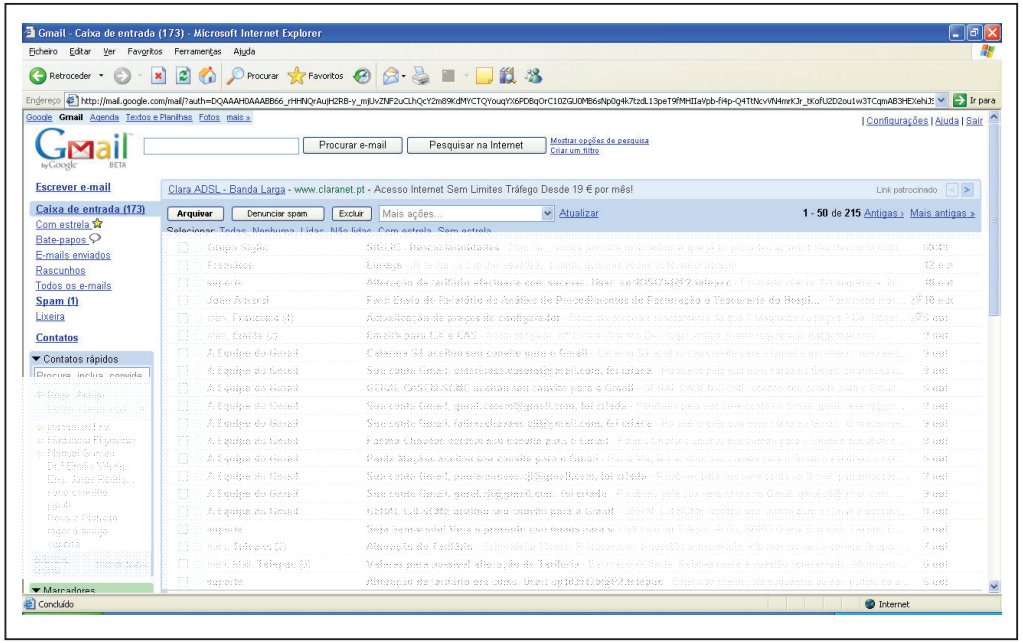
3º - Escrever o nome do endereço de email e respectiva password

E fazer "Sign in" OK



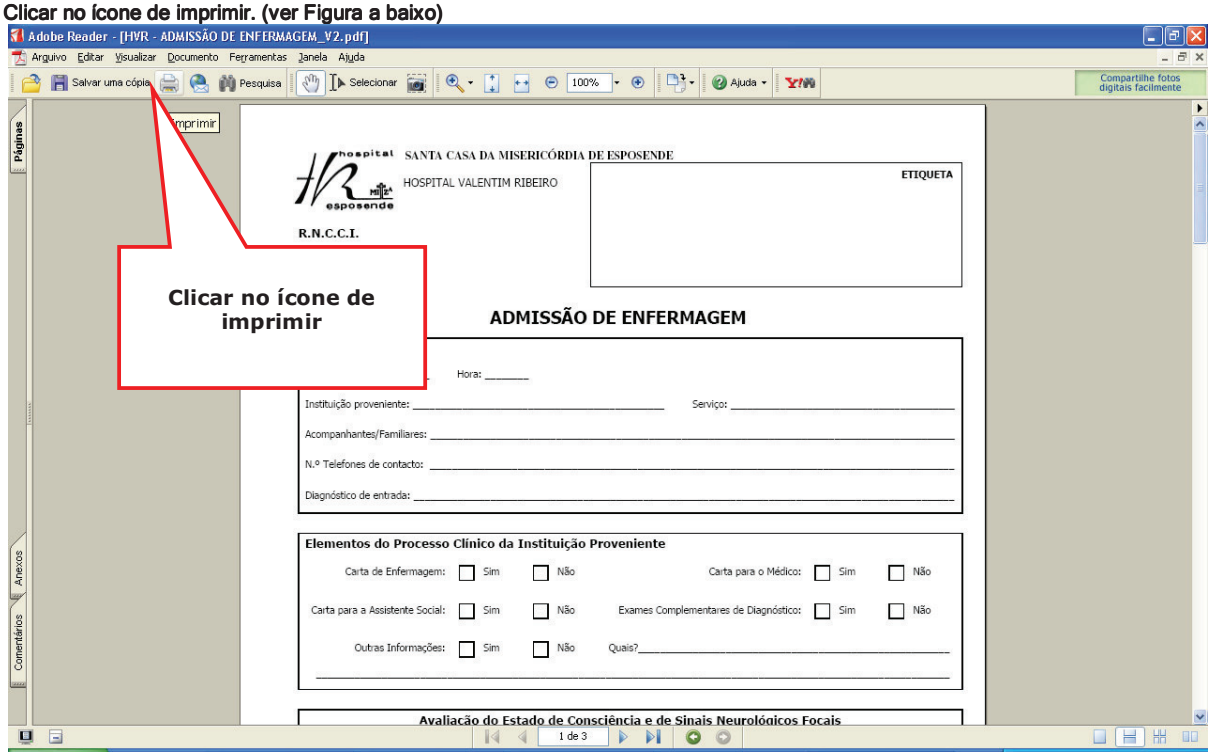
4º - Este é o ecrã/aspecto do email.

Agora já pode ver os email's recebidos, assim como escrever um email.

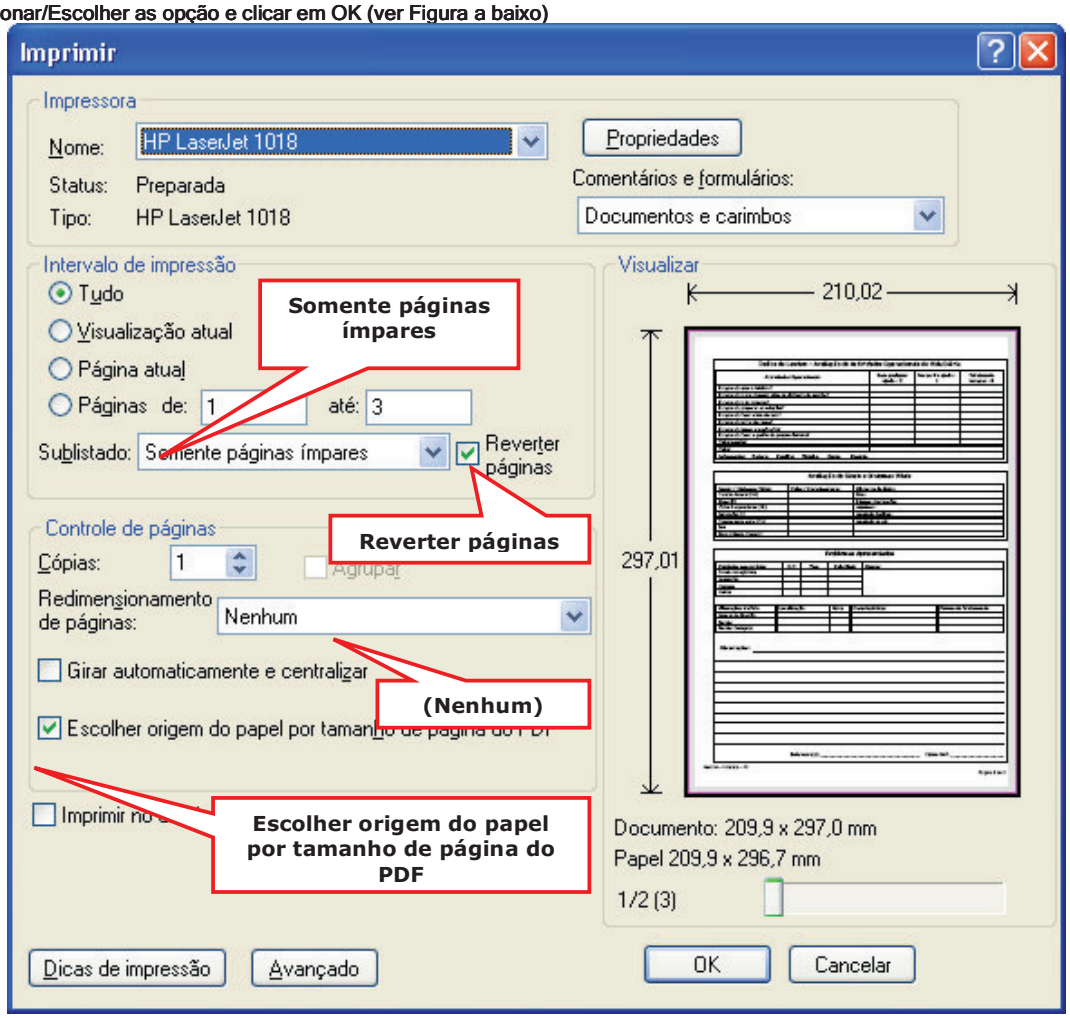


Instruções para proceder à impressão dos documentos

1º Clicar no ícone de imprimir. (ver Figura a baixo)

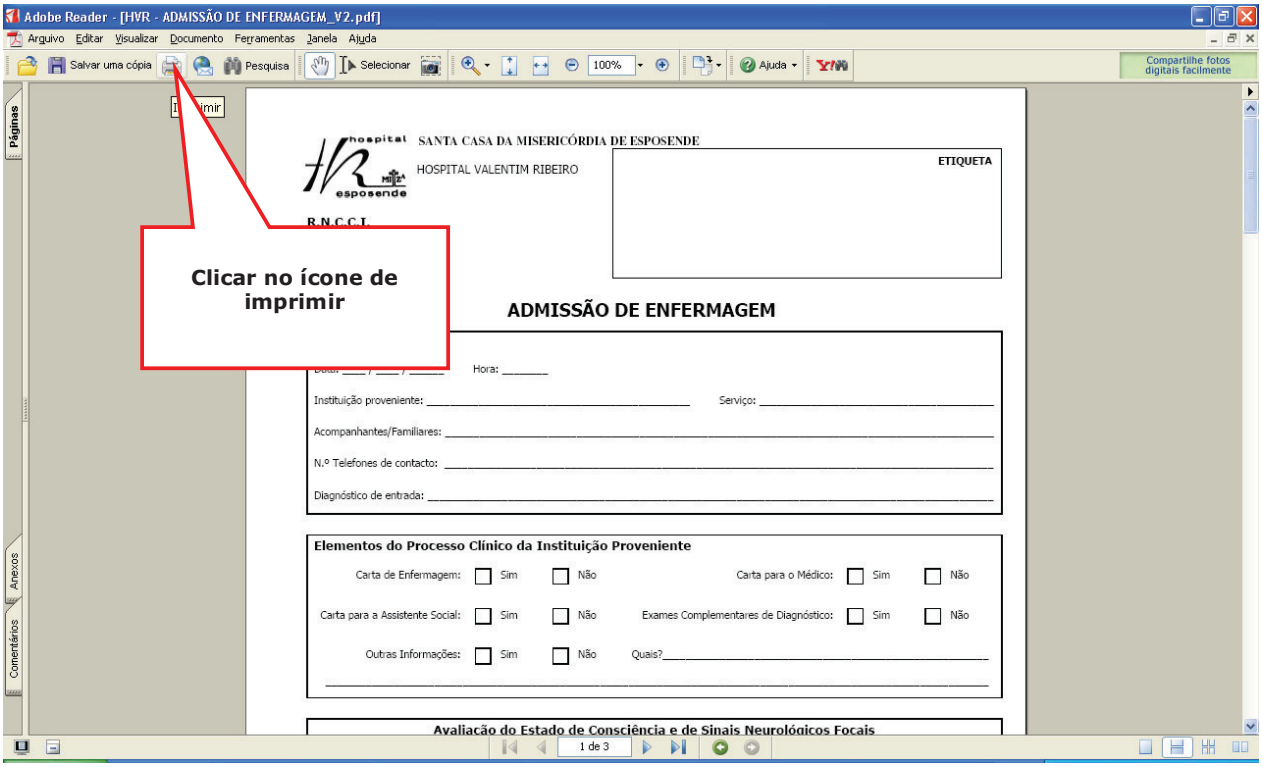


2º Seleccionar/Escolher as opção e clicar em OK (ver Figura a baixo)

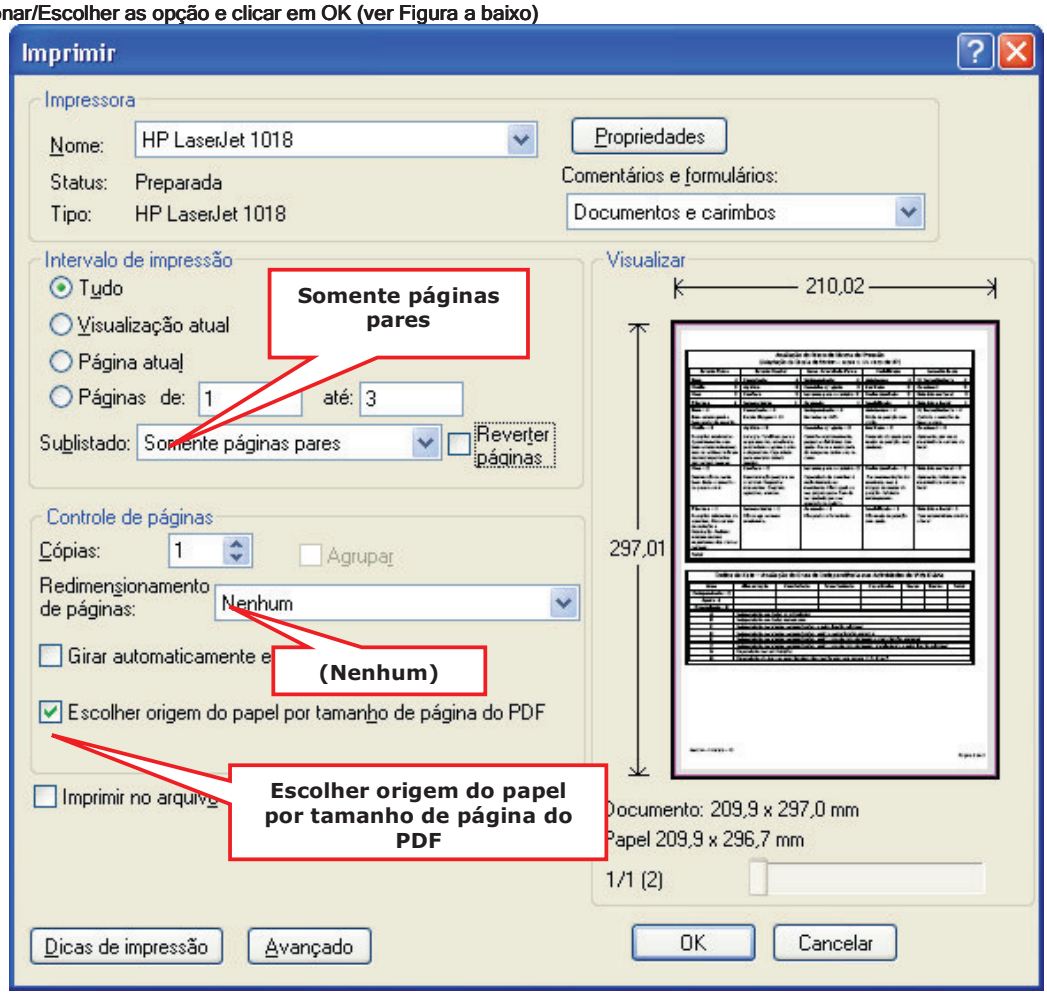


4º Retirar as folhas da impressora, sem alterar a ordem e coloca-las de novo na impressora com a face em branco voltada para cima e a face já impressa para baixo

5º Clicar no ícone de imprimir Novamente. (ver Figura a baixo)

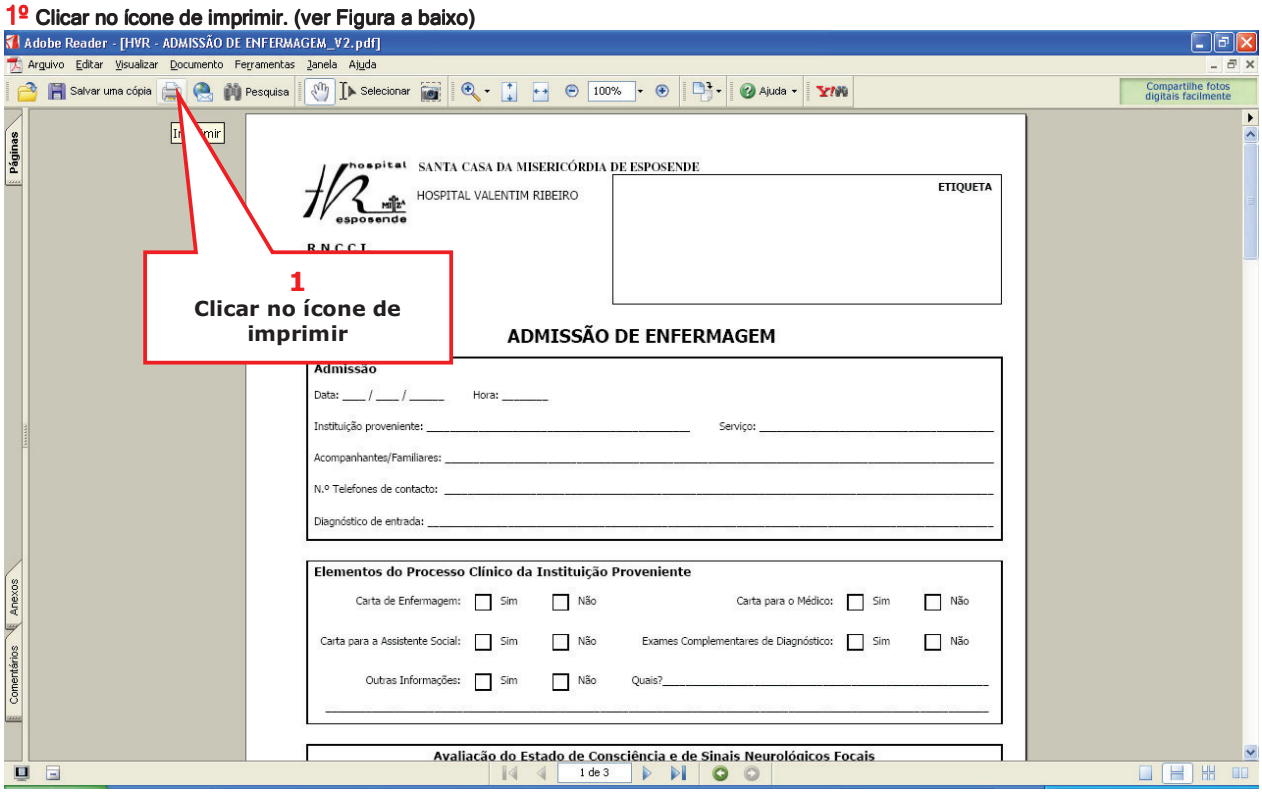


6º Seleccionar/Escolher as opção e clicar em OK (ver Figura a baixo)

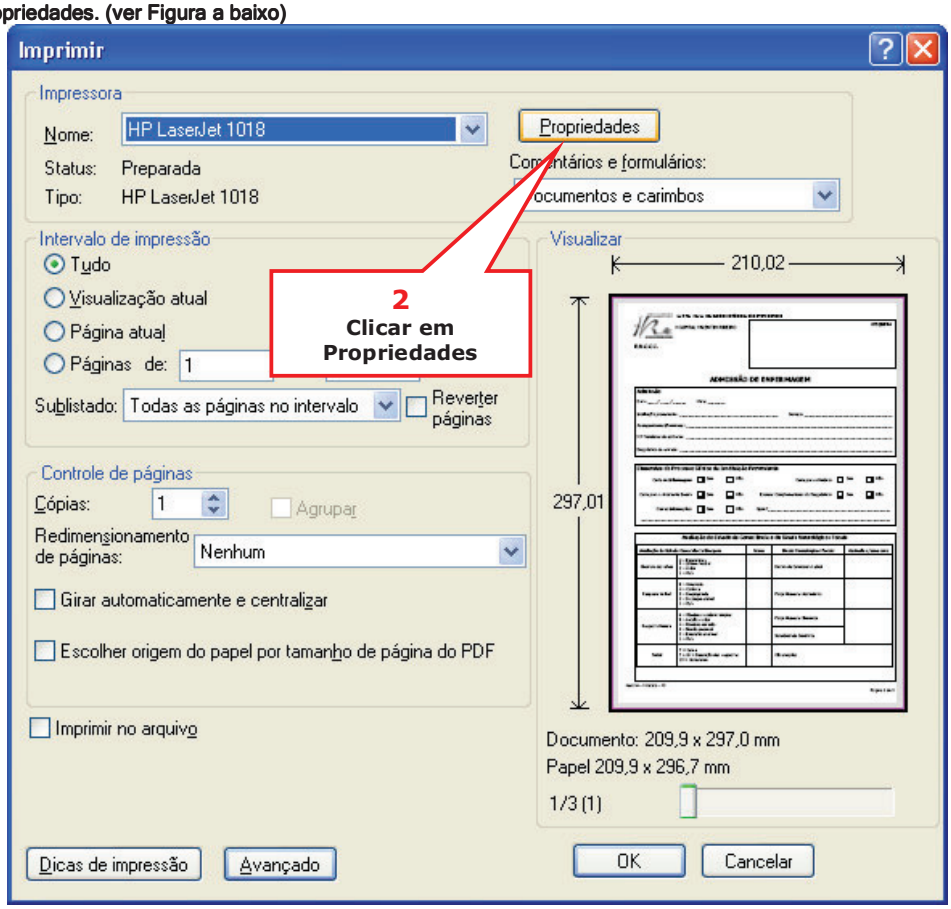


Instruções para proceder à impressão dos documentos

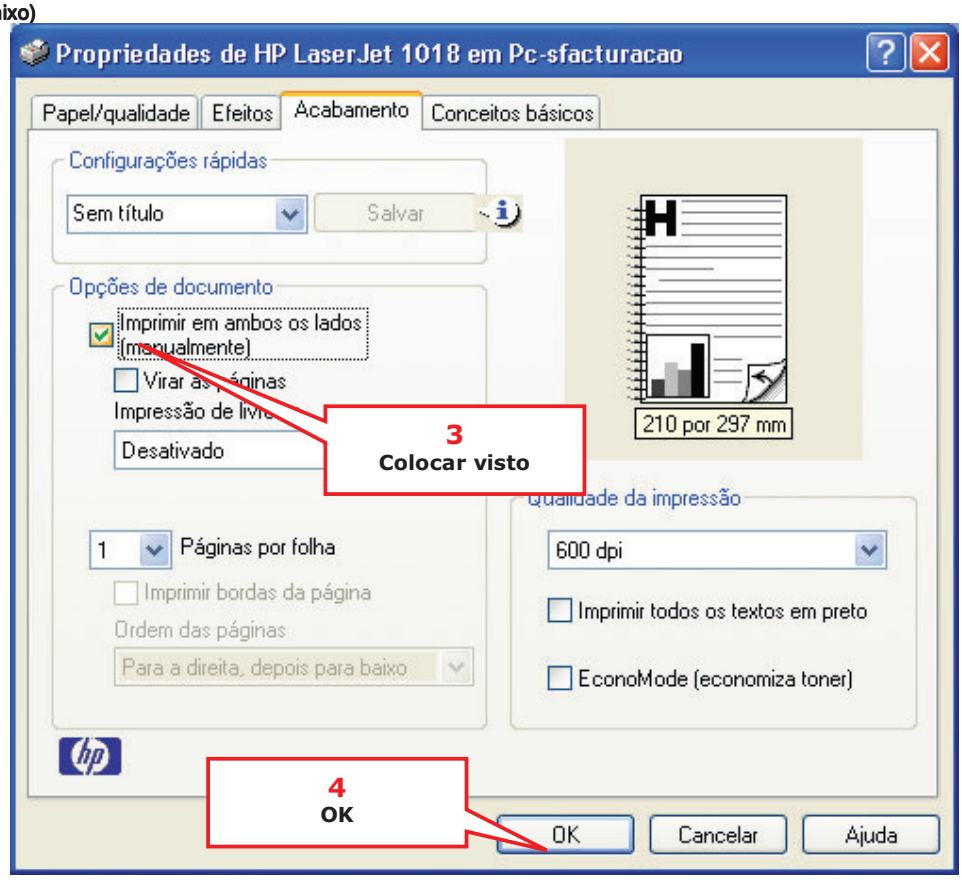
1º Clicar no ícone de imprimir. (ver Figura a baixo)



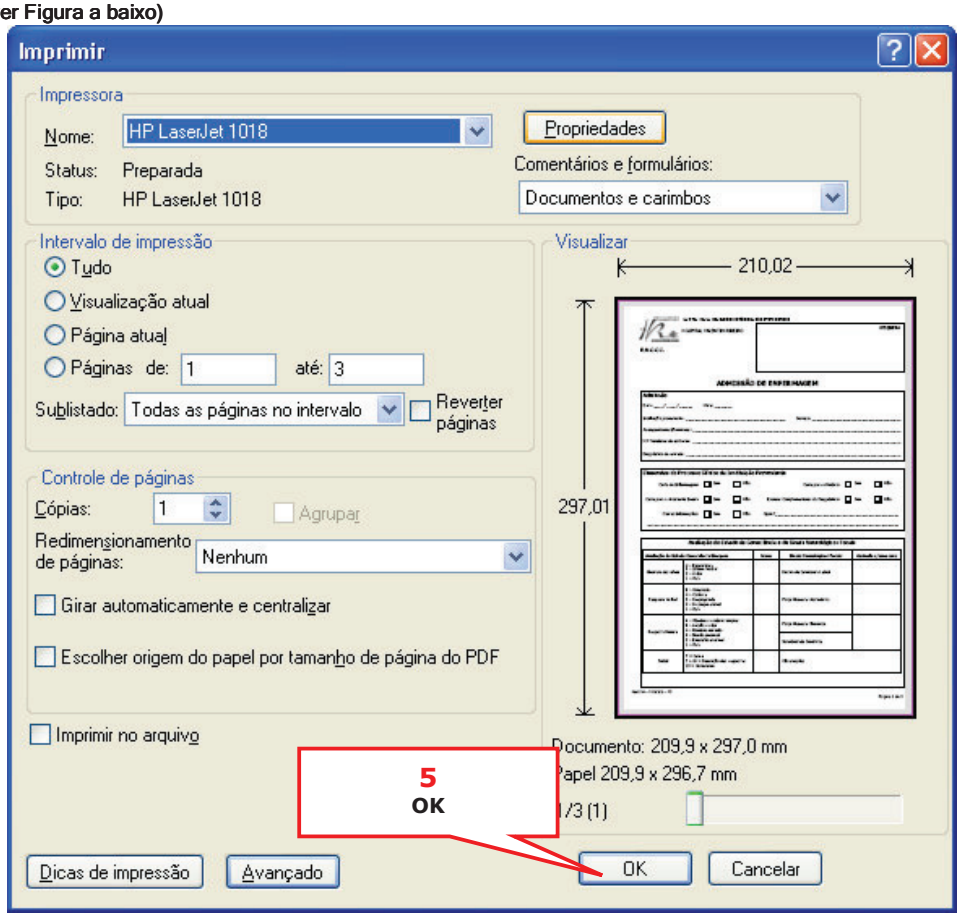
2º Clicar em propriedades. (ver Figura a baixo)



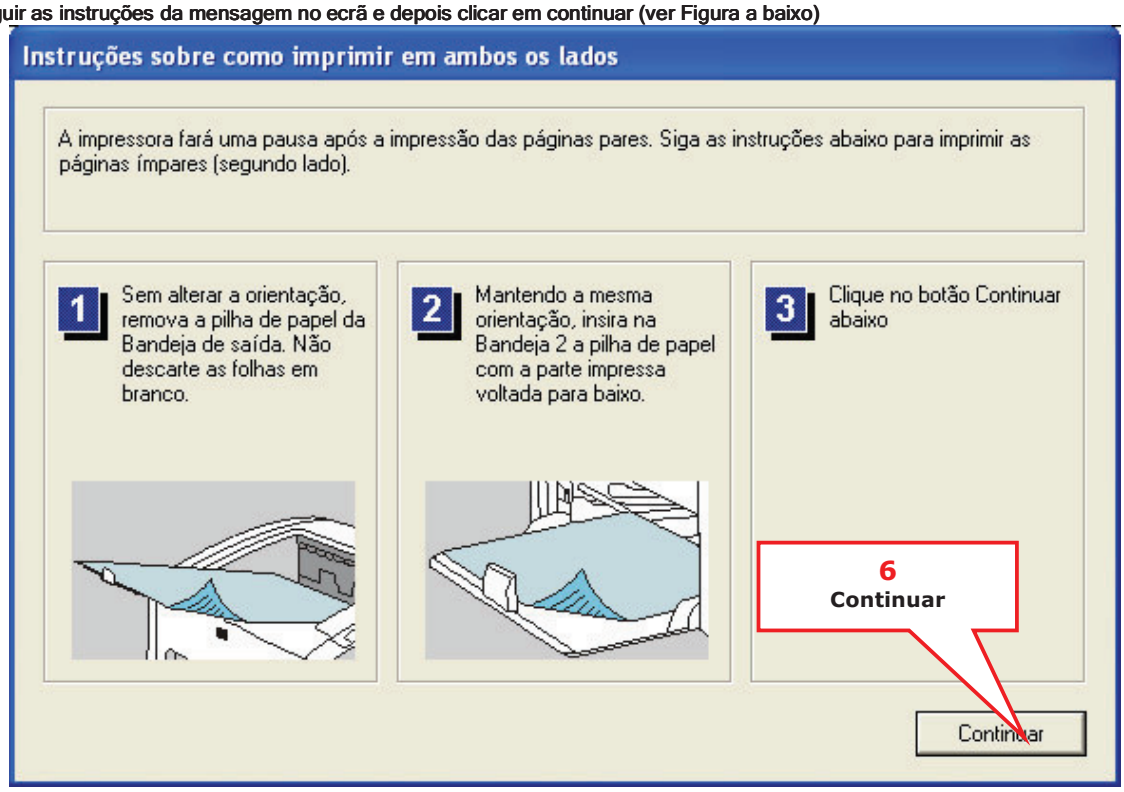
3º No separador Acabamento seleccionar a opção "Imprimir em ambos os lados" e fazer OK.
(ver Figura a baixo)



4º Fazer OK. (ver Figura a baixo)



5º Seguir as instruções da mensagem no ecrã e depois clicar em continuar (ver Figura a baixo)



SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE ESPOSENDE

HOSPITAL VALENTIM RIBEIRO

FICHA EQUIPAMENTO

DESIGNAÇÃO: _____

MARCA: _____ ***MODELO:*** _____ ***Nº SÉRIE:*** _____

FORNECEDOR: _____ ***DATA DE AQUISIÇÃO:*** _____

CARACTERÍSTICAS:

Valor Nominal _____ *N° da Factura* _____

Erro máximo admissível: _____

Incerteza máxima admissível: _____

LOCALIZAÇÃO: _____ ***RESPONSÁVEL:*** _____

PERIODICIDADE: *Calibração·*_____ *Substituição·*_____ *Verificação·*_____

CALIBRAÇÃO / SUBSTITUIÇÃO / VERIFICAÇÃO *(Riscar o que não interessa.)*

*Data:*_____ *Entidade:*_____ *Nº Certificado:*_____

Pontos de Calibração: _____

Próxima CALIBRAÇÃO / SUBSTITUIÇÃO / VERIFICAÇÃO (Riscar o que não interessa) _____

CALIBRAÇÃO / SUBSTITUIÇÃO / VERIFICAÇÃO *(Riscar o que não interessa.)*

*Data:*_____ *Entidade:*_____ *Nº Certificado:*_____

Pontos de Calibração: _____

Próxima CALIBRAÇÃO / SUBSTITUIÇÃO / VERIFICAÇÃO (Riscar o que não interessa) _____

CALIBRAÇÃO / SUBSTITUIÇÃO / VERIFICAÇÃO *(Riscar o que não interessa.)*

*Data:*_____ *Entidade:*_____ *Nº Certificado:*_____

Pontos de Calibração: _____

Próxima CALIBRAÇÃO / SUBSTITUIÇÃO / VERIFICAÇÃO (Riscar o que não interessa) _____

CALIBRAÇÃO / SUBSTITUIÇÃO / VERIFICAÇÃO *(Riscar o que não interessa.)*

*Data:*_____ *Entidade:*_____ *Nº Certificado:*_____

Pontos de Calibração: _____

Próxima CALIBRAÇÃO / SUBSTITUIÇÃO / VERIFICAÇÃO (Riscar o que não interessa) _____

CALIBRAÇÃO / SUBSTITUIÇÃO / VERIFICAÇÃO *(Riscar o que não interessa.)*

*Data:*_____ *Entidade:*_____ *Nº Certificado:*_____

Pontos de Calibração: _____

Próxima CALIBRAÇÃO / SUBSTITUIÇÃO / VERIFICAÇÃO (Riscar o que não interessa) _____

Hospital Valentim Ribeiro

Requisição Nº 1

Remetida à Central de Compras por

Data de Requisição: 15 de Outubro de 2008

Data de Recepção

CENTRAL de COMPRAS
Av. Dr. Henrique Barros Lima
4740-203 ESPOSENDE

	Quant	Descrição	R	NR	GR	LA	RE	RC	AM	RX	AC	FA
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												
26												

Local de Entrega:

Solicitado por	Coordenação da Função	Despacho Central Compras	Produtos Extraordinários Despacho / Data
			Nºs
		DATA	DATA

Legenda: R - Requisição Regular NR - Requisição Não Regular

GR - Conselho de Administração , Enfermagem , Direcção Clínica , Direcção do S.A.P. , Serviço Internamento , LA - Lavandaria , RE - Restauração , RC - Recepção

AM - Auxiliares Acção Médica , RX - Radiologia , AC - Serviços Apoios Centrais , FA - Farmácia

SCME-04-I-04-HVR

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE ESPOSENDE

HOSPITAL VALENTIM RIBEIRO

ORIGINAL
⇨ Enviar à Farmácia

Codificação dos Serviços Requisitantes:

Blocos Operatórios (BL) = 01
Central de Esterilização (CE) = 02
Consultórios Médicos (CM) = 03
Serviço de Atendimento Permanente (SAP) = 04
Unidade de Internamento de Cuidados Continuados Convalescentes (UICCC) = 05
Unidade de Internamento de Cuidados Continuados de Média Duração (UICCMD) = 06
Unidade de Internamento de Medicina e Especialidades (UIME) = 07

Requisição à Farmácia – Centro de Aquisição A

	|
(SERVIÇO REQUISITANTE)	(CÓDIGO)

	ARTIGOS REQUISITADOS	UNID. EXIST.	QUANTIDADE		CÓDIGO	
			REQUISITADA	FORNECIDA		
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						

OBSERVAÇÕES: _____

O REQUISITANTE,	REMETIDO POR,	ENTREGUE POR,	CONFERIDO POR,	REQUISIÇÃO
_____	_____	_____	_____	**N.º**
_____ / _____ / 20 _____	_____ / _____ / 20 _____	_____ / _____ / 20 _____	_____ / _____ / 20 _____	

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE ESPOSENDE

HOSPITAL VALENTIM RIBEIRO

DUPLICADO
⇨ Enviar à Farmácia

Codificação dos Serviços Requisitantes:

Blocos Operatórios (BL) = 01
Central de Esterilização (CE) = 02
Consultórios Médicos (CM) = 03
Serviço de Atendimento Permanente (SAP) = 04
Unidade de Internamento de Cuidados Continuados Convalescentes (UICCC) = 05
Unidade de Internamento de Cuidados Continuados de Média Duração (UICCMD) = 06
Unidade de Internamento de Medicina e Especialidades (UIME) = 07

Requisição à Farmácia – Centro de Aquisição A

	|
(SERVIÇO REQUISITANTE)	(CÓDIGO)

	ARTIGOS REQUISITADOS	UNID. EXIST.	QUANTIDADE		CÓDIGO	
			REQUISITADA	FORNECIDA		
1					| |	| | | |
2					| |	| | | |
3					| |	| | | |
4					| |	| | | |
5					| |	| | | |
6					| |	| | | |
7					| |	| | | |
8					| |	| | | |
9					| |	| | | |
10					| |	| | | |
11					| |	| | | |
12					| |	| | | |
13					| |	| | | |
14					| |	| | | |
15					| |	| | | |

OBSERVAÇÕES: _____

O REQUISITANTE,	REMETIDO POR,	ENTREGUE POR,	CONFERIDO POR,	REQUISIÇÃO
_____	_____	_____	_____	**N.º**
_____ / _____ / 20 _____	_____ / _____ / 20 _____	_____ / _____ / 20 _____	_____ / _____ / 20 _____	

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE ESPOSENDE

HOSPITAL VALENTIM RIBEIRO

TRIPLICADO

⇨ Arquivar em Pasta Própria do Serviço Requisitante

Codificação dos Serviços Requisitantes:

Blocos Operatórios (BL) = 01
Central de Esterilização (CE) = 02
Consultórios Médicos (CM) = 03
Serviço de Atendimento Permanente (SAP) = 04
Unidade de Internamento de Cuidados Continuados Convalescentes (UICCC) = 05
Unidade de Internamento de Cuidados Continuados de Média Duração (UICCMD) = 06
Unidade de Internamento de Medicina e Especialidades (UIME) = 07

Requisição à Farmácia – Centro de Aquisição A

	|
(SERVIÇO REQUISITANTE)	(CÓDIGO)

	ARTIGOS REQUISITADOS	UNID. EXIST.	QUANTIDADE		CÓDIGO	
			REQUISITADA	FORNECIDA		
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						

OBSERVAÇÕES: _____

O REQUISITANTE,	REMETIDO POR,	ENTREGUE POR,	CONFERIDO POR,	REQUISIÇÃO
_____	_____	_____	_____	**N.º**
_____ / _____ / 20 _____	_____ / _____ / 20 _____	_____ / _____ / 20 _____	_____ / _____ / 20 _____	

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE ESPOSENDE

HOSPITAL VALENTIM RIBEIRO

Mês: SETEMBRO

Ano: 2008

HORÁRIO DOS ENFERMEIROS

ENFERMEIRO (A)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	TOTAL HRS	OBS.
	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T			
																																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	
Nº ENFERMEIROS **M**	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		
Nº ENFERMEIROS **T**	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		
Nº ENFERMEIROS **N**	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		
TOTAL HORAS	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	

LEGENDA:
M: Manhã das 8h as 15h (7h)
T: Tarde das 15h as 21h (6h)
N: Noite das 21 as 8h (11h)
NB:Apenas as letras "M", "T" e"N" são validas para efeito de contabilização de Horas.

OBS:

Data de Conclusão:

Assinatura:

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE ESPOSENDE

HOSPITAL VALENTIM RIBEIRO

Mês:

Ano:

HORÁRIO DAS AAM

AAM	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	TOTAL HRS	OBS.
																																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	
TOTAL HORAS	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	

LEGENDA:
M: Manhã
T: Tarde
N: Noite
NB:Apenas as letras "M", "T" e"N" são validas para efeito de contabilização de Horas.

OBS:

Data de Conclusão:

Assinatura:

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE ESPOSENDE

HOSPITAL VALENTIM RIBEIRO

MARCAÇÃO DE FÉRIAS

PEDIDO DE JUSTIFICAÇÃO DE FALTAS

Colaborador(a) _____

Serviço: _____

	INÍCIO:	TERMO:	APRESENTAÇÃO NO SERVIÇO:		QUANTIDADE
DIA:				DIAS:	
HORA:				HORAS:	

Devendo as respectivas Férias/Faltas ser descontadas:

- ☐ Nas Férias do Corrente Ano
- ☐ Nas Férias do Próximo Ano
- ☐ Com perda de vencimento
- ☐ Outro:_____

Motivo da falta:

- ☐ Férias - Elaboração do mapa de férias
- ☐ Férias - Alteração do mapa aprovado
- ☐ Falta - De acordo com a justificação anexa
- ☐ Falta - Troca de turno conforme declaração anexa
- ☐ Outro:_____

OBSERVAÇÕES:

O Trabalhador _____ **Esposende,**_____ _____

O Coordenador _____ **Esposende,**_____ _____

A Administração _____ **Esposende,**_____ _____

FUNÇÕES DA (O) RESPONSÁVEL PELAS (OS) AUXILIARES DE ACÇÃO MÉDICA

O Administrador Delegado nomeia a(o) Responsável pelas Auxiliares de Acção Médica. No impedimento ou na ausência desta, a mesma Direcção nomeia um outro elemento para cumprir as mesmas funções.

Funções:

1. Assistir, periodicamente, à passagem de turno;
2. Ter conhecimento de todas as ocorrências decorridas na sua ausência;
3. Resolver todos os problemas que surgirem, no âmbito das suas atribuições;
4. Gerir conflitos;
5. Dar conhecimento ao Administrador Delegado de factos ocorridos a nível de recursos humanos;
6. Avaliar o cumprimento das normas instituídas (norma da limpeza, fardamento, funcionamento dos equipamentos, esterilização);
7. Corrigir as práticas das auxiliares de acção médica no serviço;
8. Verificar a organização do serviço, das auxiliares de acção médica;
9. Verificar e controlar o material existente e a funcionalidade (quantidade de material e o seu funcionamento);
10. Elaborar os pedidos de material de limpeza;
11. Verificar os stocks do serviço (quantidade, validade, qualidade);
12. Providenciar a manutenção dos equipamentos e material;
13. Assegurar o número de elementos necessários às actividades diárias, através de escala mensal (horário);
14. Efectuar Plano de Trabalho das auxiliares de acordo com protocolo instituído.
15. Estabelecer, dentro das competências que lhe são atribuídas, e em colaboração com a Enfermeira Chefe, o modo de funcionamento do serviço.

Adaptado de: **Normas de Qualidade e Procedimentos em Unidades de Internamento**
Grupo Misericórdias Saúde
Comissão de Cuidados Continuados

FUNÇÕES AS AUXILIARES DE ACÇÃO MÉDICA

Estes critérios são definidos por orientação Governamental através do despacho Ministerial (circular normativa do D.R.H. do Ministério da Saúde), do BTE (do Ministério do Trabalho e Solidariedade) e do Código do Trabalho (Lei n° 99/2003).

Adaptado de: **Normas de Qualidade e Procedimentos em Unidades de Internamento**
Grupo Misericórdias Saúde
Comissão de Cuidados Continuados

ACTIVIDADES DAS AUXILIARES DE ACÇÃO MÉDICA

TURNO DA MANHÃ: 8H00 - 14H00

- Abrir persianas;
- Distribuir o pequeno-almoço, e colaborar na administração da alimentação aos doentes que o necessitem (as SNG são da responsabilidade das enfermeiras);
- Colaborar com os doentes na ida ao chuveiro sempre que o seu estado de saúde o permitir;
- Colaborar com as enfermeiras nos cuidados de higiene e sempre que solicitado;
- Lavar e desinfectar (segundo protocolo de actuação) a unidade do doente
- Arrumar o material que não está a uso na unidade do doente (lençóis, cobertores/ edredões...);
- Lavar e desinfectar o carro de pensos sempre que utilizados (segundo protocolo de actuação);
- Preparar os carros de higiene, depois de todas as higienes efectuadas, segundo protocolo de actuação;
- Lavar e desinfectar o chão das unidades segundo protocolo de actuação;
- Limpar e desinfectar casas de banho no fim de todas as higienes;
- Preparar a unidade após a alta do doente, segundo protocolo de actuação;
- Distribuir as refeições ao almoço;
- Auxiliar os doentes que necessitem de ajuda durante as refeições;
- Colaborar nos posicionamentos;
- Deixar a copa limpa e arrumada;
- Providenciar roupa para os turnos seguintes (até manhã do dia seguinte);
- Transportar o lixo e roupa suja, devidamente acondicionado, segundo protocolo de actuação.
- Transportar doentes a exames
- Fazer recados dentro do Hospital

Nota: **Deve organizar as suas tarefas contemplando um período de pausa para o almoço, a combinar com as colegas e de forma intercalada.**

TURNO DA TARDE: 14H00 - 20H00

- Executar recados pendentes (farmácia, transporte de doentes para exames/ fisioterapia, esterilização...);
- Colaborar na na administração da alimentação aos doentes que o necessitem (as SNG são da responsabilidade das enfermeiras);
- Colaborar com a Enfermeira nos posicionamentos e sempre que for solicitada.
- Providenciar e distribuir as refeições (lanche, jantar e ceia);
- Colaborar na administração da alimentação aos doentes que lhe estão destinados;
- Colaborar com a Enfermeira nos posicionamentos e sempre que for solicitada.
- Manter unidades das doentes limpas;
- Recolher tabuleiros de alimentação do jantar e lavar a loiça na copa;
- Manter copa limpa e arrumada;
- Arrumar o armário da roupa se necessário;
- Verificar carros de higiene e repor material;
- Colaborar com os de Enfermeiros sempre que for necessário;
- Atender as visitas e encaminhá-las para a Enfermeira responsável pelo doente para esclarecimento/fornecimento de informações;
- Assegurar que as casas de banho ficam limpas, com papel higiénico e das mãos;
- Recolher lixos e acondicioná-los, segundo protocolo de actuação (o carro do lixo não pode permanecer com lixo de turnos anteriores, mesmo que o saco não esteja cheio);
- Preparar a unidade após a alta do doente, segundo protocolo de actuação;

Nota: Receber e passar o turno à colega.

TURNO DA NOITE: 20H00 – 08H00

- Colaborar com a Enfermeira nos posicionamentos e sempre que solicitada;
- Preparar e distribuir as ceias
- Limpar e desinfectar corredor do serviço, segundo protocolo de actuação;
- Recolher tabuleiros de alimentação da ceia e lavar a loiça na copa;
- Manter a copa limpa e arrumada;
- Transportar para a lavandaria a roupa suja devidamente acondicionada, segundo protocolo
- Transportar os lixos devidamente acondicionados, segundo protocolo de actuação

Nota: Receber e passar o turno à colega

RNCCI - PLANO DE FORMAÇÃO

Nº	Acção de Formação	População Alvo	Formador	Mês												OBSERVAÇÕES
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	

RNCCI - DIAGNOSTICO E ANALISE DAS NECESSIDADES DE FORMAÇÃO

Acção de Formação	População Alvo	Objectivo	Formador	Critérios de Admissão considerados (Com base nos Objectivo e Pop. Alvo)

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE ESPOSENDE

HOSPITAL VALENTIM RIBEIRO

DESPESAS DE FUNCIONAMENTO (DESPESAS DO CENTRO DE CUSTO PRÓPRIO)

RUBRICAS		Valores
A - MERCADORIAS	Medicamentos	
	Material de consumo clínico	
	Material de consumo administrativo	
	Material de consumo hoteleiro: Produtos Alimentares	
	Material de consumo hoteleiro: Material Higiene e Limpeza	
	Outros prod. Farmacêuticos (reagentes, etc)	
	Outro material de consumo	
	Subtotal Mercadorias (A)	**0,00**
B - FORNECIMENTOS SERVIÇOS EXTERNOS	Subcontratos	
	Água	
	Electricidade e Gás	
	Combustíveis	
	Comunicações	
	Material Escritório	
	Documentação Técnica	
	Conservação, Manutenção, Reparação	
	Aquisição Serviços Especializados	
	Rendas e Alugueres	
	Seguros	
	Honorários	
	Resíduos (resíduos hospitalares)	
	Outros Fornecimentos e Serviços Externos	
	Subtotal Outros Fornecimentos e Serviços Externos (B)	**0,00**
C - CUSTOS COM PESSOAL	Vencimentos	
	Subsídios de Férias e Natal	
	Suplementos de Remunerações	
	Trabalho Extraordinário	
	Noite e suplementos	
	Subsídio de alimentação	
	Ajudas de custo	
	Alimentação e alojamento	
	Outros suplementos	
	Encargos com a Segurança Social	
	Seguro de acidente de trabalho e doenças profissionais	
	Outros custos com pessoal	
	Subtotal Custos com o Pessoal (C)	**0,00**
D - OUTRAS DESPESAS	Amortizações de equipamentos e instalações	
	Outras despesas	
	Subtotal Outras despesas (D)	**0,00**

TOTAL (A+B+C+D)	**0,00**

OBSERVAÇÕES:

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE ESPOSENDE

HOSPITAL VALENTIM RIBEIRO

Mês: OUTUBRO

Ano: 2008

MONITORIZAÇÃO INTERNAMENTO - UNIDADE DE CONVALESCENÇA

"I" Dia de Internamento
"RI" Reserva de Internamento
NB:Apenas as letras "I" e"RI" são validas para efeito de contabilização de Dias.

DIAS			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	TOTAL DIAS
			Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S		
SEXO	MASCULINO	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	
	FEMENINO	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
																																		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
																																		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
																																		0
																																		0
																																		0
																																		0
																																		0
																																		0
																																		0
DIAS DE INTERNAMENTO EFECTIVOS			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
DIAS DE RESERVA DE INTERNAMENTO			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
TAXA DE OCUPAÇÃO EFECTIVA DIÁRIA			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%	
TAXA DE OCUPAÇÃO GLOBAL DIÁRIA			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%	
TAXA DE OCUPAÇÃO EFECTIVA ACUMULADA			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%	
TAXA DE OCUPAÇÃO GLOBAL ACUMULADA			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%	

RELATÓRIO DE ACTIVIDADES E CONTAS DO ANO (N) E
PLANO DE ACTIVIDADES E ORÇAMENTO PARA O ANO (N + 1)
(DOCUMENTO ÚNICO)

Relatório de Actividades e Contas do ano N	Plano de Actividades e Orçamento para o ano N + 1
▪ Mensagem do Conselho de Administração do Hospital	▪ Mensagem do Conselho de Administração do Hospital
▪ Breve apresentação	▪ Breve apresentação
▪ Caracterização da população alvo e área de influência	▪ Caracterização da população alvo e área de influência
▪ Actividade assistencial desenvolvida no ano N - Consulta externa - SAP - MCDTs - Cirurgia - Cirurgia de ambulatório - Internamento Cirúrgico - Internamento em Medicina - Internamento na UCCC - Internamento na UCCMD	▪ Desenvolvimento estratégico e actividade para o ano N + 1 - Principais linhas de actuação - Actividade assistencial prevista: - Consulta externa - SAP - MCDTs - Cirurgia - Cirurgia de ambulatório - Internamento Cirúrgico - Internamento em Medicina - Internamento na UCCC - Internamento na UCCMD - Outra - Investimentos
▪ Indicadores económico-financeiros da actividade assistencial desenvolvida no ano N	-
▪ Avaliação da satisfação dos utentes	▪ Objectivos de evolução na avaliação da satisfação para o ano N + 1
▪ Recursos Humanos: - Evolução dos efectivos	▪ Recursos Humanos para o ano N+1: - Projecção da evolução dos

- Segurança, higiene e saúde no trabalho - Formação	efectivos - Objectivos de evolução da segurança, higiene e saúde no trabalho - Objectivos de evolução da formação
▪ Apoio ao ensino graduado e pós-graduado	▪ Objecivos de apoio ao ensino graduado e pós-graduado no ano N + 1
▪ Cooperação, Protocolos e Parcerias	▪ Objectivos para a Cooperação, Protocolos e Parcerias no ano N + 1
▪ Visão económica e financeira - Análise económica - Situação financeira e Patrimonial	▪ Visão económica e financeira para o ano N + 1 - Estratégia de investimento - Orçamento
▪ Demonstrações financeiras - Balanço analítico - Demonstração de resultados - Demonstração dos fluxos de Caixa	-
▪ Governo do Hospital	▪ Governo do Hospital

"TABLEAU DE BORD" DE ACTIVIDADES ESPECÍFICAS

OBJECTIVO GERAL:																	
OBJECTIVO ESPECÍFICO:																	
DESIGNAÇÃO DA ACTIVIDADE:																	
ELEMENTOS DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO RELACIONADOS	**EXECUÇÃO PREVISTA**														**METAS OPERACIONAIS**	**DESTINATÁRIOS**	**RESPONSÁVEIS**	**OBSERVAÇÕES**
INTERVENIENTES																		
DESCRIÇÃO SUMÁRIA DA ACTIVIDADE	⇒	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	⇒				

Questionário de Satisfação dos Utentes das Unidades de Cuidados Continuados Integrados do Hospital Valentim Ribeiro - Esposende

Estimado Utente,

A procura da melhoria contínua é um objectivo primordial do nosso Hospital e gostaríamos de contar com a sua preciosa ajuda no que respeita a uma avaliação do grau de satisfação dos Utentes em relação aos serviços prestados, potenciando a introdução de medidas que possibilitem um aumento da qualidade das nossas actividades. Naturalmente, não há respostas certas ou erradas, pretendendo-se apenas a sua opinião pessoal e sincera. Não solicitaremos quaisquer dados de identificação uma vez que pretendemos que este questionário seja de natureza confidencial e anónima. O questionário é preenchido pelo(a) nosso(a) entrevistador e pedíamos-lhe que não hesitasse em colocar as suas eventuais dúvidas. Agradecemos a sua gentil colaboração.

Tipo de Entrevista: Presencial ☐ Telefónica ☐

Caracterização Sociodemográfica:

- **Sexo:** F ☐ M ☐
- **Idade:** _____ anos
- **Estado civil:** Solteiro(a) ☐ Casado(a) ☐
  Separado(a)/Divorciado(a) ☐ Viúvo(a) ☐
- **Escolaridade:**

Sem escolaridade ☐ Básico ☐ Secundário ☐ Profissional/Médio ☐ Superior ☐

- **Situação de actividade actual:**

Estudante ☐ Empregado ☐ Desempregado ☐ Reformado/Pensionista ☐

- **Profissão actual/última profissão exercida:** _____

GRUPO I - RESULTADOS

▪ Globalmente, qual o seu grau de satisfação relativamente aos resultados que atingiu desde a sua admissão no Hospital (evolução do seu estado de saúde, da sua autonomia, do seu processo de reabilitação, entre outros)?

- ESTOU INSATISFEITO(A) ☐
- ESTOU POUCO SATISFEITO(A) ☐
- NÃO ESTOU SATISFEITO(A) NEM INSATISFEITO(A) ☐
- ESTOU SATISFEITO(A) ☐
- ESTOU MUITO SATISFEITO(A) ☐

▪ Se um familiar ou amigo tivesse que ser internado numa unidade de cuidados continuados, o que lhe diria relativamente à sua experiência de internamento no Hospital Valentim Ribeiro em Esposende:

- QUE ESTAVA INSATISFEITO(A) ☐
- QUE ESTAVA POUCO SATISFEITO(A) ☐
- QUE NEM ESTAVA SATISFEITO(A) NEM INSATISFEITO(A) ☐
- QUE ESTAVA SATISFEITO(A) ☐
- QUE ESTAVA MUITO SATISFEITO(A) ☐

GRUPO II - INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS

▪ Globalmente, qual o seu grau de satisfação relativamente às instalações do Hospital?

- ESTOU INSATISFEITO(A) ☐
- ESTOU POUCO SATISFEITO(A) ☐
- NÃO ESTOU SATISFEITO(A) NEM INSATISFEITO(A) ☐
- ESTOU SATISFEITO(A) ☐
- ESTOU MUITO SATISFEITO(A) ☐

▪ Qual o seu grau de satisfação relativamente:

- Às condições de acesso e mobilidade nas instalações do Hospital?

- ESTOU INSATISFEITO(A)
- ESTOU POUCO SATISFEITO(A) ☐
- NÃO ESTOU SATISFEITO(A) NEM INSATISFEITO(A) ☐
- ESTOU SATISFEITO(A) ☐
- ESTOU MUITO SATISFEITO(A) ☐

- À temperatura ambiente do Hospital?

- ESTOU INSATISFEITO(A) ☐
- ESTOU POUCO SATISFEITO(A) ☐
- NÃO ESTOU SATISFEITO(A) NEM INSATISFEITO(A) ☐
- ESTOU SATISFEITO(A) ☐
- ESTOU MUITO SATISFEITO(A) ☐

- Ao estado de conservação, conforto e limpeza das instalações?

- ESTOU INSATISFEITO(A) ☐
- ESTOU POUCO SATISFEITO(A) ☐
- NÃO ESTOU SATISFEITO(A) NEM INSATISFEITO(A) ☐
- ESTOU SATISFEITO(A) ☐
- ESTOU MUITO SATISFEITO(A) ☐

- Aos espaços comuns do Hospital (Capela, Sala de Convívio, Ginásio, Refeitórios, áreas para visitantes, corredores, área exterior, entre outros).

- ESTOU INSATISFEITO(A) ☐
- ESTOU POUCO SATISFEITO(A) ☐
- NÃO ESTOU SATISFEITO(A) NEM INSATISFEITO(A) ☐
- ESTOU SATISFEITO(A) ☐
- ESTOU MUITO SATISFEITO(A) ☐

- Ao seu quarto e equipamento individual (cama, mesinha de cabeceira, armário, cadeirão relax, ajudas técnicas, material de apoio à reabilitação, entre outros)?

- ESTOU INSATISFEITO(A) ☐
- ESTOU POUCO SATISFEITO(A) ☐
- NÃO ESTOU SATISFEITO(A) NEM INSATISFEITO(A) ☐
- ESTOU SATISFEITO(A) ☐
- ESTOU MUITO SATISFEITO(A) ☐

GRUPO III - RECURSOS HUMANOS / PROFISSIONAIS

▪ Globalmente, qual o seu grau de satisfação relativamente aos vários profissionais do Hospital?

- ESTOU INSATISFEITO(A) ☐
- ESTOU POUCO SATISFEITO(A) ☐
- NÃO ESTOU SATISFEITO(A) NEM INSATISFEITO(A) ☐
- ESTOU SATISFEITO(A) ☐
- ESTOU MUITO SATISFEITO(A) ☐

▪ **Qual o seu grau de satisfação relativamente:**

- Ao apoio, simpatia e disponibilidade dos médicos?

- ESTOU INSATISFEITO(A) ☐
- ESTOU POUCO SATISFEITO(A) ☐
- NÃO ESTOU SATISFEITO(A) NEM INSATISFEITO(A) ☐
- ESTOU SATISFEITO(A) ☐
- ESTOU MUITO SATISFEITO(A) ☐

- Ao apoio, simpatia e disponibilidade dos enfermeiros?

- ESTOU INSATISFEITO(A) ☐
- ESTOU POUCO SATISFEITO(A) ☐
- NÃO ESTOU SATISFEITO(A) NEM INSATISFEITO(A) ☐
- ESTOU SATISFEITO(A) ☐
- ESTOU MUITO SATISFEITO(A) ☐

- Ao apoio, simpatia e disponibilidade dos terapeutas?

- ESTOU INSATISFEITO(A) ☐
- ESTOU POUCO SATISFEITO(A) ☐
- NÃO ESTOU SATISFEITO(A) NEM INSATISFEITO(A) ☐
- ESTOU SATISFEITO(A) ☐
- ESTOU MUITO SATISFEITO(A) ☐

- Ao apoio, simpatia e disponibilidade dos auxiliares de acção médica?

- ESTOU INSATISFEITO(A) ☐
- ESTOU POUCO SATISFEITO(A) ☐
- NÃO ESTOU SATISFEITO(A) NEM INSATISFEITO(A) ☐
- ESTOU SATISFEITO(A) ☐
- ESTOU MUITO SATISFEITO(A) ☐

GRUPO IV - PROCESSOS

▪ **Globalmente, qual o seu grau de satisfação relativamente à forma como decorreram as várias actividades (cuidados, reabilitação, lazer)?**

- ESTOU INSATISFEITO(A) ☐
- ESTOU POUCO SATISFEITO(A) ☐
- NÃO ESTOU SATISFEITO(A) NEM INSATISFEITO(A) ☐
- ESTOU SATISFEITO(A) ☐
- ESTOU MUITO SATISFEITO(A) ☐

Qual o seu grau de satisfação relativamente:

- À alimentação (quantidade, qualidade, variedade, higiene dos alimentos e materiais de apoio à refeição, temperatura dos alimentos e apoio prestado durante a refeição)?

- ESTOU INSATISFEITO(A) ☐
- ESTOU POUCO SATISFEITO(A) ☐
- NÃO ESTOU SATISFEITO(A) NEM INSATISFEITO(A) ☐
- ESTOU SATISFEITO(A) ☐
- ESTOU MUITO SATISFEITO(A) ☐

- À assistência prestada no âmbito da sua higiene pessoal?

- ESTOU INSATISFEITO(A) ☐
- ESTOU POUCO SATISFEITO(A) ☐
- NÃO ESTOU SATISFEITO(A) NEM INSATISFEITO(A) ☐
- ESTOU SATISFEITO(A) ☐
- ESTOU MUITO SATISFEITO(A) ☐

- Às actividades de reabilitação e às actividades ocupacionais (tipo e frequência das actividades e apoio na realização das mesmas)?

- ESTOU INSATISFEITO(A) ☐
- ESTOU POUCO SATISFEITO(A) ☐
- NÃO ESTOU SATISFEITO(A) NEM INSATISFEITO(A) ☐
- ESTOU SATISFEITO(A) ☐
- ESTOU MUITO SATISFEITO(A) ☐

- À informação prestada sobre o seu estado de saúde?

- ESTOU INSATISFEITO(A) ☐
- ESTOU POUCO SATISFEITO(A) ☐
- NÃO ESTOU SATISFEITO(A) NEM INSATISFEITO(A) ☐
- ESTOU SATISFEITO(A) ☐
- ESTOU MUITO SATISFEITO(A) ☐

- À política do Hospital sobre as visitas e cuidadores informais?

- ESTOU INSATISFEITO(A) ☐
- ESTOU POUCO SATISFEITO(A) ☐
- NÃO ESTOU SATISFEITO(A) NEM INSATISFEITO(A) ☐
- ESTOU SATISFEITO(A) ☐
- ESTOU MUITO SATISFEITO(A) ☐

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE PORTIMÃO

UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS

Convalescença e Média Duração e Reabilitação

Manual de Instrumentos

Portimão, Setembro de 2008

Índice

PC01 - ADMISSÃO E ACOLHIMENTO DO UTENTE NA UCCI

PCI.01 Lista dos Documentos a serem enviados pela ECL
PCI.02 - PR.01 Acolhimento do Utente
PCI.03 Guia de Acolhimento ao Utente
PCI.04 Registo de Pertences do Utente
PCI.05 - PR02 Processo Individual do Utente
PCI.06 Vinheta do Utente
PCI.07 - PR.03 Comunicações com ECL
PCI.08 - NQ.01 Acolhimento do Utente Adulto
PCI.09 Folha de Rosto

PC02 - PRESTAÇÃO DE CUIDADOS SP1 - CUIDADOS CLÍNICOS

PCII.SP1.01 Diário Clínico
PCII.SP1.02 Plano Individual de Cuidados
PCII.SP1.04 Requisição de Análises Clínicas
PCII.SP1.05 Requisição de Radiologia
PCII.SP1.06 Folha de Informação Médica
PCII.SP1.07 Registo de Prescrições Não Medicamentosas
PCII.SP1.08 Folha de Prescrição Terapêutica
PCII.SP1.09 Registo de Análises Clínicas

PC02 - PRESTAÇÃO DE CUIDADOS SP2 - CUIDADOS DE ENFERMAGEM

PCII.SP2.01 Colheita de dados de Enfermagem
PCII.SP2.02 Cardex
PCII.SP2.03 Enfermagem - Ocorrência Extraordinária
PCII.SP2.04 Unidades de Insulina Administradas
PCII.SP2.05 Avaliação da Glicemia Capilar
PCII.SP2.06 Requisição de Solutos
PCII.SP2.07 Avaliação Risco de Úlceras de Pressão
PCII.SP2.08 Plano de Cuidados de Enfermagem
PCII.SP2.09 Requisição urgente á farmácia
PCII.SP210 Notas de Enfermagem
PCII.SP2.11 Registos Gráficos
PCII.SP2.12 Registo de Saídas do Utente
PCII.SP2.13 Plano Diário de Actividades
PCII.SP2.14 Medicação do Carro de Urgência
PCII.SP2.15 Lista do Material do Carro de Urgência
PCII.SP2.16 Utilização da Medicação do Carro de Urgência

PC02 - PRESTAÇÃO DE CUIDADOS SP3 - CUIDADOS DE REABILITAÇÃO

PCII.SP3.01 Folha de MFR

PC02 - PRESTAÇÃO DE CUIDADOS SP4 - APOIO SOCIAL

PCII.SP301 Processo Social
PCII.SP3.02 Plano de Presenças Grupo de Voluntários
PCII.SP3.03 Folha de Encaminhamento Social
PCII.SP3.04 Informação Social

PC02 - PRESTAÇÃO DE CUIDADOS SP5 - APOIO PSICOLÓGICO

PCII.SP4.01 Processo Individual e Registos

PC02 - PRESTAÇÃO DE CUIDADOS SP6 - NUTRIÇÃO E ALIMENTAÇÃO

PCII.SP5.01 Controlo e Avaliação das Refeições
PCII.SP5.02 Folha de Dietas por Utente
PCII.SP5.03 Plano Diário de Dietas

PCII.SP5.04 Cartão Individual de dietas
PCII.SP5.05 Ementa Semanal
PC02 - PRESTAÇÃO DE CUIDADOS SP7 - ANIMAÇÃO SOCIOCULTURAL
PCII.SP7.01 Programa Anual de Actividades de Animação SC
PCII.SP7.02 Participação nas Actividades de Animação SC
PCII.SP7.03 Ficha Individual de Avaliação
PCII.SP7.04 Plano de Sessão e Avaliação
PC02 - PRESTAÇÃO DE CUIDADOS SP8 - HIGIENE, IMAGEM E CONFORTO
PCII.SP6.01 - PR04 Orientações para Auxiliares de Acção Médica
PC03 - ALTA
PCIII.01 Folha de Alta Clínica
PCIII.02 Folha de Alta Enfermagem
PCIII.03 Alta a Pedido
PCIII.04 Declaração de Levantamento de Cadáver
PS1 - RESPONSABILIDADE DA GESTÃO
PS1.01 Regulamento Interno da UCC da SCMP
PS1.GC - RESPONSABILIDADE DA GESTÃO: GESTÃO DE COMPRAS
PS1.GC.01 - PR05 Procedimento Gestão de Compras
PS1.GC.02 Lista de Fornecedores Aprovados
PS1.GC.03 Acordo da Qualidade de Fornecimento
PS1.GC.04 Classificação de Fornecedores
PS1.GF - RESPONSABILIDADE DA GESTÃO: GESTÃO DE RECURSOS FINANCEIROS
PS1.GF.01 Acompanhamento de Despesas
PS1.PA - RESPONSABILIDADE DA GESTÃO: PLANEAMENTO DE ACTIVIDADES
PS1.PA.01 Ficha Plano de Acção
PS1.PA.02 Matriz Global de Gestão
PS1.PA.03 Cronograma do Plano de Acção
PS1.PA.04 Relatório de Actividades
PS2.GQ - GESTÃO DA QUALIDADE: GESTÃO DOCUMENTAL
PS2.GQ.01 - PR06 Procedimento Controlo dos Documentos e Registos
PS2.GQ.02 Documentação do Sistema de Gestão da Qualidade
PS2.GQ.03 Mapa de Controlo de Documentos Externos
PS2.GQ.04 Mapa de Controlo de Registos
PS2.GQ.05 Processo Chave
PS2.GQ.06 Processo Suporte
PS2.GQ.07 Sub-Processo
PS3.FRH - GESTÃO DE PESSOAS: FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS
PS3.FRH.01 - PR09 Formação
PS3.FRH.02 Necessidades de Formação Identificadas
PS3.FRH.03 Plano de Formação Anual
PS3.FRH.04 Registo de Acção de Formação
PS3.FRH.05 Ficha de Avaliação da Acção de Formação
PS3.FRH.06 Registo Individual de Formação
PS3.FRH.07 Ficha de Avaliação de Desempenho
PS3.GRH - GESTÃO DE PESSOAS: GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS
PS3.GRH.01 - PR07 Integração do Trabalhador
PS3.GRH.02 Manual de Integração
PS3.GRH.03 Ficha de Descrição de Funções
PS3.GRH.04 - PR08 Regras de Conduta dos Colaboradores
PS3.GRH.05 Compromisso Ético
PS3.GRH.07 Horário de Enfermagem

PS3.GRH.08 Horário dos AAM
PS3.GRH.09 Quadro do Pessoal da Instituição
PS3.GRH.11 Marcação de férias
PS3.GRH.12 Pedido Justificação de Faltas
PS3.GRH.13 Ficha de Inscrição para Emprego
PS4 – GESTÃO DE INFRA-ESTRUTURAS
PS4.02 Controlo de Infra-estruturas
PS4.03 Registo de Higienização das Instalações
PS4.04 Registo de Circulação de Roupa na UCCI
PS4.05 Plano de Emergência Interno
PS4.06 Requisição de Obra
PS4.07 Registo de Manutenção Caldeiras/Aquecimento
PS4.08 Registo de Manutenção de Ar Condicionado
PS4.09 Registo de Manut. da Central de Ar Comprimido
PS4.10 Registo de Manutenção e Funcionamento Gerador
PS5.AOI – MEDIÇÃO, ANÁLISE E MELHORIA: AUDITORIAS, OCORRÊNCIAS E NÃO CONFORMIDADES
PS5.AOI.01 - PR10 Auditorias Internas
PS5.AOI.02 Programa de Auditorias
PS5.AOI.03 Relatório de Auditoria Interna
PS5.AOI.04 - PR11 Não conformidade, Acção Correctiva e Preventiva
PS5.AOI.05 Registo de Não Conformidade, Acção Cor. e Prev.
PS5.GS – MEDIÇÃO, ANÁLISE E MELHORIA: AVALIAÇÃO DO GRAU DE SATISFAÇÃO
PS5.GS.01 - PR12 Avaliação da Satisfação dos Utentes
PS5.GS.02 Registo Anual de Reclamações
PS5.GS.03 Sugestões de Melhoria
PS5.GS.04 Avaliação do Grau de Satisfação dos Utentes
PS5.GS.05 Avaliação do Grau de Satisfação dos Familiares
PS5.GS.06 Avaliação do Grau de Satisfação dos Colaboradores
PS5.GS.07 Sugestões e Opiniões

INTRODUÇÃO

1. Apresentação do Manual

O presente Manual tem como objectivo fornecer os documentos e instrumentos que irão complementar o Modelo de Avaliação da Qualidade das Unidades de Internamento e Outras Respostas de Cuidados às Pessoas Idosas e às Pessoas em Situação de Dependência, do IQS, tendo em consideração a documentação elaborada pelo Grupo Misericórdias Saúde e as orientações da Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados.

O Modelo do IQS foi produzido de acordo com base na norma NP EN ISO 9001:2000 – Sistemas de Gestão da Qualidade: Requisitos e no Modelo de Excelência da European Foudation for Quality Management (EFQM). Rege-se pelos Princípios da Gestão da Qualidade e baseia-se numa filosofia de melhoria contínua da Qualidade. Foi nesse sentido que toda a documentação e instrumentos de suporte à implementação do Modelo foram elaborados.

O presente Manual está estruturado por capítulos consoante a área de gestão a que se refere, o que permite uma fácil adopção da documentação disponibilizada.

Como introdução geral a toda a construção da documentação, o Manual faz uma primeira abordagem à documentação do Sistema de Gestão da Qualidade de uma organização, com referência à maneira como este se deve estruturar, quais os documentos que dele fazem parte e como devem ser editados, distribuídos e controlados.

Nos capítulos dedicados aos Procedimentos Documentados e Instruções de Trabalho, são depois dados orientações mais específicas sobre a sua elaboração relativamente a estruturas, formatos e conteúdos. Uma vez que o Modelo de Referência do IQS não inclui qualquer tipo de documentação de apoio aos requisitos exigidos e, depois de analisada a documentação do GMS, são apresentados todos os procedimentos documentados exigidos pela Norma ISO 9001. Inclui também outros procedimentos considerados necessários e que não fazem parte dos 6 exigidos pela Norma ISO 9001.

No que diz respeito às Instruções de Trabalho, foram incluídas neste Manual as Instruções de Trabalho que resultaram da experimentação no terreno do Modelo de Referência. O Manual inclui também os impressos que suportam os Procedimentos e as Instruções de Trabalho, e outros resultantes do trabalho de terreno realizado e que foram considerados pelo equipamento em estudo, como necessários ao desenvolvimento da sua actividade diária.

São indicadas também as formas de elaborar os instrumentos exigidos pela legislação aplicada ao sector e que não se incluem na documentação referida anteriormente.

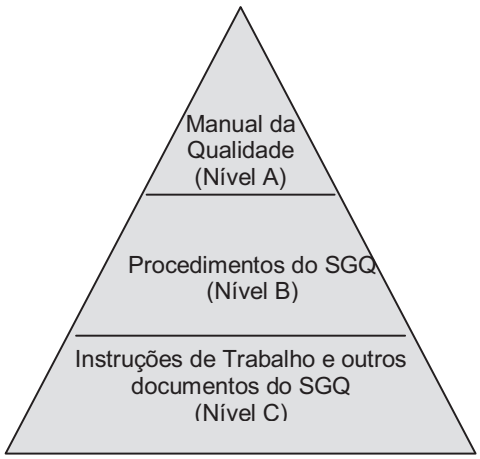
Por fim, é dada atenção à Avaliação do Grau de Satisfação de Utentes, Familiares e Colaboradores, com a inclusão do Questionário de Avaliação do Grau de Satisfação dos Utentes Internados, do Questionário de Avaliação da Satisfação dos Familiares e do Questionário de Avaliação da Satisfação dos Colaboradores.

2. A Documentação do Sistema de Gestão da Qualidade

A implementação de um Sistema de Gestão da Qualidade numa organização requer um conjunto de documentação que assegure o seu eficaz desenvolvimento e manutenção. Neste sentido é importante que os requisitos e o conteúdo da documentação do Sistema de Gestão da Qualidade remetam para os referenciais da qualidade que se propõem satisfazer.
Cada organização tem a possibilidade de escolher o modo de documentar o seu Sistema de Gestão da Qualidade, sendo que a documentação varia de acordo com as actividades desenvolvidas, a complexidade dos processos e suas interacções, a dimensão da organização e a competência do pessoal. Cada organização deve desenvolver a quantidade de documentação necessária para demonstrar a eficácia do planeamento, da operação, do controlo e da melhoria contínua do Sistema de Gestão da Qualidade e dos seus processos.

A norma NP 4433 – Linhas de Orientação para a Documentação do Sistema de Gestão da Qualidade, fornece as linhas de orientação para auxiliar qualquer organização a documentar o seu Sistema de Gestão da Qualidade, assegurando que o mesmo é eficaz e se mantém ajustado às necessidades específicas da organização. Importa aqui referir que os requisitos da Norma não se destinam a fins de certificação/registo, mas apenas a estabelecer um sistema documentado de acordo com o requerido pela Norma ISO 9001 – Sistemas de Gestão da Qualidade: Requisitos.

A estrutura da documentação utilizada no Sistema de Gestão da Qualidade pode ser descrita como uma hierarquia, sendo que a mesma depende das circunstâncias da organização e facilita a distribuição, manutenção e a compreensão da documentação. A figura seguinte ilustra a hierarquia da documentação do SGQ:



Conteúdos dos documentos:

Nível A: descreve o SGQ de acordo com a política e os objectivos da qualidade estabelecidos

Nível B: descreve os processos e as actividades interrelacionadas necessários para implementar o SGQ

Nível C: Consiste em documentos de trabalho detalhados

De salientar que a sequência de preparação da documentação do Sistema de Gestão da Qualidade não tem necessariamente que seguir a hierarquia ilustrada na figura anterior, uma vez que as instruções de trabalho e os procedimentos documentados são construídos ao mesmo tempo que se elabora o Manual da Qualidade.

Desta forma, a documentação do Sistema de Gestão da Qualidade pode incluir:

Politica da Qualidade e seus objectivos – conjunto de intenções de uma organização relacionadas com a qualidade tal como formalmente expressas pela gestão de topo. A política da qualidade é consistente com a política global da organização e proporciona um enquadramento para o estabelecimento dos objectivos da qualidade, os quais consistem em algo concreto que se procura obter ou atingir relativo à qualidade. Quando os objectivos estão quantificados tornam-se metas e são mensuráveis. A política da qualidade e os objectivos vêm normalmente referidos no Manual da Qualidade.

Manual da Qualidade – documento que especifica o sistema de gestão da qualidade de uma organização. O Manual da Qualidade pode variar em detalhe e formato de acordo com a dimensão e complexidade da organização.

Procedimentos documentados – modo especificado de realizar uma actividade ou um processo. Quando este está documentado utiliza-se a designação de procedimento documentado. A Norma ISO 9001 requer a obrigatoriedade de procedimentos documentados para alguns dos seus requisitos.

Instruções de Trabalho – documentos que estabelecem uma metodologia de actuação de como realizar e registar tarefas.

Formulários/Impressos – documentos utilizados para registar dados requeridos pelos requisitos do Sistema de Gestão da Qualidade. Um formulário torna-se um registo após a introdução de dados. Os formulários deverão conter título, número de identificação, estado de revisão e data de revisão. Os formulários deverão estar referidos, ou figurar como anexos no manual da qualidade, nos procedimentos documentados e/ou instruções de trabalho.

Planos da Qualidade – documentos que especificam quais os procedimentos e recursos associados a aplicar, por quem e quando, num projecto, produto/serviço, processo ou contrato específicos. Um plano da

qualidade é geralmente um dos resultados do planeamento da qualidade. O plano da qualidade apenas necessita fazer referência ao Sistema de Gestão da Qualidade documentado, mostrando como este se aplica à situação específica em questão, e identificar e documentar como é que a organização irá atingir aqueles requisitos que são exclusivos dessa situação. Deverá ser definido o campo de aplicação do plano da qualidade, sendo que o mesmo poderá incluir procedimentos, instruções de trabalho e/ou registos que sejam exclusivos.

Especificações – são documentos que estabelecem requisitos, sendo únicas para os produtos e/ou organizações.

Documentos externos – são informações e respectivos meios de suporte com origem externa à organização. A organização deverá considerar os documentos externos e o respectivo controlo no seu Sistema de Gestão da Qualidade documentado. Os documentos externos podem incluir entre outros, desenhos de clientes, especificações, requisitos estatutários e regulamentares, normas, códigos ou manuais de manutenção.

Registos – os registos do Sistema de Gestão da Qualidade expressam os resultados obtidos ou fornecem evidência de que as actividades referidas nos procedimentos documentados e nas instruções de trabalho foram realizadas. Os registos deverão indicar a conformidade com os requisitos do Sistema de Gestão da Qualidade e com os requisitos especificados para o produto/serviço. A responsabilidade pela preparação dos registos deverá ser considerada na documentação do Sistema de Gestão da Qualidade.

A documentação do Sistema de Gestão da Qualidade poderá estar em qualquer tipo de suporte, papel ou electrónico. Algumas das vantagens da utilização de suporte electrónico são:
a) em qualquer altura, o pessoal apropriado tem acesso à mesma informação actualizada;
b) os acessos e as alterações são facilmente efectuados e controlados;
c) a distribuição é imediata e facilmente controlada, com a possibilidade de impressão em papel;
d) há acesso remoto aos documentos;
e) a remoção de documentos obsoletos é simples e eficaz.

A elaboração da documentação do Sistema de Gestão da Qualidade implica a existência de um processo de preparação da documentação e um processo de aprovação, edição e controlo dos documentos do Sistema de Gestão da Qualidade. No processo de preparação da documentação deve ser considerada a atribuição de responsabilidades pela preparação da mesma, ou seja, a documentação do Sistema de Gestão da Qualidade deve ser desenvolvida pelas pessoas envolvidas nos processos e nas actividades, o que leva a que o pessoal tenha uma melhor compreensão dos requisitos necessários e proporciona um sentido de envolvimento e pertença. Na implementação do Sistema de Gestão da Qualidade deve ser feita uma conveniente identificação e análise dos processos, com base nos quais será definida a quantidade de documentação necessária para o Sistema de Gestão da Qualidade. Não deve ser a documentação a orientar os processos, mas sim os processos a orientar toda a documentação necessária.

Quanto ao processo de aprovação, edição e controlo dos documentos do Sistema de Gestão da Qualidade, os documentos, antes de serem editados, devem ser verificados e aprovados por pessoas autorizadas para assegurar a sua clareza, exactidão, adequação e estrutura apropriada.

Outra das actividades deste processo diz respeito à distribuição dos documentos por pessoal autorizado, cujo método utilizado pela organização deve assegurar que as edições relevantes dos documentos apropriados estão disponíveis a todo o pessoal que necessita da informação contida nos mesmos. Uma distribuição e controlo adequados podem ser ajustados, por exemplo, através de uma numeração sequencial das cópias individuais dos documentos para os destinatários. Convém também estabelecer um processo para iniciar, desenvolver, verificar, controlar e incorporar alterações nos documentos, sendo que o mesmo processo de verificação e aprovação usado no desenvolvimento dos documentos originais se deve aplicar ao processamento de alterações.

Deve também ser assegurado pela organização um controlo eficaz da edição e das alterações dos documentos, para que os seus conteúdos sejam devidamente aprovados por pessoal autorizado e para que a aprovação seja prontamente identificável. Só os documentos apropriados devem estar em utilização, logo

convém que os documentos revistos sejam substituídos pela última revisão. A organização deve registar o historial das alterações aos documentos para efeitos legais e/ou preservação do conhecimento.
A identificação das cópias não controladas é um dos outros aspectos deste processo de aprovação, edição e controlo dos documentos do Sistema de Gestão da Qualidade, pois para efeitos de propostas, cedência a clientes e outra distribuição especial de documentos em que não se pretenda controlo das alterações, convém identificar claramente os documentos distribuídos como sendo cópias não controladas.

Assim, e de acordo com a NP 4433, um Sistema de Gestão da Qualidade proporciona à organização os seguintes benefícios:

- Descrever o Sistema de Gestão da Qualidade da organização;
- Proporcionar informação a grupos multifuncionais para que estes possam compreender melhor as interrelações;
- Comunicar aos colaboradores o comprometimento da gestão para com a qualidade;
- Ajudar os colaboradores a compreender o seu papel na organização, dando-lhes assim um sentido acrescido do propósito e da importância do seu trabalho;
- Proporcionar um entendimento mútuo entre colaboradores e a gestão;
- Proporcionar uma base das expectativas quanto ao desempenho do trabalho;
- Declarar como se devem fazer as coisas por forma a atingir os requisitos especificados;
- Proporcionar evidência objectiva de que os requisitos especificados foram atingidos;
- Proporcionar um enquadramento claro e eficiente da operação;
- Proporcionar uma base para a formação de novos empregados e para a actualização periódica de colaboradores actuais;
- Proporcionar uma base de ordenação e de equilíbrio da organização;
- Proporcionar consistência nas operações baseada em processos documentados;
- Proporcionar uma base para a melhoria continua;
- Proporcionar a confiança dos clientes baseada em sistemas documentados;
- Demonstrar às partes interessadas as capacidades existentes na organização;
- Proporcionar um enquadramento claro dos requisitos para os fornecedores;
- Proporcionar uma base para auditar o Sistema de Gestão da Qualidade;
- Proporcionar uma base para avaliar a eficácia e a adequação contínua do Sistema de Gestão da Qualidade.

PROCESSO-CHAVE I – ADMISSÃO E ACOLHIMENTO DO UTENTE NA UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

SANTA CASA DA
MISERICÓRDIA DE PORTIMÃO
Unidade de Cuidados
Continuados

Unidade _____ Cama ___

LISTA DOS DOCUMENTOS A SEREM ENVIADOS PELA ECL

a) Identificação completa do Utente ..... ☐
b) Entidade financeira responsável..... ☐
c) Número de Utente do SNS..... ☐
d) Número de beneficiário de subsistema..... ☐
e) Número de Bilhete de Identidade..... ☐
f) História Clínica e Social ..... ☐
g) Carta de transferência de Enfermagem ..... ☐
h) Nota Clínica de Alta Hospitalar..... ☐
i) Exames Complementares de Diagnóstico realizados anteriormente (radiografias, análises, electrocardiograma) que sejam relevantes para a decisão clínica..... ☐
j) Informação sobre consultas e/ou exames que o doente tenha agendado..... ☐
k) Medicação..... ☐
l) *Concordância formal do Utente quanto à admissão na UCCI e à assumpção dos encargos decorrentes da prestação de cuidados sociais, cujo valor foi previamente calculado pela ECL..... ☐
m) Contacto dos familiares mais próximos e/ou do cuidador principal..... ☐
n) Outros documentos..... ☐

_____

_____

_____

** Só para UCCI de Média Duração e Reabilitação.*

Data: ___/___/__ Hora: ___ h___ m

Assinatura_____ Profissão_____

1. **Objectivo e Campo de Aplicação:**

Definir o procedimento a adoptar para o acolhimento inicial do utente aquando da sua admissão na Organização. Aplica-se a todas as acções respeitantes ao acolhimento inicial do utente na Organização.

2. **Modo de Proceder:**

No primeiro dia de admissão do utente na Organização, está presente o Enfermeiro(a) Responsável, ou alguém por si delegado, que desenvolve as seguintes acções:

- Informa sobre as regras de funcionamento da UCCI;
- Evidencia a importância da participação da (s) pessoa (s) próxima (s) do utente;
- Entrega ao utente ou familiar o Guia de Acolhimento e explica o seu conteúdo;
- Dá a conhecer o Regulamento Interno;
- Entrega ao utente o impresso "Lista de Pertences do Utente" que depois de preenchido é arquivado no Processo Individual do Utente;
- Presta os esclarecimentos necessários;
- Se, durante o período estabelecido para o acolhimento do utente na Organização, se verificarem reclamações ou ocorrências que evidenciem a inadaptabilidade do utente, estas serão registadas no Impresso "Registo de Não Conformidade: Acção Correctiva/Preventiva", e segue-se o disposto no Procedimento "Não Conformidades, Acções Correctivas e Preventivas".

GUIA DE ACOLHIMENTO
DO UTENTE INTERNADO EM
UNIDADES DE CUIDADOS CONTINUADOS

Unidade de Cuidados Continuados
da Misericórdia de Portimão

Director Técnico: Dr. João Amado.

ÍNDICE

Mensagem do Provedor ou Direcção 3
Breve Historial da Instituição 4
Informações Gerais 5
Direitos dos utentes 6
Deveres dos utentes 7
Medicação 8
Consultas..... 8
Equipa de Saúde 9
O que deve trazer no dia da admissão 10
Objectos de uso pessoal 11
Visitas 12
Alimentação 13
Actividades 14
Cafetaria 15
Pedidos de informação e comunicação com o exterior..... 15
Parqueamento e acesso 16
Assistencia Religiosa e Espiritual 17
Voluntariado 17
Alta 18
Sugestões / Reclamações 19
Avaliação do Grau de Satisfação 19

MENSAGEM DO PROVEDOR

Com este guia de acolhimento quer a Santa da Misericórdia da Misericórdia de Portimão dar a conhecer, a todos os utentes das suas Unidades de Cuidados Continuados, um conjunto de informações, regras e normas que visam facilitar a sua integração neste espaço. Num momento delicado para utentes e suas famílias, entendemos como fundamental que todos e cada utente conheça os seus direitos e deveres, mas principalmente que conheça e compreenda o papel de cada profissional de saúde, de cada funcionário e de cada colaborador no importante processo de reabilitação que se inicia.

Para a Mesa Administrativa da Santa Casa da Misericórdia de Portimão trata-se, essencialmente, de dar corpo a uma das mais nobres obras que lhe estão cometidas: cuidar dos enfermos. Séculos de história das Misericórdias, e da Irmandade de Portimão em particular, são testemunho da importância desta obra ao longo dos tempos. De acordo com o próprio espírito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, é nossa ambição fazer mais do que "apenas" tratar doenças. Ao entrar nesta Unidade, cada utente terá ao seu dispor uma equipa multidisciplinar e um conjunto de equipamentos que visam tratar, reabilitar, promover o bem estar psicológico e social. Uma equipa cuja missão é promover o mais rápido regresso de cada utente ao seio da sua família, núcleo fundamental da vivência de cada ser humano.
Queremos aliar a indispensável qualidade técnica à personalização dos cuidados, centrando e adequando os planos de reabilitação à realidade de cada utente.

Apostamos na humanização e na proximidade. Contamos convosco, com a vossa família, para contribuir para a permanente melhoria e aperfeiçoamento da nossa missão.

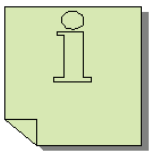
BREVE HISTORIAL DA INSTITUIÇÃO

O actual Parque de Saúde vem dar continuidade à tradição centenária da Santa Casa da Misericórdia de Portimão de prestação de cuidados de saúde. Depois de várias localizações na cidade onde a Irmandade cumpriu a sua função de cuidar dos enfermos, em 1973 foi inaugurado o Hospital da Misericórdia de Portimão, constituindo esse edifício a base do actual Parque de Saúde.

Entre 1974 e 1999, o Estado utilizou aquele edifício para aí instalar o Hospital Distrital de Portimão, integrado no Serviço Nacional de Saúde. Com a inauguração do Hospital do Barlavento Algarvio, e posterior devolução do Hospital Distrital à Santa Casa da Misericórdia, iniciou-se o processo de recuperação, reabilitação e equipamento do Parque de Saúde da SCMP. Nesse contexto, a Santa Casa da Misericórdia de Portimão procurou sempre ser um parceiro empenhado no sucesso do projecto de implantação de uma rede de Cuidados Continuados, dedicando boa parte do espaço disponível a esta nova realidade. Assim, logo após a inauguração das renovadas instalações, no âmbito do Protocolo de Cooperação celebrado, em Maio de 2004, entre o Ministério da Saúde e a União das Misericórdias Portuguesas, a Santa Casa da Misericórdia de Portimão constitui-se como a única Instituição no Algarve a integrar essa experiência, em parceria com o Hospital Distrital de Faro e o Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio. Posteriormente, com a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, foi uma vez mais a SCMP pioneira no Algarve, transportando para a Rede durante o período das experiências piloto o saber, as práticas, os sucessos e os erros porque tinha já passado.

Hoje, como desde 2004, a área dos Cuidados Continuados constitui-se como uma das principais apostas da SCMP quer no serviço que pode prestar aqueles que dela necessitam, quer na sua relação com o Estado.

INFORMAÇÕES GERAIS



Assegurar um conjunto de cuidados de saúde e/ou de apoio social, promovendo a autonomia e melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através de um processo activo e contínuo de reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social é a Missão desta Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI).

A sua recuperação é, portanto, a razão da existência da UCCI da Santa Casa da Misericórdia de Portimão

Por isso, tudo faremos para que se restabeleça rapidamente. Nesse sentido, esta Unidade disponibiliza todo um conjunto de meios técnicos e humanos, tal como um conjunto de acções que lhe proporcionarão conforto e bem-estar durante a sua permanência na Unidade.

Este Guia de Acolhimento tem como objectivo ajudá-lo, a si e à sua família ou cuidador a conhecer melhor esta Unidade, onde vai permanecer por algum tempo.

Para esclarecimento de qualquer dúvida, por favor, não hesite e solicite toda a informação que necessitar junto do(a) Sr.(a) Enf.(a) Responsável ou da Técnica Superior de Serviço Social.

DIREITOS DOS UTENTES

O doente internado tem direito:

A ser tratado no respeito pela dignidade humana, independentemente das suas convicções culturais, filosóficas e religiosas;

A receber os cuidados apropriados ao seu estado de saúde, no âmbito dos cuidados preventivos, curativos, de reabilitação, terminais e paliativos;

À continuidade de cuidados;

A ser informado acerca dos serviços de saúde existentes, suas competências e níveis de cuidados;

A ser informado sobre a sua situação de saúde;

A obter uma segunda opinião sobre a sua situação clínica;

A dar ou recusar o seu consentimento, antes de qualquer acto clínico ou participação em investigação ou ensino;

À confidencialidade de toda a informação clínica e elementos identificativos que lhe respeitam;

De acesso aos dados registados no seu processo clínico;

À privacidade na prestação de todo e qualquer acto clínico;

Por si ou por quem o represente, a apresentar sugestões e reclamações;

À visita dos seus familiares e amigos;

À sua liberdade individual;

DEVERES DOS UTENTES

O doente internado tem o dever:

De zelar pelo seu estado de saúde;

De fornecer aos profissionais de saúde todas as informações necessárias para a obtenção de um correcto diagnóstico e adequado tratamento;

De respeitar os direitos dos outros doentes;

De colaborar com os profissionais de saúde, respeitando as indicações que lhe são recomendadas e por si livremente aceites;

De respeitar as regras de funcionamento da Unidade de Cuidados Continuados;

De utilizar os serviços de saúde de forma apropriada e de colaborar activamente na redução de gastos desnecessários;

De, em relação aos doentes da Unidade de Média Duração e Reabilitação, cumprir os compromissos financeiros assumidos com a Unidade de Cuidados Continuados e que lhe foram dados a conhecer pela Equipa de Coordenação Local (ECR) no momento da sua transferência para a mesma.

O não respeito pelas regras básicas de convivialidade, civilidade e de sã convivência poderá acarretar, caso esses comportamentos interfiram no funcionamento da unidade ou no bem-estar dos outros utentes, procedimentos disciplinares previstos no Regulamento interno da Unidade.

MEDICAÇÃO

Durante o internamento na Unidade de Cuidados Continuados da Misericórdia de Portimão, os doentes cumprem a medicação e orientações terapêuticas, prescritas pelos médicos da Unidade. Os doentes internados não deverão cumprir qualquer medicação que não seja prescrita pelos médicos da Unidade.

Qualquer outra informação sobre medicação e orientações terapêuticas, deve ser comunicada ao enfermeiro responsável ou ao médico assistente.

Qualquer outra informação sobre medicação e orientações terapêuticas, deve ser comunicada ao enfermeiro responsável ou ao médico assistente.

CONSULTAS

Toda a informação sobre consultas ou exames a realizar durante o tempo de internamento, deve ser comunicada o mais atempadamente possível ao enfermeiro responsável ou ao médico assistente.

Caso se realizem consultas ou exames durante o período de internamento, é dever do familiar responsável acompanhar o doente a essas consultas ou exames.

EQUIPA DE SAÚDE

Os cuidados de que necessita ser-lhe-ão prestados nesta Unidade por uma equipa multidisciplinar que é constituída por:

Médicos

Enfermeiros

Assistente Social

Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica (Fisioterapeutas, Terapeutas Ocupacionais, Terapeutas da Fala, etc.)

Psicólogo(a)

Nutricionista/Dietista

Animador(a) Social

Auxiliares de Acção Médica

Administrativos

A equipa de Enfermagem assegura cuidados de saúde nos três turnos diários que cobrem as 24 horas, todos os dias da semana. A mudança de turno tem lugar às 8 h, às 16 h. e às 24 h.

O QUE DEVE TRAZER NO DIA DA ADMISSÃO

No momento em que é formalizada a sua admissão e ao longo do internamento, os elementos da equipa da Unidade poderão solicitar-lhe a seguinte informação:

Cópia do Bilhete de Identidade;
Cópia do Cartão do Utente;
Cópia do Cartão de Beneficiário de Subsistema de Saúde (ADSE, SAMS ou outro), caso exista;
Relatórios médicos que tenha em seu poder e se revelem necessários;
Exames Complementares de Diagnóstico realizados anteriormente (radiografias, análises, electrocardiograma), e que estejam na sua posse;
Contacto dos seus familiares mais próximos.

Em caso de necessidade, deve pedir a colaboração dos seus familiares, no sentido de fornecer a informação e documentos que lhe forem solicitados.

OBJECTOS DE USO PESSOAL

Deve trazer:

Pijama ou camisa de dormir, robe e chinelos (fechados atrás);

Roupa interior;

Roupa «prática» para vestir durante o dia (fato de treino, ténis, etc.);

Artigos de higiene pessoal (pente ou escova de cabelo, copo e escova de dentes, pasta dentífrica, etc);

Pode ainda trazer:

Livros, revistas ou outros artigos;

Telemóvel.

É aconselhável que não traga objectos de valor ou elevadas quantias de dinheiro pois, no caso do seu desaparecimento, a Unidade de Cuidados Continuados não se responsabilizará pelo facto.

Para não incomodar os outros doentes, por favor reduza o som do seu telemóvel para tão baixo quanto possível.

Não é permitido fumar dentro das instalações das unidades de saúde. Se é fumador (a), peça ajuda ao seu médico para deixar de fumar, pois essa decisão terá um efeito muito positivo sobre o seu estado de saúde actual e futuro.

VISITAS[1]

As visitas são diárias e de acordo com as seguintes indicações:
Visita especial[2]: das 13:00 às 19:30
Visita geral: das 15:00 às 17:00

Pode receber os seus familiares e amigos no quarto ou na sala de estar/visitas. A sua participação e envolvimento no processo de prestação de cuidados são estimulados e apoiados por toda a equipa desta Unidade, de forma a facilitar a sua recuperação global.

Se receber as suas visitas no quarto, colabore para que não estejam presentes em simultâneo mais pessoas do que as previstas em regulamento.

Ajude-nos a proporcionar o seu bem-estar e o dos outros utentes: por favor, contribua para minimizar o nível de ruído.

Os utentes têm o direito de recusar a presença de visitas. Se esta for a sua vontade, deve comunicá-la ao(à) Responsável da Unidade.

---

[1] Para mais informação, existe o Regulamento de Visitas da Unidade.
[2] Uma pessoa à escolha do utente internado ou pelo seu representa legal.

ALIMENTAÇÃO

A alimentação faz parte do seu processo de recuperação pelo que devem ser respeitadas as orientações dadas pela equipa de saúde, que terá sempre em conta as suas preferências e o seu regime alimentar.

A dieta fornecida pela Unidade é completa e equilibrada, pois é estabelecida de acordo com as suas necessidades nutricionais. No entanto, se preferir os alimentos que lhe trazem do exterior, deve comunicar ao Enfermeiro Responsável, para que ele o possa informar sobre eventuais restrições decorrentes do seu estado de saúde.

As refeições são servidas no seguinte horário:
Pequeno-almoço: 8h45
Meio da manhã: 11h00
Almoço: 13h00
Lanche: 16h00
Jantar: 19h00
Ceia: 22h00

Se assim o desejar, os seus familiares e amigos podem permanecer junto de si durante as refeições, sempre que estas coincidam com o horário das visitas, e podem apoiá-lo, colaborando consigo na toma das refeições.

ACTIVIDADES

A Unidade tem planeado um conjunto de actividades diárias de reabilitação, de entre as quais se destacam a Fisioterapia e a Terapia Ocupacional, que visam contribuir activamente para a sua reabilitação. O horário das actividades está afixado no placard situado ….

Para além destas, a Unidade desenvolve outras actividades que têm como objectivo a ocupação dos tempos livres e a manutenção de uma vida activa, contribuindo assim para a sua recuperação global. A pintura, música, os trabalhos manuais, artesanato, são algumas das actividades que pode realizar e que são desenvolvidas sob orientação do(a) animador(a) cultural da Unidade. Os dias e as horas marcados para estas actividades estão afixados no placard à entrada da Unidade.

Se tem um gosto especial por alguma actividade ou passatempo, por favor informe o(a) Responsável da Unidade para que este analise a possibilidade de a mesma vir a ser desenvolvida.

CAFETARIA

Em alguns locais há máquinas automáticas dispensadoras onde poderão obter algumas bebidas ou alimentos.

PEDIDO DE INFORMAÇÕES E COMUNICAÇÃO COM O EXTERIOR

As informações sobre o seu estado de saúde serão dadas pessoalmente a si e/ou aos seus familiares mais próximos pelo Médico Assistente e/ou pelo(a) Enfermeiro(a) Responsável.

Outras informações poderão ser dadas através de ligação telefónica para o número geral da Misericórdia (282430040), solicitando a ligação à extensão da Unidade que se pretende contactar e indicando o nome do utente.

No caso de se poder deslocar, existe uma cabine telefónica na entrada do Parque de Saúde, que permite o acesso telefónico ao exterior mediante utilização de moedas ou cartões.

Correio: pode receber e enviar correspondência durante o período de internamento nesta Unidade. Caso deseje utilizar o endereço desta Unidade peça, por favor, informações ao(à) Enfermeiro(a) Responsável.

PARQUEAMENTO E ACESSO

Os utentes e seus familiares que se desloquem em viatura própria, podem estacionar num parque de acesso livre, perto da entrada para o Parque de Saúde da Misericórdia.

A entrada com viaturas para o interior do Parque de Saúde é limitado a situações específicas.

Os transportes públicos que servem a Unidade são:
Autocarros: Vaivém - Linha Roxa
Táxis: 800200282 (chamada gratuita)

ASSISTÊNCIA RELIGIOSA E ESPIRITUAL

Qualquer que seja a sua confissão religiosa ou orientação espiritual, pode pedir assistência dessa natureza durante o período de internamento.
Os doentes que desejem receber a Sagrada Comunhão ou Sacramentos devem manifestar essa vontade ao Enfermeiro Responsável.

VOLUNTARIADO

A Unidade de Cuidados Continuados dispõe de um núcleo local de voluntariado, que presta apoio aos utentes em algumas das suas actividades diárias, nomeadamente no apoio à alimentação, a leitura de livros ou revistas, a dinamização de actividades recreativas (jogos de cartas, damas, uno, dominó), entre outras.

ALTA

Quando estiver planeada a data de alta, a equipa de profissionais da Unidade informá-lo-á com a devida antecedência e ajudá-lo-á a preparar o seu regresso a casa, em articulação com os seus familiares.

No momento da alta ser-lhe-á entregue a folha de alta, carta com resumo da evolução da sua situação clínica para entregar ao seu médico de família, medicação, conselhos e orientações a seguir no seu domicílio para uma efectiva continuidade de cuidados.

A alta a pedido do utente implica o preenchimento de um impresso próprio, que deve ser solicitado ao (à) Enfermeiro(a) Responsável e assinado pelo próprio ou pelo seu representante legal.

A saída das instalações da Unidade de Cuidados Continuados deve ser feita com o prévio conhecimento do(a) Médico(a) Assistente.
Se necessitar, pode solicitar declaração de internamento relativa ao período em que permaneceu nesta Unidade de Cuidados Continuados.

SUGESTÕES / RECLAMAÇÕES

As suas sugestões e/ou reclamações são muito importantes para nós porque, através delas, podemos melhorar os cuidados que prestamos.
Pode colocar as suas sugestões na caixa de "SUGESTÕES" existente para o efeito ou, se o quiser fazer pessoalmente, pode comunicá-las ao Director da Unidade.
No caso de reclamação sobre a qualidade do atendimento ou dos serviços prestados, pode utilizar o Livro de Reclamações que existe nesta Unidade, bastando para este efeito que o peça ao Enfermeiro Responsável.

AVALIAÇÃO DO GRAU DE SATISFAÇÃO

Queremos conhecer o seu grau de satisfação com os cuidados que lhe foram prestados nesta Unidade, a fim de podermos melhorar o nosso serviço. Nesse sentido, agradecemos que preencha o Questionário em Anexo e que o coloque na caixa existente para esse efeito, identificada como "SUGESTÕES".

Parque de Saúde da Misericórdia de Portimão,
Av. São João de Deus, 8500-508
Telefone: 282430040
Fax: 282430049
Endereço de e-mail: scmp@mail.ptprime.pt

SANTA CASA DA
MISERICÓRDIA DE PORTIMÃO
Unidade de Cuidados
Continuados

Unidade _____ Cama ___

REGISTO DE PERTENCES DO UTENTE

Bens pessoais	Quantidade	Data de Entrega	Assinaturas		Observações
			Utente	Organização	

1. Objectivo e Campo de Aplicação

...

2. Modo de Proceder

...

Fazem parte do PIU:

- Pedido da ECL para admissão na UCCI;
- Carta de Transferência da instituição de origem;
- Dados biográficos e sociais;
- Diário Médico;
- Resultados de Exames Complementares de Diagnóstico e Terapêutica;
- Marcação e registos de Consultas Externas;
- Grelha de avaliação - MAB;
- Plano Individual de Cuidados;
- Folha de Prescrição Terapêutica;
- Folha de Admissão de Enfermagem;
- Plano de Cuidados de Enfermagem;
- Registos de Enfermagem;
- Folha de registos de cuidados de feridas;
- Folha de Ocorrências de Enfermagem;
- Folha de Registo de Administração da Medicação;
- Folha de Registos e de Avaliação de MFR e MIF;
- Folha de Registos e de Avaliação da Psicologia Clínica
- Folha de Registos de Avaliação Social;
- Folha de Registos de Animação sociocultural;
- Nota de Ocorrência Extraordinária;
- Registos dos contactos com a ECL, sobre o utente;
- Relatórios de Alta/Transferência (Procedimentos Clínicos e Psicossociais prestados; Indicações de Tratamento e Plano Terapêutico a seguir; Avaliação Psicossocial e Proposta de Intervenção em Cuidados Sociais; Folha de Alta/Transferência de Enfermagem).
- Termo de Responsabilidade e Espólio;
- Declaração de Consentimento Informado;

Toda a informação constante do PIU está ao abrigo do sigilo profissional. Como tal, o seu acesso deve ser restrito aos profissionais da Unidade de Cuidados Continuados.

A consulta da informação clínica, o seu manuseamento e a sua utilização são da responsabilidade dos técnicos de saúde que integram a equipa envolvida na prestação de cuidados ao utente a que se refere.

Acresce, ainda, que outro profissional de saúde o poderá fazer, tendo para isso a prévia autorização do Médico Responsável pelo utente, bem como do Director Clínico.

O Processo Individual do Utente deve-se manter organizado durante todo o processo de internamento e no Suporte de Processos. Se o internamento for longo e implicar volumes elevados de documentação, dever-se-á colocar a informação menos recente num envelope devidamente identificado com os dados do utente (vinheta), no respectivo local no suporte de processos.

Após a alta do utente, o PIU é arquivado em local seguro e específico para o efeito, ao qual têm acesso apenas os profissionais autorizados, de acordo com a legislação em vigor.

SANTA CASA DA
MISERICÓRDIA DE PORTIMÃO
Unidade de Cuidados
Continuados

VINHETA

Nome:	Data. Nasc. __ / __ / ___
Nº Benef. SNS:	Morada:
Subsistema:	
N.º Benef. Subsistema:	Código Postal: -
N.º Processo	Telefone:

A comunicação com a ECL em relação aos variados aspectos dos utentes a internar (condições para internamento, situação clínica e social do utente) ou internados (ocorrências, complicações ou procedimentos para alta, etc.) na UCCI, deve ser realizada por telefone ou e-mail, sendo feito o respectivo registo e arquivamento no Processo Individual do Utente, em separador designado.

Essa comunicação deverá ser da responsabilidade do Director Clínico da UCCI, sendo o seu procedimento efectuado por uma equipa composta pelo Enfermeiro Responsável, Técnica Superior de Serviço Social e Assistente Administrativa.

O Director Clínico

.....

I - Definição

Realização de uma série de actividades que ocorrem quando o utente entre na Unidade de Cuidados.

II - Objectivos

- Criar um ambiente cómodo onde o utente/família(a)companhante se sintam bem-vindos e seguros;
- Proporcionar informação básica ao utente /família(a)companhante;
- Obter informação básica do utente quer pelo próprio, família ou acompanhante;
- Colher dados que permitam uma personalização dos cuidados.

III - Informações Gerais

A - Quem executa?

- O enfermeiro

B - Orientações quanto à execução

IV - Procedimento

Acções	Justificação
1. Acolhe o utente /família(a)companhante com cortesia.	1.
2. Trata o utente pelo nome.	2.
3. Apresenta-se ao doente.	3.
4. Deixa o utente /família(a)companhante exprimir-se.	4.
5. Responde ao conteúdo da mensagem verbal ou não verbal.	5.
6. Aceita o utente como pessoa, independentemente da sua raça, religião e convicções políticas.	6.
7. Compreende os sentimentos do utente /família.	7.
8. Instala o utente na enfermaria.	8.
9. Apresenta-o aos outros utentes.	9.
10. Proporciona ao utente /família explicações acerca das normas do hospital (guia de acolhimento) relativas a: • Horas de visitas,	10.

• Utilização de telefones, • Utilização de televisores.	
11. Explica as rotinas da Unidade de Cuidados (guia de acolhimento): • Horário das refeições, • Visitas do capelão, • Visitas do barbeiro, • Visita médica, • Horário da mudança do turno.	11.
12. Explica o funcionamento das luzes e campainha; e a existência do controlo de temperatura, que será alterado pela enfermeira(a)uxiliar.	12.
13. Informa sobre a localização das instalações: • Casa de Banho, • Gabinetes de enfermagem/médico, • Sala de tratamento.	13.
14. Informa sobre as funções de todo o pessoal que possa ter de contactar com o utente.	14.
15. O utente consciente assina o termo de responsabilidade dos pertences que ficam com ele.	15.
16. Entrega os objectos de valor à família e na ausência desta deverá ser elaborado o respectivo espólio (de acordo com o regulamento em vigor), no caso do utente se encontrar inconsciente.	16.
17. Colhe dados para identificação de necessidades em cuidados de enfermagem, preenchendo os respectivos documentos, através de: Utente /Família(a)companhante, • Processo Clínico (ver anexo I) e outros; Utilizando como técnicas: entrevista, observação, exame físico.	17.

V - Registos

- Dia, hora e modo de admissão (se veio a pé, cadeira de rodas ou maca).

SANTA CASA DA
MISERICÓRDIA DE PORTIMÃO
Unidade de Cuidados Continuados

Unidade ____ Cama ____

FOLHA DE ROSTO

Data de admissão: .... / .... / 200...	**Data de saída: ..... / ..... / 200...**	**Nº dias intern.: .....**
Referenciação:	☐ **Alta** ..... ☐ **Referenciação** ..... ☐ **Transferência** ..... ☐ **Falecido**	

Diagnósticos	**Principal:**	.....
	Secundário:	....
Motivo de Internamento		....
Ocorrências		....

Estado à saída: ☐ **Curado** .....

☐ **Melhorado** .....

☐ **Mesmo** .....

☐ **Piorado** .....

☐ **Falecido** ☐ **Autopsia**

O Médico Responsável	**O Director de Serviço**
.....	.....
(n.º Céd. Prof. .....)	**(n.º Céd. Prof. .....)**

PROCESSO-CHAVE II – PRESTAÇÃO DE CUIDADOS AO UTENTE INTERNADO NA UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

SUB-PROCESSO 1 – PRESTAÇÃO DE CUIDADOS CLÍNICOS

SANTA CASA DA
MISERICÓRDIA DE PORTIMÃO
Unidade de Cuidados
Continuados

Unidade _____ Cama ___

DIÁRIO CLÍNICO

DATA	HISTÓRIA / DIÁRIO CLÍNICO

VSFF.

DATA	HISTÓRIA / DIÁRIO CLÍNICO

SANTA CASA DA
MISERICÓRDIA DE PORTIMÃO
Unidade de Cuidados
Continuados

Unidade ___ Cama ___

PLANO INDIVIDUAL DE CUIDADOS

	Entrada	..... / ..... /	..... / ..... / .....
Médico			
Enfermagem			
Reabilitação			
Social			
Psicológico			
Nutricionista			

	..... / ..... /	..... / ..... /	..... / ..... / .....
Médico			
Enfermagem			
Reabilitação			
Social			
Psicológico			
Nutricionista			

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE PORTIMÃO
Unidade de Cuidados Continuados

Análises Clínicas

_____/_____/_____

Informação Clínica Geral:

Requisita-se:

HEMATOLOGIA
- □ V. Sedimentação
- □ Hemograma

HEMOSTASE
- □ PTT
- □ T. Protombina
- □ INR

IMUNOHEMATOLOGIA
- □ Grupo Sanguíneo

MICROSCOPIA
- □ Urina II

BIOQUÍMICA
- □ Glicose
- □ Ureia
- □ Creatinina
- □ Ácido úrico
- □ Colesterol Total
- □ HDL, colesterol
- □ LDL, colesterol
- □ Triglicéridos
- □ Proteínas totais
- □ Albúmina
- □ Bilirrubinas
- □ Amilase
- □ CPK
- □ CK-MB
- □ LDH
- □ TGO/ AST
- □ TGP/ ALT
- □ GT
- □ Fosfase alcalina
- □ Ionograma
- □ Proteinograma
- □ Ferro
- □ TIBC
- □ Amilase
- □ Cálcio
- □ Fósforo
- □ Magnésio
- □ PCR

MICROBIOLOGIA
- □ Urocultura

Médico : Dr.(a)_____Nº Ordem: _____

Ass. Legível: _____

MOD.PCII.SP1.04 / OUT08

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE PORTIMÃO
Unidade de Cuidados Continuados

Radiologia

_____/_____/_____

Requisita-se:

☐ Raios x .....

.....

☐ Ecografia.....

.....

☐ Outros .....

.....

Informação Clínica:

Médico : Dr.(a)_____Nº Ordem: _____

Ass. Legível: _____

MOD.PCII.SP1.05 / OUT 08

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE PORTIMÃO Unidade de Cuidados Continuados	**Folha de Informação Médica**

Referenciação para a Consulta Externa ☐
Referenciação para Serviço Urgência ☐
_____ ☐

___ / ___ / ___

Médico : Dr.(a)_____

Ass. Legível: _____

Mod.PCII.SP1.06 / OUT08

SANTA CASA DA
MISERICÓRDIA DE PORTIMÃO
Unidade de Cuidados
Continuados

Unidade _____ Cama ___

REGISTO DE PRESCRIÇÕES NÃO MEDICAMENTOSAS

DATA	PRESCRIÇÕES	MÉDICO	ENFERMEIRO

SANTA CASA DA
MISERICÓRDIA DE PORTIMÃO
Unidade de Cuidados
Continuados

Unidade _____ Cama ___

Folha de Prescrição Terapêutica

INSTRUÇÕES: Utilize uma nova tira para cada variação do tratamento. Revisão terapêutica de 7 em 7 dias. O medicamento deve ser identificado correctamente com a forma farmacêutica, dose, via e frequência. Todas as tiras devem ser rubricadas pelo Médico.

D

SERVIÇO .....
DOENTE .....
..... CAMA N.º .....
MÉDICO .....
HORA |_|_|_|_|
DATA ..... / ..... / .....

MEDICAMENTO	Forma medic.	Dose	Via admin.	Fre-quência

C

SERVIÇO .....
DOENTE .....
..... CAMA N.º .....
MÉDICO .....
HORA |_|_|_|_|
DATA ..... / ..... / .....

MEDICAMENTO	Forma medic.	Dose	Via admin.	Fre-quência

B

SERVIÇO .....
DOENTE .....
..... CAMA N.º .....
MÉDICO .....
HORA |_|_|_|_|
DATA ..... / ..... / .....

MEDICAMENTO	Forma medic.	Dose	Via admin.	Fre-quência

A

SERVIÇO .....
DOENTE .....
..... CAMA N.º .....
MÉDICO .....
HORA |_|_|_|_|
DATA ..... / ..... / .....

MEDICAMENTO	Forma medic.	Dose	Via admin.	Fre-quência

SANTA CASA DA
MISERICÓRDIA DE PORTIMÃO
Unidade de Cuidados
Continuados

Unidade _____ Cama ___

REGISTO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Data								
Hora								
Eritrócitos								
Hemoglobina								
Hematócrito								
Reticulocitos								
Leucócitos								
Neutrófilos								
Eosinófilos								
Basófilos								
Linfócitos								
Monócitos								
Plaquetas								
TP								
INR								
PTT								
Fibrinogénio								
PDF								
Dímero								
VS								
PCR								
Ureia								
Cretinina								
Glicose								
IONOGRAMA	NA							
	K							
	Cl							
	Ca							
	P							
	Mg							
ENZIMAS / F. HEPÁTICA	Troponina							
	CK							
	CK-MB							
	LDH							
	TGO							
	TGP							
	GGT							
	F. Alcal.							
	Bilir. T							
	Bilir. D							
	Amilase							
Prot. Totais								
Albumina								

	Data							
URINA	PH							
	Densidade							
	Proteínas							
	Glucose							
	Corpos Cet.							
	Hemoglobina							
	Urobilinogén.							
	Bilirrubina							
	Sedimento							
	NE							
	K							
	Ci							
	Osmolarid.							
	Ureia							
	Amilase							
	Data							
SEROLOGIA	Ac HIV I							
	Ac HIV II							
	Ag HBs							
	Ac HBs							
	AC HBC							
	Widal							
	Huddleson							
	Well-Felix							
	Data							
DERRAMES / LCR	PH							
	Densidade							
	Proteínas							
	Albumina							
	Glucose							
	LDH							
	Sedimento							
	Data							

PROCESSO-CHAVE II – PRESTAÇÃO DE CUIDADOS AO UTENTE INTERNADO NA UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

SUB-PROCESSO 2 – PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE PORTIMÃO
Unidade de Cuidados Continuados

Unidade _____ Cama ___

COLHEITA DE DADOS DE ENFERMAGEM

INFORMAÇÃO GERAL

Residência: Com familiares ☐ Sozinho ☐ Lar ☐ Nome preferido _____
Pessoa a contactar se necessário: _____ Telefone: _____
Religião: _____ Profissão / Sit. Profissional: _____
Motivo de Admissão: _____ Médico Família / Centro de Saúde: _____

ANTECEDEN. PESSOAIS

Outras patologias que sofre? _____
Internamentos anteriores ☐ Onde? _____ Quando? _____
Medicação no domicilio ☐ Qual? _____
Alergias ☐ Quais? _____

APRECIAÇÃO DAS ACTIVIDADES DE VIDA

MANTER AMBIENTE

Consciente ☐ Lúcido ☐ Desorientação: Háb. Alcoólicos ☐
Inconsciente ☐ Confuso ☐ Tempo/espaço ☐ Háb. Tabágicos ☐
Agitado ☐ Uso de Próteses ☐ Qual? _____
Outros Dados Importantes: _____

HIGIENE PESSOAL E VESTIR

Dependente Total ☐ Aspecto cuidado ☐ Alt. Integridade Cutânea ☐
Dependente Parcial ☐ Aspecto descuidado ☐ Localização:
Sagrada ☐ Calcanhar ☐
Trocanter ☐ Ombros ☐
Independente ☐ Outros: _____
Outros dados importantes: _____

RESPIRAR / OXIGENAÇÃO

Alterações dos Sinais Vitais ☐ Pulso ☐ Respiração ☐ TA ☐
Tosse ☐
Edemas ☐ Generalizados ☐ Dificuldade respiratória ☐ Expectoração ☐
Membros Inferiores ☐ Mucosas Cianosadas ☐
Varizes ☐ Extremidades Cianosadas ☐ Caract. _____
Outros dados importantes: _____

COMUNICAR

Sem alterações ☐ Alteração acuidade visual ☐ Alteração acuidade auditiva ☐
Afasia ☐ Invisual ☐ Total ☐
Disartria ☐ Perda parcial ☐ Diminuição ☐
Outros dados importantes: _____

MOVER-SE

<u>Independente</u> ☐
<u>Dependente parcial:</u>
- Marcha (_____) ☐
- Transferências ☐
- Mobilização cama ☐

<u>Dependente total:</u>
- Marcha ☐
- Transferências ☐
- Mobilização cama ☐

<u>Sinais neurológicos:</u>
Força muscular
Mantida ☐
Diminuída
Generalizada ☐
Hemiplégia ☐
Hemiparésia ☐

<u>Imobilização</u>
Com ap. Gessado
Tubular ☐
Tala posterior ☐
- Localização: _____

- Por tracção
Cutânea ☐
Esquelética ☐

- Peso _____ Kgs
- Extremidades:
Frias ☐
Cianosadas ☐

- M Inf. Esq ☐
- M. Inf. Dir ☐
- Coluna cervical ☐
- Bacia ☐

Parestesias ☐
Mobil. Defic. ☐

Outros dados importantes: _____

Atenção: todas as actividades de vida terão que ser apreciadas
Coloque um X no quadrado correspondente para a sua validação

CONTROLAR TEMPERATURA CORPORAL	Apirético ☐ Hipertermia ☐ Hipotermia ☐ Outros dados importantes: _____ _____
COMER E BEBER	Independente na Alimentação ☐ Tem SNG ☐ N.º _____ Dependente Parcial na Alimentação ☐ Dependente Total na Alimentação ☐ Data ___ / ___ /_____ Alimentos preferidos / proibidos: _____ Outros dados importantes: _____ _____
ELIMINAR	VESICAL Independente ☐ Dependente parcial ☐ Dependente total ☐ Incontinente ☐ Urgência Urinária ☐ Exsudado Uretral ☐ Algaliado ☐ N.º ☐ Tipo Siliconada ☐ _____ Data _____ /_____ / _____ INTESTINAL Independente ☐ Dependente Parcial ☐ Dependente Total ☐ Incontinente ☐ Obstipação ☐ Diarreia ☐ Rectorragias ☐ Hemerróidas ☐ Melenas ☐ Outros dados importantes: _____ _____
DORMIR	Sem Alterações ☐ Insónias ☐ Dificuldades em adormecer ☐ Faz medicação ☐ Qual?:_____ _____
OUTRAS ACTIVIDADES VIDA	Observações pertinentes: _____ _____ _____ _____ _____ _____

Doente Identificado (pulseira) Sim ☐ Não ☐ Justificação_____

Problemas Identificados:_____
_____
_____
_____
_____

Data ___ / ___ / ____ Hora ____ : ____ O enfermeiro responsável: _____

(Anexar MAB aplicado aquando da admissão)

ADMISSÃO Data:____/___/____

MAB - Método de Avaliação Biopsicossocial

Inquérito referente a 4 semanas antes

Data de nascimento: ____/____/_____
Idade: _____ anos **Iniciais:** _____
Nº BI / Passaporte: _____

Respondeu ao inquérito:
☐ o próprio
☐ o prestador de cuidados

									Pontuação	Classificação
	SEXO		0	**feminino**	1	**masculino**				
	IDADE		0	**80 ou mais anos**	1	**65 a 79 anos**	2	**50 a 64 anos**	3	**18 a 49 anos**
P1	Queixas **Musculo-esqueléticas** *	_____	0	com queixas					3	sem queixas
P2	Queixas **Visão** *	_____	0	com queixas					3	sem queixas
P3	Queixas **Audição** *	_____	0	com queixas					3	sem queixas
P4	Queixas **Pele** *	_____	0	com queixas					3	sem queixas
P5	Queixas **Outros Órgãos/Sistemas** *	_____	0	com queixas					3	sem queixas
	QUEIXAS DE SAÚDE	**a menor pontuação** _____	0	com queixas					3	sem queixas
OB1	**IMC - Índice de Massa Corporal** (kg/m²)	peso * ___._ /altura². ___ = ___._	0	menos de 16,0 magreza	1	16,0 a 18,4 baixo peso			3	18,5 a 25,0 adequado
			0	mais de 30,0 obesidade	1	25,1 a 30,0 excesso peso				
OB2	**CINT - Cintura - feminino** (cm)	1ª_____ ; 2ª_____ ; 3ª_____	0	mais de 88 obesidade II	1	80 a 88 obesidade I			3	menos de 80 adequado
	CINT - Cintura - masculino (cm)	média (1ª+2ª+3ª)/ 3 = ____,__ **cm**	0	mais de102 obesidade II	1	94 a 102 obesidade I			3	menos de 94 adequado
	ESTADO DE NUTRIÇÃO	**média:(pont.IMC+CINT)/2 =____**	0	**0 a 0,9** magro ou obeso	1	**1 a 2,9** baixo peso ou excesso de peso			3	**3** adequado
P6	**Nº** de Quedas (último ano)	nº _____	0	4 ou mais quedas	1	2 a 3 quedas	2	1 queda	3	sem quedas
P7	**Momento** de Quedas	ou _____ dias; ou _____ meses	0	menos de 1 mês	1	1 mês a 1 ano	2	mais de 1 ano	3	sem quedas
P8	**Motivo** de Quedas	_____	0	interno+externo	1	interno	2	externo	3	sem quedas
P9	**Sequelas** de Quedas ocorridas	_____	0	com alt mobilidade	1	sem alt mobilidade	2	sem sequelas	3	sem quedas
	QUEDAS	**média:(P6+P7+P8+P9)/4 =____**	0	**0 a 0,9** mau	1	**1 a 1,9** insatisfatório	2	**2 a 2,9** satisfatório	3	3 bom
P10	**Andar em casa**, dentro de edifícios		0	incapaz, não anda	1	dependente de 3ºs	2	meios	3	independente
P11	**Andar na rua**		0	incapaz, não sai	1	dependente de 3ºs	2	meios	3	independente
P12	**Andar em escadas**		0	incapaz, não usa	1	dependente de 3ºs	2	meios	3	independente
P13	Locomoção e **meios para visão e audição**						2	meios	3	independente
	LOCOMOÇÃO	**a menor pontuação ____**	0	incapaz	1	dependente	2	autónomo	3	independente
P14	**Lavar-**se/tomar banho	entrar/sair, estar, lavar-se	0	incapaz, não se lava	1	dependente de 3ºs	2	meios	3	independente
P15	**Vestir-**se/despir-se	escolher, preparar, vestir	0	incapaz, não se veste	1	dependente de 3ºs	2	meios / acabamentos	3	independente
P16	Usar a **sanita** e/ou **bacio/urinol**	usar, limpar-se, roupa, despejar	0	incapaz, não usa	1	dependente de 3ºs	2	meios	3	independente
P17	Deitar-se/levantar-se da **cama**	mover-se, transferir-se, andar	0	incapaz, não se levanta	1	dependente de 3ºs	2	meios	3	independente
P18	Sentar-se/levantar-se de **cadeiras**	mover-se, transferir-se, andar	0	incapaz, não se senta	1	dependente de 3ºs	2	meios	3	independente
P19	Controlar a **urina**		0	incapaz, não controla	1	dependente de 3ºs	2	meios / incont esporadica	3	independente
P20	Controlar as **fezes**		0	incapaz, não controla	1	dependente de 3ºs	2	meios / incont esporadica	3	independente
P21	Alimentar-se/**comer**	servir-se, preparar alimentos, comer	0	incapaz, não se alimenta	1	dependente de 3ºs	2	meios	3	independente
P22	Autonomia Física e **meios para visão e audição**						2	meios	3	independente
	AUTONOMIA FÍSICA	**a menor pontuação ____**	0	incapaz	1	dependente	2	autónomo	3	independente
P23	Usar o **telefone**	marcar nºs, atender	0	incapaz, não usa	1	dependente de 3ºs	2	meios	3	independente
P24	Fazer **compras**	todas as compras necessárias	0	incapaz, não faz	1	dependente de 3ºs	2	meios / ajuda ocasional	3	independente
P25	Preparar **refeições**	planear bem, preparar, servir-se	0	incapaz, não faz	1	dependente de 3ºs	2	meios / ajuda ocasional	3	independente
P26	Tarefas de **lida da casa**	pesadas e leves, com limpeza	0	incapaz, não faz	1	dependente de 3ºs	2	meios / ajuda ocasional	3	independente
P27	Lavar/tratar da sua **roupa**	grande e pequena	0	incapaz, não faz	1	dependente de 3ºs	2	meios / ajuda ocasional	3	independente
P28	Usar **transportes** (onde não pode ir a pé)	públicos / táxi / carro, conduzir	0	incapaz, não usa	1	dependente de 3ºs	2	meios / ajuda ocasional	3	independente
P29	Tomar os seus **medicamentos**	nas doses e tempos correctos	0	incapaz, não toma	1	dependente de 3ºs	2	meios / ajuda ocasional	3	independente
P30	Gerir o seu **dinheiro**	contas, cheques, idas ao banco	0	incapaz, não faz	1	dependente de 3ºs	2	meios / ajuda ocasional	3	independente
P31	Autonomia Instrumental e **meios para visão e audição**						2	meios	3	independente
	AUTONOMIA INSTRUMENTAL	**a menor pontuação ____**	0	incapaz	1	dependente	2	autónomo	3	independente
P32	**Triste** / deprimido *		0	mto tempo / sem resp	1	metade de tempo	2	pouco tempo	3	nunca
P33	**Nervoso** / ansioso *		0	mto tempo / sem resp	1	metade de tempo	2	pouco tempo	3	nunca
P34	**Outras Queixas Emocionais** *	_____	0	com queixas					3	sem queixas
	QUEIXAS EMOCIONAIS	**média:(P32+P33+P34)/3 =____**	0	**0 a 0,9** mau	1	**1 a 1,9** insatisfatório	2	**2 a 2,9** satisfatório	3	3 bom
P35	**Ano**	Em que ano estamos	0	não responde/ não sabe / errado					3	certo
P36	**Mês**	Em que mês estamos	0	não responde/ não sabe / errado					3	certo
P37	**Dia do mês**	Quantos são hoje	0	não responde/ não sabe / errado					3	certo
P38	**Estação do ano**	Em que estação do ano estamos	0	não responde/ não sabe / errado					3	certo
P39	**Dia da semana**	Que dia da semana é hoje	0	não responde/ não sabe / errado					3	certo
-	**OT** - Orientação no Tempo	média:(P35+P36+P37+P38+P39)/5 =____	0	0 a 0,9 má	1	1 a 1,9 insatisfatória	2	2 a 2,9 satisfatória	3	orientado no tempo
P40	**País**	Como se chama o nosso país	0	não responde/ não sabe / errado					3	certo
P41	**Distrito**	Em que distrito vive	0	não responde/ não sabe / errado					3	certo
P42	**Terra**	Em que terra vive	0	não responde/ não sabe / errado					3	certo
P43	**Casa**	Como se chama esta casa	0	não responde/ não sabe / errado					3	certo
P44	**Andar**	Em que andar estamos	0	não responde/ não sabe / errado					3	certo
-	**OE** - Orientação no Espaço	média:(P40+P41+P42+P43+P44)/5 =____	0	0 a 0,9 má	1	1 a 1,9 insatisfatória	2	2 a 2,9 satisfatória	3	orientado no espaço
	ESTADO COGNITIVO	**média:(OT+OE)/2 =____**	0	**0 a 0,9** mau	1	**1 a 1,9** insatisfatório	2	**2 a 2,9** satisfatório	3	3 bom
P45	**Estado Civil**	em relação a união a outra pessoa	0	viúvo / separado / solteiro					3	casado / união/facto
P46	**Nº de coabitantes** na sua residência	nº_____ coabitantes	0	vive só					3	vive com outros
P47	Tempo em que **está só** nas 24h	está só: _____ horas	0	8 ou mais horas					3	menos de 8 horas
P48	Ter **com quem desabafar** / ter confidente	falar de assuntos pessoais	0	não tem confidente					3	tem confidente
-	**IS** - Isolamento Social	média:(P45+P46+P47+P48)/4 =____	0	0 a 0,9 mto isolado	1	1 a 1,9 isolado	2	2 a 2,9 pouco isolado	3	3 não isolado
P49	**Escolaridade:** _____ (estudos completos) nº anos _____		0	0 anos/analfabeto	1	1 a 6 anos	2	7 a 12 anos	3	13 ou mais anos
P50	**Profissão:** _____		0	não qualificado	1	qualificado	2	intermédio	3	especialista
-	**HL** - Habilitações Literárias	média:(P49+P50)/2 =____	0	0 a 0,9 baixas	1	1 a 1,9 insatisfatórias	2	2 a 2,9 satisfatórias	3	3 boas
	ESTADO SOCIAL	**média:(IS+HL)/2 =____**	0	**0 a 0,9** mau	1	**1 a 1,9** insatisfatório	2	**2 a 2,9** satisfatório	3	3 bom
P51	**Andar** a pé na rua	nº horas / semana: _____								
P52	**Ginástica** ou **desporto**	nº horas / semana: _____								
P53	**Outra** actividade física	nº horas / semana: _____								
-	**AF** - Actividade Física /semana	soma:P51+P52+P53 = ____	0	0 horas	1	menos de 2 horas	2	2 a 4 horas	3	4 ou mais horas
P54	**Refeições** habituais - assinalar:	Peq Almoço Meio Manhã		Almoço Lanche		Jantar Ceia		Outra(s)		
-	**R** - Nº de Refeições /dia	nº refeições _____	0	0 a 2 refeições dia	1	mais de 6 refeições dia	2	3 refeições dia	3	4 a 6 refeições dia
	HÁBITOS	**média:(AF+R)/2 =____**	0	**0 a 0,9** mau	1	**1 a 1,9** insatisfatório	2	**2 a 2,9** satisfatório	3	3 bom

Perfil Biopsicossocial |__|__|__|

SANTA CASA DA
MISERICÓRDIA DE PORTIMÃO
Unidade de Cuidados
Continuados

Unidade _____ Cama ___

CARDEX

Medicamento	Dose	Via	Frequência	Hora	Dia																

Vsff.

Medicamento	Dose	Via	Frequência	Hora	Dia																

SANTA CASA DA
MISERICÓRDIA DE PORTIMÃO
Unidade de Cuidados
Continuados

Unidade _____ Cama ___

ENFERMAGEM – OCORRÊNCIA EXTRAORDINÁRIA

SANTA CASA DA
MISERICÓRDIA DE PORTIMÃO
Unidade de Cuidados
Continuados

UNIDADES DE INSULINA ADMINISTRADAS

			Insulina Atrapid																													
Cama	Nome	Dia Hora	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
		6h																															
		12h																															
		18h																															
		24h																															
	Insulina Mixtard ou Insulina Insulatard	Pal																															
		Jt																															
Cama	Nome	Dia Hora	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
		6h																															
		12h																															
		18h																															
		24h																															
	Insulina Mixtard ou Insulina Insulatard	Pal																															
		Jt																															
Cama	Nome	Dia Hora	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
		6h																															
		12h																															
		18h																															
		24h																															
	Insulina Mixtard ou Insulina Insulatard	Pal																															
		Jt																															

SANTA CASA DA
MISERICÓRDIA DE PORTIMÃO
Unidade de Cuidados
Continuados

Unidade _____ Cama ___

AVALIAÇÃO DA GLICEMIA CAPILAR

Data	2h	4h	6h	8h	10h	12h	14h	16h	18h	20h	22h	24h
Bmtest												
Actrapid												
Insulatard/Mixtard												
Cetonémia												
Data	2h	4h	6h	8h	10h	12h	14h	16h	18h	20h	22h	24h
Bmtest												
Actrapid												
Insulatard/Mixtard												
Cetonémia												
Data	2h	4h	6h	8h	10h	12h	14h	16h	18h	20h	22h	24h
Bmtest												
Actrapid												
Insulatard/Mixtard												
Cetonémia												
Data	2h	4h	6h	8h	10h	12h	14h	16h	18h	20h	22h	24h
Bmtest												
Actrapid												
Insulatard/Mixtard												
Cetonémia												
Data	2h	4h	6h	8h	10h	12h	14h	16h	18h	20h	22h	24h
Bmtest												
Actrapid												
Insulatard/Mixtard												
Cetonémia												
Data	2h	4h	6h	8h	10h	12h	14h	16h	18h	20h	22h	24h
Bmtest												
Actrapid												
Insulatard/Mixtard												
Cetonémia												
Data	2h	4h	6h	8h	10h	12h	14h	16h	18h	20h	22h	24h
Bmtest												
Actrapid												
Insulatard/Mixtard												
Cetonémia												

SANTA CASA DA
MISERICÓRDIA DE PORTIMÃO
Unidade de Cuidados
Continuados

REQUISIÇÃO DE SOLUTOS - UNIDADE DE _____

Solutos Internamento						
Código	Designação	Apresentação	Nome Comum	Nível	Pedido	Entregue

VSFF.

SANTA CASA DA
MISERICÓRDIA DE PORTIMÃO
Unidade de Cuidados
Continuados

REQUISIÇÃO DE SOLUTOS – UNIDADE DE _____

Solutos Internamento						
Código	Designação	Apresentação	Nome Comum	Nível	Pedido	Entregue

Santa Casa da Misericórdia de Portimão
Unidade de Cuidados Continuados

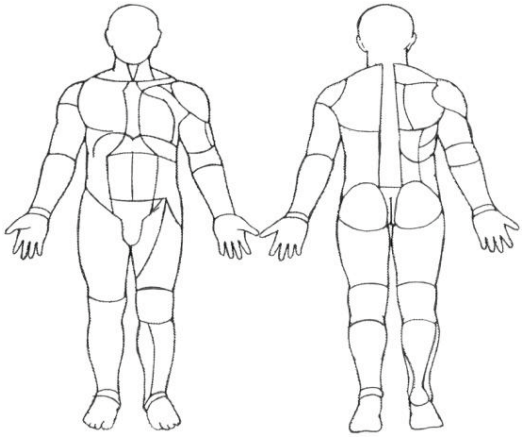
Registo de Evolução de Ulceras de Pressão

Avaliação de risco . . . . . Data ___/___/__

Data da 1ª avaliação ___/___/___

Duração da ferida: Menos de 2 semanas ☐ Mais de 2 semanas ☐ Recidivante ☐

Dia de avaliação								
Nº da ferida								
Penso	Simples							
	Lesão aberta							
Preencher apenas no início e depois semanalmente ou quando houver alterações — Grau da ferida	Grau I							
	Grau II							
	Grau III							
	Grau IV							
Dimensões (cm)	Comprimento							
	Largura							
	Profundidade							
Condição	Ap. Asséptica							
	Contaminada							
	Infectada							
Bordos	Irregulares							
	Eritemia							
	Necrose							
	Maceração							
	Contracção							
Exsudação (a)	Serosa							
	Sero-hemática							
	Purulenta							
	Mau odor							
Fase de cicatrização	Epitelização							
	Granulação							
	Fibrina							
	Necrose							
Dor	1-2-3-4-5-6-7-8-9-10							



Indique a ferida com um número

(a) Legenda da exsudação
* Muito exsudado:(+++)
* Moderado exsudado:(++)
*Pouco exsudado: (+)

Nº da ferida								
Produtos utilizados	Actisorb plus®							
	Allevyn®							
	Aquacel Ag®							
	Aquacel®							
	Biafine®							
	Catrix®							
	Combiderme®							
	Cutinova cavity®							
	Cutinova hidro®							
	Gase gorda							
	Hidrocoll®							
	Mytosil®							
	Nugel®							
	Olidermil®							
	Sorbalgon®							
	Suprasorb®							
	Tielle®							
	Ulcerase®							
Rubrica								

Data de início	Lesão nº	Tipo de penso		Periodicidade dos pensos	Fim (Data e Rubrica)
		Slples	Lesão aberta		

Santa Casa da
Misericórdia de Portimão
Unidade de Cuidados
Continuados

Plano de Cuidados de Enfermagem

* Convalescença
* Média Duração

Cama: _____

INÍCIO Data Rúbrica	PROBLEMAS	OBJECTIVOS	AVAL. Data Rúbrica	ACÇÕES DE ENFERMAGEM	AVAL. Data Rúbrica
___ /___/_	ALTERAÇÃO DA SATIS-FAÇÃO DAS A.V., MA-NIFESTADO POR _____ DEVIDO À_____ 1 -HIGIENE	Promover a satisfação das A.V., independência do utente.		1- Ajuda Total com cuidados especiais por _____ ☐ Ajuda Total ☐ Ajuda Parcial ☐ Independente ☐	
	2 - ALIMENTAÇÃO DIETA: _____ _____ _____ _____ _____ _____			2 -Ajuda Total ☐ Gastrostomia / S.N.G. nº ____ ☐ Entubado a: ___/___/___ Reentubar a: ___/___/___; ___/___/___; ___/___/___ Ajuda Parcial ☐	
	3 - MOBILIZAÇÃO			Independente/Dieta Zero/Por Familiares ☐ 3 - Ajuda Total ≥ 7 x dia ☐ Ajuda Total 5 a 6 x dia ☐ Ajuda Parcial ≥ 6 x dia ☐ Ajuda Parcial 3 a 5 x dia ☐ Independente com Supervisão ☐ Independente ☐	
	4 - ELIMINAÇÃO			4 - Ajuda Total / Ostomizado ☐ Ajuda Parcial ☐ Independente ☐ Algaliado: -folley nº _____ ☐ -sylastic nº _____ ☐ Algaliado a:___/___/___ Realgaliar a: ___/___/___; ___/___/___; ___/___/___	

INÍCIO Data Rúbrica	PROBLEMAS	OBJECTIVOS	AVAL. Data Rúbrica	ACÇÕES DE ENFERMAGEM	AVAL. Data Rúbrica
__/__/__	RISCO DE ALTERAÇÃO HEMODINÂMICA DEVIDO À SUA SITUAÇÃO PATOLÓGICA.	Manter equilíbrio hemodinâmico Prevenir complicações		* Avaliar TPR e Dor 1 a 4 x dia ☐ * Avaliar TPR e Dor _____ ☐ * Avaliar TA 1 a 2 x dia ☐ * Avaliar TA 3 a 4 x dia ☐ * Monitorização Cardiorespiratória ☐	
__/__/__	RISCO DE ALTERAÇÃO DA GLICÉMIA CAPILAR RELACIONADO COM: _____	Avaliar estado do doente Prevenir complicações		* Avaliar glicémia capilarr 3 a 4 x dia ☐ * Avaliar glicémia capilar _____ ☐ * Avaliar glicofita/cetonémia 3 a 4 x dia ☐ * Avaliar glicofita/cetonémia _____ ☐ * Administrar Insulina **Actrapid** segundo protocolo ☐ * Administrar Insulina _____ ___ uni. ao PA ☐ * Administrar Insulina _____ ___ uni. ao JT ☐	
__/__/__	ALTERAÇÃO DO PADRÃO NEUROLÓGICO DEVIDO A_____ _____ MANIFESTADO POR____ _____	Avaliar estado do doente Promover independência do doente		* Avaliar e registar alterações 1 x dia ☐ * Avaliar estado de consciência ☐ * Pesquisar reflexos pupilares ☐ * Pesquisar reflexos motores ☐ * Observar tónus muscular ☐ * Observar sensibilidade ☐ * Promover activadades assistidas	
__/__/__	ALTERAÇÃO DO PADRÃO EMOCIONAL MANIFESTADA POR: O -isolamento O -labilidade emocional	Restabelecer equilíbrio emocional		* Prestar apoio emocional ☐ * Mostrar disponibilidade ☐ * Utilizar linguagem acessível ☐ * Estabelecer relação de ajuda ☐ * Administrar medicação em SOS ☐	

INICIO Data Rúbrica	PROBLEMAS	OBJECTIVOS	AVAL. Data Rúbrica	ACÇÕES DE ENFERMAGEM	AVAL. Data Rúbrica
__/__/__	DEFICIÊNCIA SENSORIAL NÃO COMPENSADA DEVIDO A:			* Promover ambiente seguro ☐	
	O -Diminuição da acuidade auditiva/visual	Estabelecer comunicação eficaz		* Explicar previamente todos os procedimentos ☐	
				* Colocar objectos necessários junto dos doente ☐	
				* Utilizar linguagem gestual em S.O.S. ☐	
				* Falar pausadamente e de frente para o doente ☐	
	O -Confusão mental	Orientar o doente no tempo e espaço		* Orientar o doente no espaço e no tempo ☐	
				* Administrar terapêutica em S.O.S. ☐	
				* Imobilizar o doente em S.O.S. ☐	
	O -Desconhecimento da língua	Estabelecer comunicação eficaz		* Utilizar linguagem gestual ou outro tipo de comunicação ☐	
				* Observar expressão corporal do doente ☐	
__/__/__	RISCO DE ALTERAÇÃO DO PADRÃO INTESTINAL DEVIDO A PATOLOGIA: _____	Manter trânsito intestinal		* Avaliar e registar características das dejecções ☐	
		Prevenir complicações		* Comunicar alteração ao médico ☐	
__/__/__	ALTERAÇÃO DA INTEGRIDADE CUTÂNEA RELACIONADA COM PUNÇÃO VENOSA	Manter permeabilidade da veia		* Vigiar permeabilidade da veia ☐	
				* Avaliar sinais inflamatórios (rubor, calor,dor) ☐	
				* Mudar adesivos diàriamente e/ou SOS ☐	
				* Repuncionar se necessário ☐	
__/__/__	ALTERAÇÃO DO AMBIENTE SEGURO RELACIONADO COM A "DOR"	Promover ambiente seguro		* Fornecer ambiente terapêutico ☐	
				* Observar e registar características da dor ☐	
		Diminuir nível da dor		* Observar sinais de desconforto ☐	
				* Aliviar a tensão sobre o local operado ☐	
				* Administrar analgésicos em SOS ☐	
				* Contactar o médico se necessário ☐	

INÍCIO Data Rúbrica	PROBLEMAS	OBJECTIVOS	AVAL. Data Rúbrica	ACÇÕES DE ENFERMAGEM	AVAL. Data Rúbrica
__/__/__	UTENTE QUE NECESSITA DE ENSINO PROGRAMADO DE MODO A ADQUIRIR A INDEPENDÊNCIA E INTEGRAR-SE NO SEU MEIO: - FAMILIAR - SOCIAL - PROFISSIONAL	Detectar problemas de modo a favorecer a independência do doente		* Programar ensino para __/__/__ ☐ * Sessões acerca de:_____ _____ _____ _____ _____ _____	
__/__/__	ALTERAÇÃO DA INTEGRIDADE CUTÂNEA POR: - **FERIDAS**	Detectar precocemente sinais de infecção. Promover a cicatrização		* Efectuar penso: - simples ☐ - simples a várias lesões ☐ - lesão aberta 1 x dia ☐ - lesão aberta 2 x dia ☐	

OBS:

O ENFERMEIRO DE SERVIÇO

_____

DATA
__/__/__

SANTA CASA DA
MISERICÓRDIA DE PORTIMÃO
Unidade de Cuidados
Continuados

Pedido de Medicamento Urgente / Reposição de Stock à Farmácia

Serviço requisitante / nome do utente .....

Medicamento	F.F.	Dosagem	Hora

Assinatura do (a) Enfermeiro (a) ..... Data ..... / ..... / .....

MOD.PCII.SP2.09

Santa Casa da
Misericórdia de Portimão
Unidade de Cuidados
Continuados

Notas de Enfermagem

* CONVALESCENÇA ☐
* MÉDIA DURAÇÃO ☐

CAMA Nº _____

Dia do Mês												
Dia semana												
TURNOS →	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
AMBIENTE SEGURO:												
- Calmo												
- Vigil												
- Consciente												
- Agitado												
- Orientado												
- Desorientado												
- Prostado												
- Imobilizado												
- Deprimido												
RESPIRAR												
- Eupneico												
- Polipneia												
- Bradipneia												
- Periodos apneia												
- Tosse seca												
- Tosse produtiva:												
- aspirado												
- fluidas												
- espessas												
- Estridor												
- Farfalheira												
- Pieira												
- Tiragem												
- Palidez												
- Cianose												
- Adejo nasal												
COMUNICAÇAO:												
- Sem alterações												
- Disartria												
- Afasia												
- Pouco comunicativo												
- Diminuição da visão												
- Diminuição da audição												
COMERE BEBER												
- Independente												
- Ajuda na preparaçao												
- Dieta 0 prescrita												
- Total via oral												
- Sonda nasogastrica												
- Gastrostomia												
- Ingeriu totalidade												
- " metade												
- Recusou												
- Tolerou												
- Estase												
- Drenou												
- Vomitou												
- Saco fica a: 8												
- " 16												
- " 24												

continuação coluna seguinte →

Dia do Mês												
Dia semana												
TURNOS →	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
DORMIR												
- Dormiu toda a noite												
- " por períodos												
- Não dormiu												
MOVER-SE												
-Deambulou pelo serviço												
- " c/ canadianas												
- " c/ andarilho												
- " c/ cadeira rodas												
- Efectuou levante para cadeirão												
-Massajado e posicionado												
HIGIENE												
- Independente												
- Ajudado no WC												
- Ajuda total no WC												
- Banho na cama												
- Pele integra												
- Feridas												
- Hidratado												
- Alt. Turgor												
- Pele seca												
- Rush												
ELIMINAR												
- Urinou no WC												
- " na arrastadeira												
- " por urinol/pen rose												
- " na fralda												
- Evacuou no WC												
- " na arrastadeira												
- " na fralda												
- Algaliado												
- Urina concentrada												
- Hematúria												
- Fecalomas												
- Diarreia												
- Melenas												
-Escala de "DOR" 0												
- " " 1												
- " " 2												
- " " 3												
- " " 4												
- " " 5												
- " " 6												
- " " 7												
- " " 8												
- " " 9												
- " " 10												

Vsff. →

MANHA __/__/__	TARDE __/__/__	NOITE __/__/__
MANHA __/__/__	TARDE __/__/__	NOITE __/__/__
MANHA __/__/__	TARDE __/__/__	NOITE __/__/__
MANHA __/__/__	TARDE __/__/__	NOITE __/__/__

SANTA CASA DA
MISERICÓRDIA DE PORTIMÃO
Unidade de Cuidados
Continuados

Unidade _____ Cama ___

REGISTO GRÁFICOS

Data															
Horas															
TA	Resp	Pulso	Temp												
300	60	160	41º												
250	50	140	40º												
200	40	120	39º												
150	30	100	38º												
100	20	80	37º												
50	10	60	36º												

Líquidos Eliminados															
Débito Urinário	M														
	T														
	N														
Diurese															
Drenagem Gástrica	M														
	T														
	N														
Dreno	M														
	T														
	N														

Peso															
Peso															

Vsff.

Registos Gráficos

Data										
Horas										
TA	Resp	Pulso	Temp							
300	60	160	41º							
250	50	140	40º							
200	40	120	39º							
150	30	100	38º							
100	20	80	37º							
50	10	60	36º							

Líquidos Eliminados

Hábito Urinário	M														
	T														
	N														
Diurese															
Drenagem Gástrica	M														
	T														
	N														
Dreno	M														
	T														
	N														

Peso

Peso														

SANTA CASA DA
MISERICÓRDIA DE PORTIMÃO
Unidade de Cuidados
Continuados

Unidade _____ Cama ___

REGISTO DE SAÍDAS DO UTENTE

Data	Hora	Local	Motivo	Acompanhante	Transporte	Informação Família

SANTA CASA DA
MISERICÓRDIA DE PORTIMÃO
Unidade de Cuidados
Continuados

Plano Diário de Actividades

PLANO DIÁRIO DE ACTIVIDADES

ENFERMAGEM	AUXILIARES ACÇÃO MÉDICA / DIRECTA	FISIOTERAPEUTAS
8:00 PASSAGEM DE TURNO.	8:00 PASSAGEM DE EVENTUAL INFORMAÇÃO.	
	8:05 DISTRIBUIÇÃO DE ROUPA / BACIAS DE BANHO NA CAMA.	
	8:15 COLOCAÇÃO DE CARRO DE HIGIENE.	
	8:30 ADMINISTRAÇÃO DO PEQUENO-ALMOÇO. LIMPEZA DAS MESAS DE CABECEIRA.	
8:45 ADMINISTRAÇÃO DO PEQUENO-ALMOÇO.		
9:05 HIGIENE / CONFORTO / PENSOS / LEVANTE.	9:05 HIGIENE / CONFORTO / PENSOS E LEVANTE.	9:05 FISIOTERAPIA
10:45 ADMINISTRAÇÃO DOS REFORÇOS.	10:45 ADMINISTRAÇÃO DOS REFORÇOS.	
11:15 HIGIENE / CONFORTO / PENSOS E LEVANTE.	11:15 HIGIENE / CONFORTO / PENSOS E LEVANTE.	
12:00 AVALIAÇÃO DE TA, PULSO E BM (s). ADMINISTRAÇÃO DE TERAPÊUTICA. REPOSIÇÃO DO CARRO DE UNIDOSE	12:00 HIGIENE DO SERVIÇO.	
12:30 REGISTOS.	12:30 HIGIENE DO CORREDOR. HIGIENE DO POSTO DE ENFERMAGEM.	
13:00 ADMINISTRAÇÃO DO ALMOÇO. CLASSIFICAÇÃO DOS DOENTES.	13:00 ADMINISTRAÇÃO DO ALMOÇO LIMPEZA DAS MESAS DE CABECEIRA.	
13:30 REGISTOS.	13:30 TROCA DE CASSETES UNIDOSE.	
14:00 DEITAR, HIGIENE PERINEAL, MASSAJAR E POSICIONAR UTENTES.	14:00 DEITAR, HIGIENE PERINEAL, MASSAJAR E POSICIONAR UTENTES.	14:00 FISIOTERAPIA
15:00 ADMINISTRAÇÃO DE TERAPÊUTICA. REPOSIÇÃO DO CARRO DE UNIDOSE REGISTOS FINAIS.	15:00 HIGIENE DA SALA DE CONVÍVIO MEDIÇÃO DE DIURESES.	
15:30 PASSAGEM DE TURNO.	15:30 HIGIENE DA SALA/CARROS DE PENSOS. RECOLHA DE LIXO.	
16:00 PREPARAÇÃO / VERIFICAÇÃO TERAPÊUTICA.	16:00 PASSAGEM DE EVENTUAL INFORMAÇÃO.	
	16:05 ADMINISTRAÇÃO DO LANCHE.	
16:15 ADMINISTRAÇÃO DO LANCHE.	16:15 LIMPEZA DAS MESAS DE CABECEIRA. REPOSIÇÃO DOS CARROS DE HIGIENE.	
17:00 HIGIENE PERINEAL, MASSAJAR E POSICIONAR.	17:00 HIGIENE PERINEAL, MASSAJAR E POSICIONAR.	
18:00 AVALIAÇÃO DE TA, PULSO , BM(S) E TEMPERATURAS.	18:00 TAREFAS DE HIGIENE SEMANAL	
18:30 ADMINISTRAÇÃO DE TERAPÊUTICA. REPOSIÇÃO DO CARRO DE UNIDOSE		
	18:55 DESINFECÇÃO DOS TERMÓMETROS	
19:00 ADMINISTRAÇÃO DO JANTAR.	19:00 ADMINISTRAÇÃO DO JANTAR LIMPEZA DAS MESAS DE CABECEIRA	
21:00 HIGIENE PERINEAL, MASSAJAR E POSICIONAR.	21:00 HIGIENE PERINEAL, MASSAJAR E POSICIONAR.	
22:00 ADMINISTRAÇÃO DA CEIA ADMINISTRAÇÃO DE TERAPÊUTICA. REPOSIÇÃO DO CARRO DE UNIDOSE	22:00 ADMINISTRAÇÃO DA CEIA LIMPEZA DAS MESAS DE CABECEIRA	
	22:45 MEDIÇÃO DE DIURESES	
23:00 REGISTOS FINAIS.	23:00 RECOLHA DE LIXO	
23:30 PASSAGEM DE TURNO.		
	00:00 PASSAGEM DE EVENTUAL INFORMAÇÃO	
00:05 HIGIENE PERINEAL, MASSAJAR E POSICIONAR.	00:05 HIGIENE PERINEAL, MASSAJAR E POSICIONAR.	
01:30 PREPARAR OS TUBOS DE COLHEITA	01:30 CORTAR ADESIVOS, DOBRAR SACOS, DOBRAR BABETES.	
05:30 HIGIENE PERINEAL, MASSAJAR E POSICIONAR.	5:30 HIGIENE PERINEAL, MASSAJAR E POSICIONAR.	
06:30 AVALIAÇÃO DE TA (s), TEMPERATURAS E BM (S)		
06:45 COLHEITA DE ESPÉCIMES PARA		
07:00 ADMINISTRAÇÃO TERAPÊUTICA. REPOSIÇÃO DO CARRO DE UNIDOSE	7:00 MEDIÇÃO DE DIURESES.	
07:30 REGISTOS FINAIS.	7:30 DESINFECÇÃO DOS TERMÓMETROS.	
	7:45 RECOLHA DE LIXO.	

Santa Casa da
Misericórdia de Portimão
Unidade de Cuidados
Continuados

Medicação do Carro de Urgência

Substância	Dose		Apresentação		Diluição		Validade	Stock	Falta
	Valor	Unid.	Volume	Via	Volume	Substância			
ADENOSINA	6	mg	2ml					5	
ADRENALINA	1	mg	1ml					10	
AMINOFILINA	240	mg	10ml					4	
AMIODARONA	150	mg	3ml					5	
ATROPINA	1	mg	1ml					15	
CAPTOPRIL	25	mg	comp	po				3	
DIAZEPAN	10	mg	2ml					5	
DINITRATO DE ISOSSORBIDO	10	mg	10ml	iv				5	
DOPAMINA	200	mg	5ml					2	
EFEDRINA	50	mg	2ml					2	
ETOMIDATO	2	mg	2ml					5	
FLUMAZENIL	0,5	mg	2ml	ivd				2	
FUROSEMIDA	20	mg	2ml	ivd				5	
GLUCONATO DE CÁLCIO	1	gr	10ml	iv				5	
GLUCOSE	30	%	20ml	iv				5	
GLUCOSE	5	%	500ml	iv				2	
HIDROCORTISONA	100	mg						5	
ISOPRENALINA	2	mg	2ml	ivsi	até 50	DX5H2O		4	
LIDOCAINA	1	%	20ml					1	
LIDOCAINA	10	%	spray oral					1	
LIDOCAINA	70	gr		top				1	
MIDAZOLAN	15	mg	3ml					5	
MORFINA (cofre)	10	mg	1ml					4	
NALOXONA	0,4	mg	1ml	ivd				2	
NITROGLICERINA	0,5	mg	comp	po				5	
PETIDINA (cofre)	100	mg	2ml					4	
PREDNISOLONA	250	mg						5	
PROPOFOL (1%)	200	mg	20ml	iv				5	
PROPANOLOL	1	mg	1ml					5	
ROCURÓNIO (FRIGORIFICO)	50	mg	5ml					5	
SALBUTAMOL	0,5	mg	1ml					5	
SULFATO DE MAGNÉSIO	20	%	10ml	iv				2	
SULFATO DE MAGNÁSIO	50	%	10ml	iv				2	
SUXAMETÓNIO (FRIGORIFICO)	100	mg	2ml					5	
TIOPENTAL	500	mg						5	
CLORETO DE SÓDIO	0,9	%	500ml	iv				2	
HIDROXIETILAMIDA	6	%	500ml	iv				2	
LACTATATO DE RINGER			500ml	iv				1	

O Director Clínico:_____ ENFº Responsável:_____

Data de Verificação:____/____/200_ Por: _____

SANTA CASA DA
MISERICÓRDIA DE PORTIMÃO
Unidade de Cuidados
Continuados

Lista de Material do Carro de Urgência

Data							
MATERIAL DE ENTUBAÇÃO							
• Ambu -1							
• Máscaras - 1 de cada n.º							
• Estetoscópio -1							
• Laringoscópio - 1							
• Lâminas de Laringoscópio -4							
• Pinça de Maguill -2							
• Adesivo Branco / Castanho - 1							
• Fita de Nastro - 1							
• Canulas de Guedell - 2/3/4							
• Condutores - 1 de cada n.º							
MATERIAL DE PUNÇÃO							
• Seringa de 50cc - 2							
• Seringa de 20cc - 3							
• Seringa de 10cc - 4							
• Seringa de 5cc - 4							
• Seringa de 2cc - 4							
• Agulhas EV / IM / SC - várias							
TUBOS ENDOTRAQUEAIS							
• n.º 9 - 2							
• n.º 8,5 - 3							
• n.º 8 - 3							
• n.º 7,5 - 3							
• n.º 7 - 3							
• n.º 6,5 -3							
• n.º 6 - 3							
• n.º 5,5 - 2							
• < 5,5 - vários							
MATERIAL DIVERSO							
• Seringas de Gasimetria							
• Abocath n.º 22 - 4							
• Abocath n.º 20 - 5							
• Abocath n.º 18 - 5							
• Abocath n.º 16 - 3							
• Opsite - 2							
• Humidificador - 1							
• Prolongador 50cm - 1							
• Prolongador 10cc - 2							
• Torneiras 3 vias - 3							
DATA							
N.º SELO							
RUBRICA DO ENFERMEIRO							

Santa Casa da
Misericórdia de Portimão
Unidade de Cuidados
Continuados

Utilização da Medicação do Carro de Urgência

Utente	Cama	Data	Hora	Médico	Enfermeiro (a)	Assin. Do Enfº
		/ /	:	Dr.	Enfº	

Medicação Utilizada	Dose	Via	Apresentação		Quantidade
Nº do Selo após Reposição:		Enfº que repôs:		Data:	

Utente	Cama	Data	Hora	Médico	Enfermeiro (a)	Assin. Do Enfº
		/ /	:	Dr.	Enfº	

Medicação Utilizada	Dose	Via	Apresentação		Quantidade
Nº do Selo após Reposição:		Enfº que repôs:		Data:	

Utente	Cama	Data	Hora	Médico	Enfermeiro (a)	Assin. Do Enfº
		/ /	:	Dr.	Enfº	

Medicação Utilizada	Dose	Via	Apresentação		Quantidade
Nº do Selo após Reposição:		Enfº que repôs:		Data:	

PROCESSO-CHAVE II – PRESTAÇÃO DE CUIDADOS AO UTENTE INTERNADO NA UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

SUB-PROCESSO 3 – CUIDADOS DE REABILITAÇÃO

SANTA CASA DA
MISERICÓRDIA DE PORTIMÃO
Unidade de Cuidados
Continuados

Unidade _____ Cama ___

FOLHA DE MFR

Data	Médico	Terapeuta
Diagnóstico	.....	
Situação	.....	
Prescrição	.....	.....
Data	.....	.....
Data	.....	.....
Data	.....	.....
Data	.....	.....
Data	.....	.....

MIF – MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

Níveis	Sem Ajuda		7 - Independência completa (em segurança, em tempo normal) 6 - Independência modificada (tempo extra, ajuda técnica)
	Com Ajuda	Dependência modificada:	5 - Supervisão (persuadir, incitar, instruir, orientar, preparar) 4 - Ajuda mínima (individuo realiza ≥ 75% da tarefa) 3 - Ajuda moderada (individuo realiza 50% - 74% da tarefa)
		Dependência completa:	2 - Ajuda máxima (individuo realiza 25% - 49% da tarefa) 1 - Ajuda total (individuo realiza ≤ 25% da tarefa)

		.... / .... /	.... / .... /	.... / .... /	.... / .... / ....
AUTO-CUIDADOS	1. Alimentação				
	2. Higiene Pessoal				
	3. Banho (lavar corpo)				
	4. Vestir metade superior				
	5. Vestir metade inferior				
	6. Utilização da sanita				
	7. Deglutição				
CONTROLO DOS ESFÍNCTERES	8. Bexiga				
	9. Intestino				
MOBILIDADE (TRANSFERÊNCIAS)	10. Leito, cadeira, cadeira de rodas				
	11. Sanita				
	12. Banheira, duche				
	13. Carro				
LOCOMOÇÃO	14. Marcha / cadeira de rodas				
	15. Escadas				
	16. Acesso à comunidade				
COMUNICAÇÃO	17. Compreensão - Áudio / Visual				
	18. Expressão - Verbal / não verbal				
	19. Leitura				
	20. Escrita				
	21. Inteligibilidade do discurso				
ADAPTAÇÃO PSICOSSOCIAL	22. Interacção social				
	23. Estado emocional				
	24. Adaptação às limitações				
	25. Empregabilidade				
FUNÇÃO COGNITIVA	26. Resolução de problemas				
	27. Memória				
	28. Orientação				
	29. Atenção				
	30. Noção de segurança				
	TOTAL				
	REGISTO				

FOLHA DE MFR (SEGUIMENTO)

	Médico	Terapeuta
Data	....	....
Data	....	....
Data	....	....
Data	....	....
Data	....	....
Data	....	....
Data	....	....
Data	....	....
Data	....	....

PROCESSO-CHAVE II – PRESTAÇÃO DE CUIDADOS AO UTENTE INTERNADO NA UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

SUB-PROCESSO 4 – APOIO SOCIAL

SANTA CASA DA
MISERICÓRDIA DE PORTIMÃO
Unidade de Cuidados
Continuados

Serviço Social
Processo Social
☐ Convalescença ☐ MDR

Origem_____ **A.S.**_____ **N.º Processo S.S.**___/__ **N.º Processo UCCI**_____
Quem faz o pedido? _____**Com P.S.** ☐ **Sem P.S.** ☐ **C.S.** ☐ ___/___/__
Cama_____ Data de Admissão _____/____/_____ Médico_____
Entrevista Social ___/____/_____ A quem?_____ Data de Alta __/__/__
Alta Destino:_____ Contactos privilegiados: _____
_____
_____

Identificação:
Nome:_____Data Nascimento: ____/____/_____Idade:_____
Morada:_____
C.Postal: _____ Localidade:_____ Telefone:_____
B.I.n.º_____ de _____/_____/____ Arquivo de _____ Contribuinte n.º_____
Cartão Utente n.º_____ Subsistema de Saúde n.º: _____ Entidade: _____
NISS_____
Estado Civil ☐ Solteiro/a ☐ Casado/a ☐Viúvo/a ☐Divorciado/a ☐União Facto ☐Separado/a

Caracterização do Agregado Familiar:
☐**Sem familiares** ☐Com familiares directos ☐Com familiares indirectos

Nome:	G. Parentesco	Idade	Est. Civil	Profissão	Telefone

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Visitas: ☐Familiares ☐Amigos ☐Sem visitas

Situação Habitacional:

Habitação: ☐Própria ☐ Alugada - Valor_____ € ☐ Lar ☐ Outra. Qual? _____
Tipo: ☐Andar ☐ Casa Térrea ☐ Outro Qual?_____
Observações:_____

Situação Económica:

Tipo de Rendimentos:
☐Salário - Local de Trabalho:_____ Valor Mensal_____€
☐Reforma - Tipo:_____**Antiga Profissão:** _____ Valor Mensal_____€
☐Outro. Qual?_____ Valor Mensal_____€
Total_____**€**

Situação de Saúde Centro de Saúde _____Médico de Família:_____

Unidade de Cuidados Continuados

Diagnóstico:

_____
_____
_____

Plano de Alta Social

Rede de Apoio Social Formal/ informal:
☐Família ☐Vizinhos ☐Instituições ☐Outros _____

Atitude do *doente* face à alta:

☐Aumento das queixas após conhecimento da alta
☐ Insegurança de cuidados no domicílio
☐ Perda de capacidades

Atitude dos *familiares face* à alta:

☐Família pede adiamento da alta
☐Família recusa a alta
☐Família com receio de enfrentar a incapacidade do doente

Destino após alta:

☐Domicílio ☐Domicílio de familiar ☐Centro de dia ☐Lar de idosos
☐UCCI _____ ☐Outro. Qual? _____

Apoios necessários:

☐ Alimentação ☐Higiene ☐Habitacional ☐Económico
☐Outros_____

Problema Apresentado ao Serviço Social/

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Como pensa a família que a situação pode ser alterada: _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Diligências do Serviço Social

Dia/mês/ano

Diligências do Serviço Social

Dia/mês/ano_____

SANTA CASA DA
MISERICÓRDIA DE PORTIMÃO
Unidade de Cuidados
Continuados

Plano de Presenças do Grupo de Voluntariados

Mês _____ **Ano** _____

Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira

Actividades realizadas com os utentes:
- Apoio Sócio Recreativo (apoio na alimentação; leitura de livros, revistas,…);
- Acompanhamento durante os tempos livres;
- Dinamização de Actividades recreativas (jogos de cartas, damas, uno, dominó…)

A Coordenadora

Local, dia/mês/ano

SANTA CASA DA
MISERICÓRDIA DE PORTIMÃO
Unidade de Cuidados
Continuados

Unidade _____ Cama ___

FOLHA DE ENCAMINHAMENTO SOCIAL

Realização de inscrição em valência:

☐ Lar

☐ Cento de Dia

☐ Apoio Domiciliário

Instituição

Documentação Necessária:

- Bilhete de Identidade;
- Cartão de Contribuinte;
- Cartão Serviço Nacional de Saúde;
- Vale da Reforma;
- Recibo da água referente ao último mês;
- Recibo do gás referente ao último mês;
- Recibo do telefone referente ao último mês.

Outras diligências a realizar:

Assinatura: ..... ___/___/_____

SANTA CASA DA
MISERICÓRDIA DE PORTIMÃO
Unidade de Cuidados
Continuados

Informação Social

Identificação do Utente:
Nome:
Data de Nascimento:
Estado Civil:
Morada:
NIF:
NISS:
N.º SNS:

Familiar de contacto:
Nome: **Grau Parentesco:** **Tel.:**
Nome: **Grau Parentesco:** **Tel.:**

Situação Familiar:

Situação Profissional/Económica:

Situação Habitacional

Situação problema apresentado ao Serviço Social:

Acompanhamento/ Encaminhamento:

Portimão, dia/mês/ano

(----------)
A Técnica Superior de Serviço Social

PROCESSO-CHAVE II – PRESTAÇÃO DE CUIDADOS AO UTENTE INTERNADO NA UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

SUB-PROCESSO 4 – APOIO PSICOLÓGICO

SANTA CASA DA
MISERICÓRDIA DE PORTIMÃO
Unidade de Cuidados
Continuados

Convalescença ☐ MDR ☐
Processo Nº _____/_____
Unidade: ____ Cama ____
Data de Entrada ___/___/___
Data de Saída ___/___/___

SERVIÇO DE PSICOLOGIA
PROCESSO INDIVIDUAL E REGISTOS

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____

Estado Civil: _____ B.I. Nº. _____ De _____

Beneficiário Nº. _____ Contribuinte Nº. _____

Morada: _____

Localidade: Telefone:

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Origem: _____

Médico Assistente: _____

MEDICAÇÃO/PSICOFÁRMACOS: _____

Vsff.

ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO
PEDIDO EFECTUADO
POR: _____

_____

Data do Pedido: ____/____/____

OBSERVAÇÕES: _____

A Psicóloga Clínica

_____

PROCESSO-CHAVE II – PRESTAÇÃO DE CUIDADOS AO UTENTE INTERNADO NA UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

SUB-PROCESSO 5 – NUTRIÇÃO E ALIMENTAÇÃO

SANTA CASA DA
MISERICÓRDIA DE PORTIMÃO
Unidade de Cuidados
Continuados

Ficha de Controlo e Avaliação de Refeições

Data: _____

Almoço	Jantar
Quantidade Muito ☐ Pouco ☐ Adequado ☐	**Quantidade** Muito ☐ Pouco ☐ Adequado ☐
Confecção Boa ☐ Má ☐ Aceitável ☐	**Confecção** Boa ☐ Má ☐ Aceitável ☐
Odor Característico ☐ Com Alteração ☐	**Odor** Característico ☐ Com Alteração ☐
Temperatura Baixa ☐ Adequada ☐	**Temperatura** Baixa ☐ Adequada ☐
Apresentação Boa ☐ Má ☐ Aceitável ☐	**Apresentação** Boa ☐ Má ☐ Aceitável ☐
As refeições estão identificadas? Sim ☐ Não ☐	As refeições estão identificadas? Sim ☐ Não ☐
As refeições correspondem à ementa? Sim ☐ Não ☐	As refeições correspondem à ementa? Sim ☐ Não ☐
A refeição foi do agrado dos utentes? Sim ☐ Não ☐	A refeição foi do agrado dos utentes? Sim ☐ Não ☐
Foram respeitadas as preferências e o regime alimentar de cada utente? Sim ☐ Não ☐	Foram respeitadas as preferências e o regime alimentar de cada utente? Sim ☐ Não ☐
Observações:	Observações:
Rubrica do(a) Responsável _____	Rubrica do(a) Responsável _____

Santa Casa da
Misericórdia de Portimão
Unidade de Cuidados
Continuados

Folha de Dietas

Unidade de Convalescença

Cama	Nome	Tipo de Dieta	MM	Sal			Observações	ALT	
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
Unidade de Média Duração e Reabilitação									
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									

Santa Casa da Misericórdia de Portimão
Unidade de Cuidados Continuados Integrados

Plano Diário de Distribuição de Refeições

Almoço
Jantar

SERVIÇO DE ALIMENTAÇÃO E DIETÉTICA

Dia

DIETAS			Convalescença	Média Duração e Reabilitação	TOTAL
GERAL		C/ S			0
		S/ S			0
LIGEIRA		C/ S			0
		S/ S			0
MOLE		C/ S			0
		S/ S			0
PASTOSA		C/ S			0
		S/ S			0
LÍQUIDA		C/ S			0
		S/ S			0
DIABÉTICA		C/ S			0
		S/ S			0
DIABÉTICA MOLE		C/ S			0
		S/ S			0
DIABÉTICA PASTOSA		C/ S			0
		S/ S			0
DIABÉTICA LÍQUIDA		C/ S			0
		S/ S			0
SONDA COZINHA		C/ S			0
		S/ S			0
SONDA DIABÉTICA		C/ S			0
		S/ S			0
ANTIDIARREICA (POBRE EM RESÍDUOS)	1ª	C/ S			0
		S/ S			0
	2ª	C/ S			0
		S/ S			0
	3ª	C/ S			0
		S/ S			0
LÍQUIDA FRIA		C/ S			0
		S/ S			0
RENAL BÁSICA		C/ S			0
		S/ S			0
PREP. COLON. OU CLISTÉR OPACO		C/ S			0
		S/ S			0
PESQ.SANGUE OCULTO		C/ S			0
		S/ S			0
PERSONALIZADA					0
TOTAL			0	0	0
					0

MOD.PCII.SP6.03

SANTA CASA DA
MISERICÓRDIA DE PORTIMÃO
Unidade de Cuidados
Continuados

Cartão Individual de Dieta

	Unidade: _____ Cama: ____		
	Nome:		
Com Sal □		Sem Sal □	
1. Geral		10. Renal Básica	
2. Ligeira		11. Antidiarreica Fase ____	
3. Mole		12. Líquida Fria (ORL)	
4. Pastosa		13. Sonda Cozinha	
5. Líquida		14. Colonoscopia/ Clister Opaco	
6. Diabética		15. Pesquisa Sangue Oculto	
7. Diabética Mole		16. Zero	
8. Diabética Pastosa		17. Personalizada	
9. Diabética Líquida		18. Sonda Farmácia	
Observações:			

SANTA CASA DA
MISERICÓRDIA DE PORTIMÃO
Unidade de Cuidados
Continuados

Ementa Semanal

SEMANA 1		Almoço	Jantar
2ª feira	Geral		
	Ligeira		
	Mole		
3ª feira	Geral		
	Ligeira		
	Mole		
4ª feira	Geral		
	Ligeira		
	Mole		
5ª feira	Geral		
	Ligeira		
	Mole		
6ª feira	Geral		
	Ligeira		
	Mole		
Sábado	Geral		
	Ligeira		
	Mole		
Domingo	Geral		
	Ligeira		
	Mole		

Nota: Todas as refeições são servidas com sopa de legumes variados.
As dietas Diabéticas têm como base as Dietas Ligeira, Mole ou outra, e depois são adaptadas as doses de componentes que fornecem Hidratos de Carbono (açúcares): Pão, farináceos no prato e na sopa, etc.)

PROCESSO-CHAVE II – PRESTAÇÃO DE CUIDADOS AO UTENTE INTERNADO NA UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

SUB-PROCESSO 7 – ANIMAÇÃO SOCIOCULTURAL

SANTA CASA DA
MISERICÓRDIA DE PORTIMÃO
Unidade de Cuidados
Continuados

PROGRAMA ANUAL DE ACTIVIDADES DE ANIMAÇÃO SOCIOCULTURAL

Mês	Dia	Actividade	Recursos Humanos	Recursos Financeiros	N.º de Utentes que participam

_____
O Responsável

SANTA CASA DA
MISERICÓRDIA DE PORTIMÃO
Unidade de Cuidados
Continuados

PARTICIPAÇÃO NAS ACTIVIDADES DE ANIMAÇÃO SOCIOCULTURAL

Actividade: _____

Data: ___/___/___

Nome do utente	0	1	2	3

Legenda: 0 - Não Presente; 1 a 3 Presente (1/sem participação; 2/participação normal; 3/participação activa).

SANTA CASA DA
MISERICÓRDIA DE PORTIMÃO
Unidade de Cuidados
Continuados

FICHA INDIVIDUAL DE AVALIAÇÃO DA ANIMAÇÃO SOCIOCULTURAL

UNIDADE _____ CAMA _____

NOME:

_____

_ _____

DATA DE NASCIMENTO: _____/_____/_____ IDADE:

_____

PREVISÃO ALTA: ____/____/____

Data	Avaliação da Participação

_____
O Responsável

Vsff.

Data	Avaliação da Participação

O Responsável

SANTA CASA DA
MISERICÓRDIA DE PORTIMÃO
Unidade de Cuidados
Continuados

PLANO DE SESSÃO E AVALIAÇÃO DE ANIMAÇÃO SOCIOCULTURAL

DATA _____/_____/_____ SESSÃO _____

OBJECTIVO/S:

_____

_____

ACTIVIDADES:

_____

_____

_____

Actividade	Avaliação da Sessão

Vsff.

Actividade	Avaliação da Sessão

PROCESSO-CHAVE II – PRESTAÇÃO DE CUIDADOS AO UTENTE INTERNADO NA UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

SUB-PROCESSO 8 – HIGIENE, IMAGEM E CONFORTO

SIGÍLIO PROFISSIONAL

Todo o prestador em exercício efectivo ou fora dele, está obrigado ao Sigílio Profissional, sob pena disciplinar e/ou criminal se o violar.

INFORMAÇÕES A TERCEIROS

Os A.A.Médica não podem dar informações de âmbito clínico a terceiros, ocorrendo em violação do sigílio profissional.

APRESENTAÇÃO AO SERVIÇO

Todo o prestador contratado que esteja ausente do serviço, para além do estipulado por escala, terá que justificar a ausência para que lhe sejam relevadas as faltas.

A não justificação serão consideradas faltas injustificadas.

FÉRIAS

Os A.A.Médica contratado e com direito a gozo de férias terá que formalizar o seu pedido com 15 dias de antecedência, dirigido à Mesa Administrativa.

FARDAMENTO

Todo o A.A.Médica deverá apresentar-se bem fardado e identificado.

TROCAS DE TURNO

Só são permitidas 5 trocas de turno por prestador de serviços, com informação prévia ao Enfº Coordenador no mínimo com 24 horas de antecedência. A não observância da disposição instituida poderá tornar inviável a efectivação da troca.

Trocas sobre trocas não são permitidas

¶ - Os casos de excepção serão tratados pessoalmente.

CEDÊNCIAS

As cedências têm o mesmo tratamento que as trocas de turno quanto à sua forma e princípios.

ASSIDUIDADE

O registo de assiduidade efectua-se por leitura óptica da impressão digital de cada funcionário, sendo necessária uma «colheita» inicial da impressão digital.

Diáriamente os A.A.Médica devem efectuar o referido registo, no momento da entrada e saída de serviço.

A não efectivação do registo digital, por "esquecimento", "antecipação" obriga da parte do prestador fazer a justificação do mesmo, fundamentando, para que seja avaliada pelo seu superior hierárquico.

CUIDADOS CONTINUADOS

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA

DE

PORTIMAO

ORIENTAÇÕES PARA:

AUXILIARES DE ACÇÃO MÉDICA

PORTIMÃO

AUXILIAR DE ACÇÃO MÉDICA

**** QUEM SOMOS?***

Fazemos parte integrante de uma equipa multidisciplinar, com objectivos específicos, de molde a colaborar no processo curativo dos doentes.

**** NOSSA ACÇÃO***

Colaboramos:

* Na higiene diária do doente
* Na alimentação do doente
* No levante e deambulação
* No acompanhamento à realização de consultas e exames
* Nos posicionamentos

Providenciamos:

* A higiene sanitária diária, quer unidade do doente, quer nas áreas comuns

**** DESEMPENHO***

O nosso desempenho é permanente, isto é, as funções executadas são de 24 sobre 24 horas, em carga horária pré-estabelecida em escala

A prestação de funções são nas áreas de internamento, podendo também ser prestadas no bloco operatório, na esterelização ou consultas externas

**** SUPERVISÃO***

Enfermeiro Coordenador

**** ACTIVIDADES:***
¤ Turno das: 08 às 16 horas

> Passagem de eventual informação
> Distribuição de bacias de banho na cama e respectiva roupa
> Colocação do carro de higiene no sector
> Colaboração na pequeno almoço
> **Higiene/Conforto/Pensos e Levante**
> Colaboração nos reforços
> Higiene/Conforto/Pensos e Levante (cont)
> Higiene do serviço, excepto corredor
> Higiene do corredor
> Higiene do Posto de Enfermagem
> Colaboração no almoço
> Limpeza das mesas de cabeceira
> Troca de cassetes UNIDOSE
> Trocar fralda, posicionar e massajar
> Higiene da Sala de Convívio
> Medição de Diureses, vazar sacos
> Higiene sala de pensos/carros de pensos
> Verificações finais

¤ DIREITOS

Ao Auxiliar de Acção Médica é-lhe concedido um período de 10 minutos, sempre que haja disponibilidade, para tomarem um café, desde que fique assegurado a presença de uma equipa em cada internamento.

À saída deverá informar a Enfermeira do seu grupo.

Ao almoço, quando 6 A.A.M. escaladas, podem ir almoçar 2 auxiliares de cada vez, no máximo 3, de forma que fique em cada ala 2 auxiliares a dar os almoços.

**** ACTIVIDADES:***
¤ Turno das: 16 às 24 horas

> Passagem de eventual informação
> Colaboração no lanche. Limpeza das mesas de cabeceira
> Reposição dos carros de higiene
> Trocar fralda, posicionar e massajar
> Tarefas semanais. (Ver mapa)
> Desinfecção dos termómetros
> Colaboração no jantar. Limpeza das mesas de cabeceira
> Trocar fralda, posicionar e massajar
> Colaboração na ceia. Limpeza das mesas de cabeceira
> Medição de Diureses, vazar sacos
> Recolha de lixo
> Verificações finais

¤ Turno das: 00 às 08 horas

> Passagem de eventual informação
> Reposição dos carros de higiene
> Dobragem de sacos, outros
> Trocar fralda, posicionar e massajar

Vigília

> Trocar fralda, posicionar e massajar
> Medição de diureses, vazar sacos
> Desinfecção dos termómetros
> Recolha de lixo
> Verificações finais

¤ DIREITOS

No turno da tarde e da noite as saídas ao Self ou átreo só irá 1 A.A.M. de cada vez.

PROCESSO-CHAVE III – ALTA

1. Planeamento e Gestão de Altas/Transferências

A alta do utente deve ser preparada, em colaboração com a ECL, com a antecedência necessária de modo a permitir a continuidade de cuidados.

As unidades de cuidados continuados devem fazer uma proposta fundamentada à ECL, com vista à apreciação e autorização da mobilidade ou alta do utente, quando for considerada adequada uma mudança de tipologia dentro da RNCCI ou quando foram atingidos os objectivos terapêuticos.

Os procedimentos de mobilidade e alta dos utentes devem estar de acordo com as directrizes e orientações emanadas pela UMCCI.

SANTA CASA DA
MISERICÓRDIA DE PORTIMÃO
Unidade de Cuidados
Continuados Integrados

Unidade _____ Cama __

FOLHA DE ALTA CLÍNICA

Data de admissão: .... / .... / 200...	**Data de saída: ..... / ..... / 200...**	**Nº dias intern.: .....**
Referenciação:		

Admissão	**Principal:** **Secundário:**	....
	Situação Clínica	....
Internamento	**Evolução**	....
	Sit. Funcional e Motora	....
	Exames realizados	....
	Consultas Externas	....
	Intercorrências	....

Vsff.

Alta	**Motivo de Alta**	.....
	Situação Clínica	....
	Medicação	....
	Indicações	....

O Médico Assistente

.....

Carimbo

Santa Casa da
Misericórdia de Portimão
Unidade de Cuidados
Continuados

Folha de Alta
Cuidados de Enfermagem

Unidade_____ Cama_____

Internamento de ___/___/___ a ___/___/___ Médico Assistente: _____

Resumo da situação do doente

Actividades de vida	Cuidados Necessários			
Higiene Pessoal e Vestir-se	independente		☐	**Cuidados especificos:** _____
	Banho na cama:	Com ajuda total	☐	
		Com ajuda parcial	☐	
	Banho no WC:	Com ajuda total	☐	
		Com ajuda parcial	☐	
Comer e Beber	Independente		☐	**Cuidados especificos:**
	Ajuda Parcial		☐	Sonda Nasogastrica nº _____
	Ajuda Total		☐	Entubado Em: ___/___/___
				Dieta: _____
				Obs: _____
Eliminar	Independente		☐	**Cuidados especificos:**
	Ajuda Parcial		☐	Tipo de Algália: _____
	Ajuda Total		☐	nº: _____
	Algaliado		☐	Algaliado em: ___/___/___
	Fralda		☐	
	Dispoditivo urinário		☐	

Actividades de Vida	Cuidados Necessários	
Mover-se	Independente Com ajuda parcial — Marcha ☐ / Transferências ☐ / Mobilização da cama ☐ Com ajuda total — Marcha ☐ / Transferências ☐ / Mobilização da cama ☐	**Cuidados especificos:** Marcha com: Canadianas _____ Andarilho _____ Cadeira de Rodas _____ Mudança de posição: (freq.): _____
Dormir	Sono e repouso Bom ☐ Dormita ☐ Mau ☐	**Cuidados especificos:** Indutores de sono: _____
Outras		
Tratamentos	Penso simples (freq) _____ ☐ Penso com dreno (freq) _____ ☐ Penso a lesão aberta (freq) _____ ☐	Modo de Execução: _____ Consulta: _____

Terapêutica administrada no dia da transferência/Terapêutica prescrita	Horário

Data: ____/____/_____ **O/A Enfermeiro/a:** _____

SANTA CASA DA
MISERICÓRDIA DE PORTIMÃO
Unidade de Cuidados Continuados

ALTA A PEDIDO

Unidade _____ Cama ___

Eu, ..., internado na Unidade de Cuidados Continuados de ..... da Misericórdia de Portimão, na plena posse das minhas faculdades mentais e intelectuais, devidamente informado dos potenciais riscos e consequências em termos de Saúde e contra parecer médico, venho por este meio comunicar o abandono do internamento na referida Unidade, assumindo a sua completa responsabilidade.

Portimão, ___ / ___ / ____

_____

Assinatura

SANTA CASA DA
MISERICÓRDIA DE PORTIMÃO
Unidade de Cuidados
Continuados

Unidade _____ Cama ___

DECLARAÇÃO DE LEVANTAMENTO DE CADÁVER

Eu (nome do(a) Colaborador(a)) _____ _____ declaro que acompanhei o processo de levantamento de cadáver, (nome da Sr./Sra. Falecido(a)) _____ _____ depositado(a) na morgue da Unidade de Cuidados Continuados Integrados da _____ (nome da Organização).

Eu (nome de quem procedeu ao levantamento) _____ _____ declaro que procedi ao levantamento do cadáver acima identificado, sendo representante da Entidade/Agência _____.

(local), ____ de _____ de _____

Assinatura legível do(a) Colaborador(a)

_____

Assinatura legível do(a) responsável pelo levantamento

_____

PROCESSO DE SUPORTE 1 – RESPONSABILIDADE DA GESTÃO

Regulamento Interno das Unidades de Cuidados Continuados da Santa Casa da Misericórdia de Portimão

Setembro - 2008

CAPÍTULO I

DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 1.º
Denominação e natureza

1. As Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) da Santa Casa da Misericórdia de Portimão (SCMP) estão integradas na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (Rede), e visam prestar cuidados de saúde e de apoio social a pessoas em situação de dependência temporária ou permanente, independentemente da idade, no âmbito da convalescença e da média duração e reabilitação.
2. As UCCI constituem uma valência da Santa Casa da Misericórdia de Portimão, com autonomia técnica e administrativa, mas sem personalidade jurídica e autónoma.
3. As UCCI exercem a sua actividade em articulação com os outros serviços, sectores e organismos que integram a Rede, no âmbito do Decreto-lei n.º 101/2006, de 6 de Junho e da Portaria 1087-A/2007, e do Acordo estabelecido com a Administração Regional de Saúde do Algarve (ARS) e o Centro Distrital de Segurança Social de Faro (CDSS).

Artigo 2.ª
Visão

As UCCI pretendem afirmar-se como entidades prestadoras de cuidados continuados de qualidade, numa perspectiva de proximidade, e contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos cidadãos.

Artigo 3.º
Missão

As UCCI têm como missão assegurar um conjunto de cuidados de saúde e/ou de apoio social, promovendo a autonomia e melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através de um processo activo e contínuo de reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social.

Artigo 4.º
Princípios e valores fundamentais

As UCCI observam, no desenvolvimento da sua actividade e administração, os seguintes princípios e valores:

a) Da humanização dos cuidados – garantia do respeito pela dignidade humana, nomeadamente no que concerne ao direito dos doentes à sua privacidade, à confidencialidade da informação clínica, à preservação da sua identidade, à não discriminação e ao cabal esclarecimento dos doentes sobre a sua situação de saúde, para que possam decidir de forma livre e consciente sobre a concretização do que lhes é proposto;
b) Da ética assistencial – observância dos valores éticos e deontológicos que enquadram o exercício da actividade dos diferentes grupos profissionais;
c) Da qualidade e eficiência – articula o objectivo de elevado nível de qualidade e racionalidade técnica com a promoção da racionalidade económica e da eficiência;
d) Do envolvimento da família – facilita, incentiva e apoia a participação da família, elemento determinante da relação humanizada, na definição e desenvolvimento do plano individual de cuidados do doente;
e) Da continuidade e proximidade de cuidados – resposta às necessidades de cuidados numa perspectiva articulada de intervenção em *Rede,* mantendo, sempre que possível, os doentes dentro do seu enquadramento social e comunitário;
f) Do rigor e transparência – relacionamento rigoroso e transparente com todos os interlocutores, consolidando assim a credibilidade institucional;
g) Da responsabilização e hierarquização – promoção de uma cultura de responsabilização, comprometendo dirigentes, profissionais de saúde e demais colaboradores que desempenhem funções nas UCCI no sentido de um escrupuloso cumprimentam das normas, regras e procedimentos definidos, respondendo perante a Mesa Administrativa da Santa Casa da Misericórdia de Portimão pelos seus actos;
h) Da multidisciplinaridade e interdisciplinaridade – assunção do trabalho de equipa como um dos pilares fundamentais para a melhoria contínua da qualidade e obtenção de ganhos em saúde;
i) Da autonomia administrativa – desenvolvimento de uma gestão técnica e administrativa das UCCI, autónoma das outras valências da SCMP, com meios e orçamentos específicos.

Artigo 5.º
Objectivos

1. Constituem objectivos gerais das UCCI a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência.
2. Constituem objectivos específicos das UCCI:
   a) A melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de dependência, através da prestação de cuidados continuados de saúde e/ou de apoio social;
   b) O apoio, o acompanhamento e o internamento tecnicamente adequados à respectiva situação;
   c) A melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social;
   d) O apoio aos familiares ou prestadores informais, na respectiva qualificação e na prestação dos cuidados;
   e) A articulação com outras unidades, organismos e entidades da Rede, de forma a garantir a continuidade de cuidados, a satisfação das necessidades das pessoas em situação de dependência e a optimização da utilização dos recursos.

Artigo 6.º
Cuidados e serviços a prestar aos doentes

A UCCI de Convalescença assegura:
   a) Cuidados médicos diários;
   b) Cuidados de enfermagem permanentes;
   c) Exames complementares de diagnóstico, laboratoriais e radiológicos, próprios ou contratados;
   d) Prescrição e administração de fármacos;
   e) Cuidados de fisioterapia, de terapia ocupacional e da fala;
   f) Apoio psicossocial;
   g) Higiene, conforto e alimentação;
   h) Convívio e lazer;
   i) Os demais serviços e actividades necessários ao funcionamento da UCCI.

A UCCI de Média Duração e Reabilitação assegura:
   a) Cuidados médicos diários;
   b) Cuidados de enfermagem permanentes;
   c) Cuidados de fisioterapia, de terapia ocupacional e da fala;
   d) Prescrição e administração de fármacos;
   e) Apoio psicossocial;

f) Higiene, conforto e alimentação;
g) Convívio e lazer;
h) Os demais serviços e actividades necessários ao funcionamento da UCCI.

Artigo 7º
Área de influência

1. As UCCI recebem doentes referenciados pela área geográfica abrangida pela ARS Algarve.
2. Em igualdade de circunstâncias, as UCCI respondem atendendo a critérios de proximidade, pelo que se constituem como seus utentes preferenciais os naturais e residentes no concelho de Portimão e municípios limítrofes, que estejam sob jurisdição da ARS Algarve.
3. O disposto nos números anteriores não prejudica a complementaridade e estreita articulação com outras Unidades e organismos da Rede que não as da ARS de referência.

Artigo 8.º
Referenciação de doentes

Apenas são admitidos nas UCCI doentes referenciados pela Equipa Coordenadora Local (ECL).

Artigo 9.º
Normativo aplicável

As UCCI regem-se, entre outros, pelos seguintes normativos:
a) Compromisso da Santa Casa da Misericórdia de Portimão;
b) Regulamento Interno;
c) Protocolo de Cooperação estabelecido entre o Ministério da Saúde e a União das Misericórdias Portuguesas;
d) Acordo de Cooperação entre a Administração Regional de Saúde do Algarve, o CDSS de Faro e a Santa Casa da Misericórdia de Portimão, assinado em 26 de Setembro de 2007;
e) Lei de Bases da Saúde;
f) Diplomas legais e normas especiais aplicáveis.

CAPÍTULO II

ÓRGÃOS E ESTRUTURA

SECÇÃO I
ORGÃOS E ESTRUTURA EM GERAL

Artigo 10.º
Enumeração e natureza dos órgãos

1. As UCCI têm os seguintes órgãos:
   a) Direcção da Unidade
   b) Direcção Clínica
   c) Equipa Multidisciplinar
2. As responsabilidades atribuídas aos dirigentes da UCC são as previstas na legislação aplicável e as que a Mesa Administrativa da SCMP lhes atribuir.

Artigo 11.º
Pessoal dirigente

1. Os titulares dos órgãos da UCCI são nomeados e destituídos, nos termos gerais, pela Mesa Administrativa da Santa Casa da Misericórdia.
2. Os mandatos têm a duração de dois anos e podem ser renovados.

SECÇÃO II
ADMINISTRAÇÃO

Artigo 12.º
Competências e responsabilidades da Administração

1. Compete à Mesa Administrativa da Santa Casa da Misericórdia assegurar a gestão das actividades das UCCI na sua globalidade, sendo responsável nomeadamente por:
   a) Validar as normas de funcionamento das Unidades Funcionais;

b) Gerir os recursos humanos afectos ao funcionamento das UCCI, incluindo procedimentos disciplinares aos colaboradores, após processo de averiguações em caso de comprovada negligência ou abuso dos doentes;
c) Aprovar os horários de trabalho e os planos de férias do pessoal propostos pelas direcções, dentro dos parâmetros genericamente estabelecidos para os restantes serviços da Misericórdia;
d) Definir os níveis de responsabilidade de todo o pessoal e respectivas funções;
e) Coordenar a elaboração dos Planos de Actividades anuais das UCCI e respectivos Orçamentos, acompanhar a sua execução, detectando eventuais desvios e implementando as medidas correctivas necessárias;
f) Implementar as medidas necessárias à melhoria da orgânica, funcionamento e articulação dos serviços;
g) Assegurar a regularidade da cobrança das receitas e do pagamento das despesas das UCCI;
h) Zelar pela conservação do património afecto às UCCI e tomar as medidas necessárias para o efeito;
i) Praticar uma política de informação e comunicação que aos trabalhadores e à população que utiliza os serviços das UCCI, um conhecimento correcto e abrangente dos aspectos fundamentais do funcionamento da mesma;

2. Em matéria de despesa, é competência da Mesa Administrativa:
   a) Autorizar todas as despesas de conservação e reparação das instalações e equipamentos que sejam indispensáveis ao normal e conveniente funcionamento da UCCI;
   b) Autorizar, sob proposta da Direcção Técnica, a aquisição de produtos farmacêuticos, de material de consumo clínico e equipamentos necessários ao normal funcionamento dos serviços, assim como a introdução de novos produtos, desde que daí resultem ganhos qualitativos e económicos comprovados.
3. A Mesa Administrativa da Misericórdia é responsável pela qualidade dos serviços de saúde prestados e pela utilização dos recursos disponibilizados.

SECÇÃO III
DAS UNIDADES

Artigo 13.º
Da Direcção das Unidades

1. A Direcção das Unidades é assegurada por um Director Técnico, nomeado pela Mesa Administrativa da Misericórdia;
2. No exercício das suas funções, o Director Técnico pode ser coadjuvado por um adjunto, que o substitua nas suas faltas e impedimentos, devendo a escolha efectuada ser aprovada pela Mesa Administrativa e divulgada internamente na UCCI.

Artigo 14.º
Competências da Direcção da Unidade

1. Compete à Direcção das Unidades assegurar a gestão das actividades das UCCI na sua globalidade, sendo responsável nomeadamente por:
   a) Fazer cumprir as disposições legais e regulamentares aplicáveis, bem como os procedimentos e as orientações técnico-normativas emanadas pelos serviços competentes, nomeadamente da Direcção Geral da Saúde;
   b) Planear, dirigir, coordenar e controlar a actividade dos diversos sectores das UCCI, segundo as orientações e no respeito das competências da Mesa Administrativa da SCMP*;*
   c) Definir procedimentos padronizados para reportar acidentes com profissionais ou doentes, erros na administração da medicação, quedas e outros acidentes;
   d) Estabelecer uma estreita e permanente articulação entre as UCCI e as Equipas Coordenadoras Local e Regional da Rede;
   e) Implementar uma política de formação contínua para todos os colaboradores das UCCI, diagnosticando periodicamente as necessidades formativas, com vista à elaboração de um plano de formação anual e posterior avaliação do seu impacto;
   f) Autorizar a realização de estágios, cursos e outra formação considerada de interesse institucional;
   g) Zelar pelo efectivo controlo da infecção hospitalar e pela correcta gestão de resíduos, de acordo com a legislação aplicável;
   h) Assegurar que os colaboradores se encontram devidamente identificados;

i) Propor alterações ao Regulamento Interno, submetê-lo à aprovação da Mesa Administrativa da Misericórdia, divulgá-lo internamente para que todos os profissionais das UCCI dele tomem conhecimento e garantir a afixação, em local bem visível, de informação sobre a existência do mesmo;
j) Aprovar as normas de funcionamento das Unidades Funcionais;
k) Diligenciar no sentido da elaboração do Guia de Acolhimento ao doente e criar mecanismos que assegurem a sua entrega a todos doentes ou seus familiares;
l) Propor à Mesa Administrativa a admissão ou demissão de profissionais de saúde ou outros funcionários, bem como solicitar aquela o exercício do poder disciplinar nos termos da legislação aplicável;
m) Definir procedimentos de controlo interno nas UCCI;
n) Responsabilizar os diversos sectores das UCCI pelos meios postos à sua disposição face aos resultados atingidos;
o) Elaborar o Manual da Qualidade e proceder à sua revisão e actualização periódica, com o objectivo de manter uma política de melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados;
p) Exercer as demais competências que lhe sejam delegadas pela Mesa Administrativa da SCM.

Artigo 15.º
Da Direcção Clínica

1. Os Directores Clínicos das UCCI são nomeados pela Mesa Administrativa, sob proposta dos Directores das Unidades. No caso da Direcção Técnica ser assegurada por um médico, deverá este assumir cumulativamente a Direcção Clínica;
2. No exercício das suas funções, o Director Clínico pode ser coadjuvado por um adjunto, devendo a escolha efectuada ser aprovada pela Mesa Administrativa e divulgada internamente na UCCI.

Artigo 16.º
Competências do Director Clínico

1. Compete ao Director Clínico coordenar toda a assistência prestada aos doentes, assegurar o funcionamento harmónico dos serviços assistenciais das UCCI, garantir a correcção e prontidão dos cuidados de saúde e, em especial, dirigir a acção médica.
2. Para efeito do disposto no número anterior e com salvaguarda das competências expressamente atribuídas a outras direcções, cabe particularmente ao Director Clínico:

a) Estabelecer e acompanhar a implementação do "Plano Individual de Cuidados" para cada doente durante o período de internamento;
b) Compatibilizar, do ponto de vista técnico e em articulação com a Equipa Multidisciplinar, os "Planos de Intervenção Articulada" apresentados pelas diferentes unidades envolvidas na prestação dos serviços e no seguimento das avaliações periódicas;
c) Fomentar a ligação, articulação e colaboração entre a acção médica e a acção da equipa multidisciplinar, de forma a alcançar os objectivos definidos;
d) Garantir a organização do processo clínico individual do doente, o registo de toda a informação clínica e a sua disponibilização no âmbito do Acordo de Cooperação;
e) Detectar eventuais não conformidades no cumprimento dos individuais de cuidados e de todo o processo clínico, propondo, em tempo útil, a implementação de medidas preventivas e correctivas adequadas;
f) Promover os princípios da eficácia, eficiência e da qualidade técnica;

3. O Director Clínico responde perante o Director da Unidade pela qualidade dos serviços de saúde prestados e pela utilização dos recursos disponibilizados.

Artigo 17.º
Do Enfermeiro Responsável

1. O Enfermeiro responsável é nomeado pelo Director da Unidade, recaindo a escolha preferencialmente em enfermeiros ligados contratualmente às UCCI;

Artigo 18.º
Competências do Enfermeiro Responsável

1. Compete ao Enfermeiro Responsável orientar e coordenar tecnicamente a actividade dos profissionais de Enfermagem e Auxiliares de Acção Médica das UCCI, velando pela qualidade dos cuidados prestados em cada uma das unidades;
2. Para efeito do disposto no número anterior, cabe ao Enfermeiro Responsável tomar todas as medidas necessárias no sentido de:
   a) Garantir e acompanhar a implementação do "Plano Individual de Cuidados" para cada doente durante o período de internamento, assim como as avaliações e registos necessários à evolução do processo clínico;
   b) Compatibilizar, do ponto de vista técnico e em articulação com a Direcção Clínica e a Equipa Multidisciplinar, os "Planos de Intervenção

Articulada" apresentados pelas diferentes unidades envolvidas na prestação dos serviços e no seguimento das avaliações periódicas,

c) Acolher o doente no momento da sua admissão e prestar toda a informação necessária ao próprio e seus familiares, assim como aplicar os inquéritos de satisfação;
d) Participar no processo de admissão de pessoal de enfermagem e de auxiliares de acção médica, integração de novos colaboradores e na sua avaliação de desempenho;
e) Promover a formação em exercício, actualização e valorização profissional do pessoal de enfermagem e auxiliar de acção médica;
f) Elaborar e supervisionar o cumprimento dos horários de trabalho praticados pelas Equipas de Enfermagem e Auxiliares de Acção Médica, bem como os respectivos Planos de Férias.
g) Acompanhar e avaliar sistematicamente o exercício da actividade da enfermagem, zelando pela observância dos princípios da eficácia, eficiência e da qualidade técnica;
h) Programar as actividades da unidade, definir as responsabilidades e as obrigações específicas do pessoal de enfermagem e do demais pessoal sob a sua responsabilidade;
i) Fazer a gestão dos recursos do serviço atendendo a critérios de qualidade e de eficiência;
j) Supervisionar a actividade da enfermagem e zelar pela actualização das técnicas utilizadas promovendo por si ou propondo aos órgãos competentes as iniciativas aconselháveis para o aperfeiçoamento, valorização, e formação profissional do pessoal da Unidade;
k) Promover a humanização dos cuidados prestados e a existência das melhores condições de hotelaria na unidade, propondo superiormente as acções correctivas e de melhoria contínua consideradas necessárias;
l) Incentivar a adopção de medidas que garantam a segurança dos doentes, trabalhadores e público em geral e estimular atitudes e comportamentos do pessoal que contribuam para a minimização do risco clínico e não clínico;
m) Zelar activamente pelo controlo da infecção hospitalar e pela correcta gestão de resíduos hospitalares no âmbito de uma política geral de qualidade e de gestão do risco;
n) Garantir o registo correcto e atempado de toda a informação relacionada com o estado de saúde dos doentes e com os cuidados prestados no processo clínico individual;
o) Desenvolver e incentivar um clima de trabalho em equipa e de co-responsabilização pelos resultados, promovendo para o efeito reuniões periódicas de avaliação da qualidade dos cuidados, da produtividade e dos custos;
p) Manter a disciplina do pessoal sob sua orientação e assegurar o cumprimento integral do regime de trabalho.

3. O Enfermeiro Responsável responde perante o Director da Unidade pela qualidade dos cuidados prestados e pela utilização dos recursos disponibilizados.

Artigo 19.º
Das Equipas Multidisciplinares

1. As Equipas Multidisciplinares têm a seguinte composição:
   a) Director Clínico;
   b) Médico Assistente
   c) Médico Fisiatra;
   d) Enfermeiro Responsável;
   e) Psicólogo;
   f) Assistente Social;
   g) Fisioterapeuta;
   h) Terapeuta Ocupacional;
   i) Terapeuta da Fala;
   j) Dietista/Nutricionista;
2. As Equipas Multidisciplinares deverão reunir semanalmente e/ou sempre que se julgue necessário, preferencialmente assumindo a forma de visita semanal a todos os doentes internados.

Artigo 20.º
Competências das Equipas Multidisciplinares

Compete às Equipas Multidisciplinares:
1. Proceder a uma avaliação multidimensional do doente, elaborar a lista de problemas activos e passivos e definir o "Plano de Intervenção Articulada" e os objectivos a atingir;
2. Implementar, do ponto de vista técnico e em articulação com a Direcção Clínica e Equipa de Enfermagem, os "Planos de Intervenção Articulada" apresentados pelas diferentes unidades envolvidas na prestação dos serviços e no seguimento das avaliações periódicas e aferição dos planos;
3. Proceder aos registos necessários ao desenvolvimento das acções, sua monitorização e respectivas avaliações multidisciplinares;
4. Dar parecer sobre os assuntos que lhe sejam apresentados, nomeadamente sobre questões de ética, humanização e qualidade dos serviços, controlo da infecção hospitalar, entre outros considerados no âmbito das suas competências;
5. Propor acções que visem a melhoria contínua da qualidade serviços e uma maior eficácia e eficiência na prestação de cuidados de saúde;

CAPÍTULO III

RECURSOS

SECÇÃO I
RECURSOS FINANCEIROS

Artigo 21.º
Receitas das UCCI

São receitas das UCCI as que resultarem do desenvolvimento da sua actividade, nos termos da legislação em vigor e dos acordos e tabelas aprovados, nomeadamente:

a. As verbas correspondentes ao pagamento dos cuidados continuados prestados a doentes do Serviço Nacional de Saúde (SNS) ao abrigo do Acordo;
b. As verbas correspondentes ao pagamento dos cuidados continuados prestados a beneficiários de subsistemas ao abrigo do Acordo;
c. Quaisquer outros rendimentos que resultem da sua actividade ou da utilização de bens que lhe estão adstritos.

SECÇÃO II
RECURSOS HUMANOS

Artigo 23.º
Quadro de Pessoal

1. Em conformidade com as recomendações constantes no Anexo II do Acordo e em obediência a critérios de qualidade, segurança e humanização, as UCCI garantem os recursos humanos necessários, em número e qualidade, à prestação dos cuidados acordados.
2. O mapa de pessoal e as escalas respectivas são afixados em local visível e acessível a todos os profissionais, doentes e seus familiares.

Artigo 24.º
Gestão de recursos humanos

1. As UCCI não dispõem de quadro de pessoal próprio, sendo os recursos humanos de que carece para o exercício da sua actividade facultados pela Misericórdia.
2. A organização da actividade das UCCI deve obedecer às normas de segurança, higiene e saúde no trabalho aplicáveis.
3. Salvo no que respeita ao poder de direcção e de avaliação do desempenho, bem como à política de formação, são da exclusiva competência da Mesa Administrativa da Misericórdia todas as decisões em matéria de recursos humanos, nomeadamente a contratação e fixação da remuneração do pessoal.

Artigo 25.º
Política de formação

1. Seguindo as orientações da Política de Formação Global da Misericórdia e do que está preconizado no âmbito da Rede, as UCCI apoiam e incentivam a formação contínua ou em exercício de todos os colaboradores, como forma de desenvolvimento pessoal e profissional, através da valorização das suas competências técnicas, humanas e sociais.
2. Para o efeito do disposto no número anterior, a Direcção Técnica:
   a) Aprova anualmente um plano de formação para os diferentes grupos profissionais das UCCI, com base no levantamento de necessidades, privilegiando as acções que visem a participação conjunta da equipa multidisciplinar;
   b) Divulga acções de formação e outras oportunidades de aprendizagem e de desenvolvimento de competências, quer dentro da organização quer noutras instituições;
   c) Veicula informação sobre assuntos técnico-científicos de interesse no âmbito da saúde e particularmente na área dos cuidados continuados;
   d) Promove a realização de eventos técnico-científicos, envolvendo os profissionais das UCCI, tendo em vista a actualização e a partilha de conhecimentos;
   e) Aprova a realização de sessões formativas para o enquadramento da actividade voluntária, na perspectiva de colaboração gratuita e adequada de pessoas que disponibilizam o seu tempo para ajudar os doentes e familiares.

SECÇÃO III

INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS

Artigo 26.º
Instalações

1. As condições de instalação aplicáveis são as que constam das "Recomendações sobre Instalações para os Cuidados Continuados", emanadas pela Direcção-Geral das Instalações e Equipamentos da Saúde, e demais legislação aplicável, nomeadamente no que respeita às condições de acessibilidade, de evacuação em situação de emergência e de protecção contra risco de incêndio.
2. As áreas funcionais e as instalações da Unidade de Convalescença e Unidade de Média Duração são as seguintes:
   a) Acesso/Recepção/Atendimento;
   b) Área de internamento;
   c) Área de prestação de cuidados, nomeadamente, de tratamento e de reabilitação;
   d) Áreas de apoio às áreas técnicas, nomeadamente rouparia, áreas de sujos, limpos e material esterilizado;
   e) Áreas de convívio e sala de estar para visitas;
   f) Serviços de direcção e serviços técnicos.
   g) Áreas de apoio geral, nomeadamente, alimentação, lavandaria ou rouparia, esterilização e armazém;
   h) Instalações de Pessoal.
1. O acesso às Instalações das UCCI está devidamente controlado, de forma a não permitir a entrada de estranhos, bem como a saída imprevista de doentes.
2. As UCCI disponibilizam dispositivos de apoio ao movimento e de orientação temporal e espacial com vista à promoção da autonomia.

Artigo 27.º
Equipamentos

1. A SCMP coloca à disposição das UCCI os equipamentos necessários à prestação de cuidados aos seus doentes, com segurança e qualidade, designadamente gerador de emergência.
2. As UCCI garantem a cada doente mobiliário exclusivo para acomodação de vestuário e objectos pessoais, respectivamente, armário e mesa-de-cabeceira.

CAPITULO IV

CONDIÇÕES E PROCEDIMENTOS INTERNOS DE ADMISSÃO E ALTA

Artigo 28.º
Procedimentos de Admissão e Acolhimento do doente

1. Os doentes são *referenciados* pela ECL na decorrência de identificação de situação de dependência, mediante proposta de admissão na unidade contendo informação clínica e social do doente e de harmonia com os critérios estabelecidos pela RNCCI para a admissão nas Unidades de Convalescença ou de Média Duração e Reabilitação;
2. No processo de referenciação a ECL envia à UCCI toda a documentação administrativa, clínica e social imprescindível à constituição do processo do Utente e à preparação do plano de intervenção da equipa da UCCI.
3. Entre outra, deve ser fornecida a seguinte informação:
   a) Entidade financeira responsável;
   b) Número de beneficiário de subsistema, caso exista;
   c) Número de Bilhete de Identidade;
   d) Número de Utente do SNS;
   e) História Clínica e Social;
   f) Medicação;
   g) Cópia dos Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT) realizados, que sejam relevantes para a decisão clínica;
   h) Concordância formal do Utente quanto à admissão na UCCI e à assumpção dos encargos decorrentes das prestação de cuidados sociais cujo valor foi previamente calculado pela ECL.
4. Após análise de informação referida no número anterior, a UCCI deve comunicar à ECL o momento que considera mais adequado para a admissão do Utente.
5. O Plano Individual de Cuidados requer intervenção multidisciplinar e é elaborado após a admissão do Utente, sendo revisto periodicamente.
6. A entrada do Utente na Unidade deve ocorrer até às 18H00, salvo em situações excepcionais de que tenha sido dado conhecimento prévio à UCCI.

Artigo 29.º
Procedimentos de Mobilidade e Alta

1. Quando atingidos os objectivos terapêuticos, ou considerada adequada uma mudança de tipologia dentro da RNCCI, as unidades devem fazer proposta

fundamentada a ECL, para apreciação e autorização da mobilidade ou alta do Utente.

2. O planeamento da alta deve ser iniciado logo após a admissão do Utente de forma a permitir a articulação atempada com outras entidades, a elaboração e transmissão de informação clínica e social e a continuidade da prestação de cuidados.
3. No momento da alta, a UCCI deve:
   a) Disponibilizar ao Utente ou seu representante legal, tal como à ECL, relatório circunstanciado dos cuidados que lhe foram prestados, denominado "Nota de Alta";
   b) Enviar ao médico de família e/ou médico assistente do Utente informação da situação clínica do Utente, com cópia da "Nota de Alta";
   c) Arquivar cópia da Nota de Alta no processo do Utente;
   d) A Unidade, em articulação com a ECL e família do Utente, deve diligenciar no sentido de a alta se verificar até às 12H00.

Artigo 30.º
Reserva de Vaga

1. Durante o internamento na UCCI, quando se verifique necessidade de internamento de um Utente em Parque de Saúde de Agudos na sequência de transferência por agudização de doença, não será viabilizada qualquer reserva de vaga na Unidade, com excepção das condições constantes dos números seguintes.
2. No caso de se verificar uma evidente previsão de que a taxa de ocupação mensal possa vir a ser igual ou superior a 85%, a UCCI deverá considerar a possibilidade de reserva de vaga.
3. No caso de a UCCI apresentar uma previsão de a taxa de ocupação vir a ser inferior a 85%, pode o Director da Unidade, por motivos de solidariedade activa e humanização, vir a autorizar pontualmente a referida reserva.
4. As excepções referidas nos pontos 2 e 3 são analisados caso a caso pelo Director da Unidade e a sua decisão será comunicada à ECL.

CAPITULO V

DISPOSIÇÕES FINAIS

Artigo 31.º
Avaliação da satisfação e dos resultados

A UCCI procede à avaliação:

a) Da satisfação dos utentes e seus cuidadores informais/familiares;
b) Da satisfação dos profissionais;
c) Dos resultados versus os indicadores preconizados, clínicos ou outros.

Artigo 32.º
Relacionamento com a Comunidade

A UCCI privilegia formas actuantes de convivência e articulação com a comunidade em que se integra, procurando gerar sinergias, nomeadamente com unidades de saúde, instituições académicas, escolas de formação profissional, instituições de solidariedade social e outras entidades nacionais e internacionais de interesse público.

Artigo 33.º
Liga dos Amigos da UCCI e outras iniciativas

1. Na prossecução do princípio fundamental da humanização dos cuidados prestados, a UCCI pode apoiar o desenvolvimento de uma "Liga dos Amigos da UCCI", que vise a implementação de projectos e acções que contribuam para o bem-estar dos utentes e que promovam a interacção da UCCI com a comunidade e a relação com outras organizações congéneres da área da saúde.
2. A UCCI pode associar-se a iniciativas de apoio, de natureza associativa ou não, com fins culturais, recreativos, desportivos ou outros, dirigidas ao seu pessoal ou aos seus utentes, sendo o grau de colaboração da UCCI definido pela Mesa Administrativa da Misericórdia em função do mérito reconhecido às iniciativas em causa e das exigências financeiras do mesmo.

Artigo 34.º
Livro de reclamações

A UCCI dispõe de Livro de Reclamações e tem afixado letreiro de aviso da sua existência, em conformidade com a legislação aplicável.

Artigo 35.º
Documentos a afixar

A UCCI assegura que estão disponíveis e afixados em local bem visível:

a) O organograma da Unidade;
b) O mapa de pessoal com identificação do nome, categoria e horário semanal contratado;
c) Escala de serviço;
d) Mapa das ementas;
e) Plano de actividades de animação social, cultural e recreativa;
f) Referência à existência de Guia de Acolhimento.

Artigo 36.º
Dúvidas e Omissões

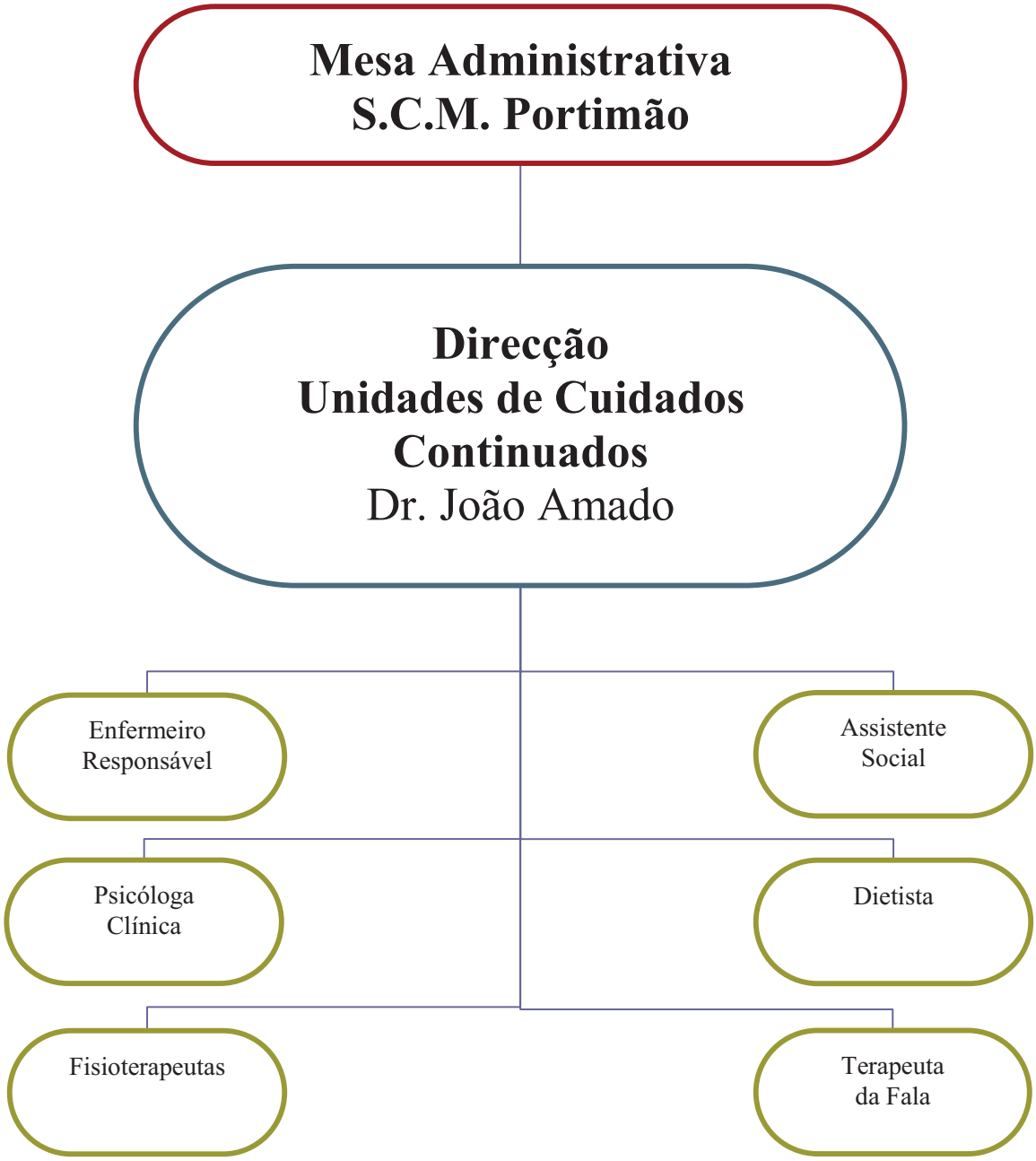
Tudo quanto suscite dúvidas e não se encontre previsto neste Regulamento será resolvido pela Mesa Administrativa, à luz do *Compromisso da SCMP,* considerando sempre e supletivamente as disposições legais que devem nortear a prestação de cuidados de saúde.

Artigo 37.º
Entrada em vigor

O presente Regulamento e respectivos anexos, que dele fazem parte integrante, entram em vigor no dia imediato à aprovação pela Mesa Administrativa da Misericórdia, sendo afixada em local bem visível a identificação da sua existência e disponibilidade para consulta.

REVISTO E APROVADO PELA MESA ADMINISTRATIVA DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE PORTIMÃO EM 19 DE SETEMBRO DE 2008

Organograma



1. Objectivo e Campo de Aplicação

Definir o procedimento para assegurar que os produtos e serviços adquiridos satisfazem os requisitos especificados. Este procedimento aplica-se a: Consumíveis (luvas, batas, máscaras), Ajudas Técnicas, Equipamento informático, Carrinhas, Consumíveis de escritório, Refeições, Utensílios de cozinha, Serviços (assistência técnica, calibração, formação, consultoria, lavandaria).

2. Modo de Proceder, Responsabilidades e Documentos Associados

N.º	Actividades	Responsabilidades	Documentos/ Registos
1	Necessidades de aquisição de produtos/serviços	Colaboradores	
2	Requisitar os produtos/serviços Sugerir o Fornecedor	Requisitante	Requisição Interna
3	Verificar a adequação da Requisição Interna	Responsável pelo Sector requisitante	Requisição Interna
4	Encaminhar a Requisição Interna para o RCD	Requisitante	Requisição Interna
5	Seleccionar e aprovar o Fornecedor	Secretaria Direcção	IMP. Lista de Fornecedores Aprovados; IMP. Acordo da Qualidade de Fornecimento
6	Encomendar	Secretaria	Fax Encomenda ou Requisição Interna
7	Receber e verificar os produtos/serviços (1ª verificação)	Secretaria	Fax Encomenda ou Requisição Interna Versus documentos que acompanham os produtos/ serviços
8	Entregar ao requisitante	Secretaria	
9	Verificar os produtos/serviços (2ª verificação)	Requisitante	Documentos que acompanham os produtos/ Serviços; IMP. Ficha de Controlo e Avaliação das Refeições
10	Registar as não conformidades	Secretaria ou Requisitante	IMP. Registo de Não Conformidade, Acção Correctiva/Preventiva; PR Não Conformidades, Acções Correctivas e Preventivas
11	Arquivar a documentação	Secretaria	
12	Avaliar os fornecedores	Responsável pela Qualidade	IMP. Qualificação de Fornecedores

3. Descrição das Actividades

N.º	Descrição
1	Qualquer colaborador que detecte a necessidade de um produto informa o Direcção Clínica, que autoriza ou remete para avaliação da Direcção.
2	Os produtos/serviços são requisitados à Secretaria, que procede à encomenda aos fornecedores. A UCCI requisita de forma a caracterizar inequivocamente o produto/serviço a adquirir. A requisição é efectuada por escrito no IMP. Requisição Interna, e especifica o produto/serviço, referências, modelo,

	tamanho, quantidade e fornecedor pretendido.
3	A Requisição Interna é verificada quanto à sua adequação, pelo Responsável pelo Sector requisitante, que rubrica a mesma.
4	Encaminhar a Requisição Interna preenchida e rubricada para a Secretaria.
5	Os actuais fornecedores revelaram no seu histórico capacidade para integrar a Lista de Fornecedores Aprovados (LFA). Consideram-se dois tipos de fornecedores, de acordo com o efeito do produto comprado nos Processos Chave: • **Fornecedores Críticos**, que são os que fornecem produtos ou serviços que integram actividades dos Processos-Chave (têm impacto directo no cumprimento dos requisitos dos utentes e dos requisitos regulamentares aplicáveis). • **Fornecedores Comuns**, sem impacto directo no cumprimento de requisitos dos utentes. Se houver fornecedor aprovado (ver IMP. Lista de Fornecedores Aprovados), referir o fornecedor pretendido na Requisição Interna. Se não existir fornecedor na Lista de Fornecedores Aprovados (LFA) a selecção tem em atenção os seguintes critérios: a) Apreciação da oferta do fornecedor para averiguar se corresponde aos produtos e serviços pretendidos, o que pode incluir a análise de catálogos, solicitação de amostras; b) Se forem **certificados ISO 9001** poderão integrar de imediato a LFA, sendo-lhes pedida cópia do certificado para conferir o âmbito e validade; c) Se não for certificado é efectuada uma avaliação de acordo com os critérios seguintes: reputação, condições de campanha, entrega de documentos que evidenciem o controlo, conforme aplicável; d) Se for recomendado por outras Organizações da mesma área; e) Análise do IMP. Acordo da Qualidade de Fornecimento. Se cumprirem os critérios indicados podem integrar a LFA, que é aprovada pela Direcção.
6	A Secretaria procede à encomenda, elaborando um documento que contenha todas as informações constantes na Requisição Interna, de forma a caracterizar inequivocamente os produtos/serviços requeridos. Este documento é enviado por FAX ou E-mail ao fornecedor. Para as encomendas telefónicas, a Secretaria regista, data e rubrica na própria Requisição Interna em como a encomenda foi solicitada ao fornecedor.
7	A Secretaria recebe os produtos entregues e efectua a 1ª verificação mediante os documentos do fornecedor (Guia de Remessa e/ou Nota de Encomenda do fornecedor) e os documentos que serviram de base para efectuar a encomenda (Fax, E-mail, Encomenda ou Requisição Interna). Posteriormente o fornecedor envia a factura e a Secretaria verifica a sua conformidade antes de a encaminhar para pagamento.
8	A Secretaria entrega os produtos ao requisitante; no caso de serviços, estes são prestados directamente ao requisitante.
9	O requisitante procede à verificação dos produtos/serviços recebidos, mediante os documentos que acompanham os produtos/serviços, rubricando-os. Estes documentos ficam na posse do Responsável pelo Sector requisitante. Sempre que aplicável, no caso das refeições, é celebrado um Acordo da Qualidade de Fornecimento sendo assim da responsabilidade do fornecedor assegurar a conformidade. Na altura do levantamento e da entrega das refeições, o colaborador responsável por estas tarefas verifica visualmente o produto: aspecto, temperatura, odor e quantidade, de acordo com o IMP. Ficha de Controlo e Avaliação das Refeições.

10	Os produtos são conferidos face aos documentos que os acompanham. A seguir é feita uma análise final, conferindo com as facturas. No caso de existirem não conformidades, estas são registadas e tratadas conforme o PR Não Conformidades, Acções Correctivas e Preventivas. Mediante as não conformidades registadas e a análise do desempenho dos fornecedores efectuada pelo Responsável pela Qualidade, procede-se à avaliação anual dos fornecedores, informando a Direcção para decidir sobre a continuidade do fornecedor na LFA para o ano seguinte. Os resultados anteriores fazem parte do Relatório de Actividades. Anualmente os Fornecedores são informados sobre o seu desempenho Para os restantes fornecedores são apenas tratadas as não conformidades à medida que surgem.
11	A Secretaria mantém um arquivo de todo o processo relacionado com as compras.
12	Actividades (rubrica Balanço do Sistema de Gestão da Qualidade) e em função do tipo de fornecedores. Para Fornecedores **Críticos**, são quantificados os deméritos totais acumulados para cada fornecedor, considerando a não conformidade detectadas ao longo do ano e a informação sobre o desempenho dos fornecedores recebida dos Responsáveis dos Sectores e da Secretaria. Em função da pontuação são qualificados os fornecedores (IMP. Qualificação de Fornecedores). Anualmente os mesmos são informados da sua qualificação. **NÍVEIS IQF (Índice da Qualidade de Fornecedores):** **A** – IQF maior que 80% - fornecedor sem reservas **B** – IQF entre 50 e 80 (inclusive) - fornecedor com necessidade de melhorias **C** – IQF menor que 50% - outros fornecedores (análise casuística) Para fornecedores **Comuns** não é feita a qualificação. No entanto, sempre que forem detectadas não conformidades é preenchido de imediato o IMP. Registo de Não Conformidade, Acção Correctiva/Preventiva e emitida uma reclamação por escrito ao fornecedor em questão. Nesta altura, o RQ ainda analisa as não conformidades por fornecedor e a sua permanência na LFA em função da gravidade das não conformidades em causa. Com base nos resultados anteriores e durante a apresentação do Relatório de Actividades à Direcção, esta decide substituir ou não os fornecedores, sendo a LFA revista, se aplicável.

Elaborado por: Aprovado por:
Verificado por: Data:____/____/____

SANTA CASA DA
MISERICÓRDIA DE PORTIMÃO
Unidade de Cuidados
Continuados

Lista de Fornecedores Aprovado

Edição …. Página …. de ….

Fornecedor (CR)	Produto/ Serviço	Contacto	Qualificação

Legenda: CR - Fornecedor Crítico

_____

(Aprovado pela Direcção)

SANTA CASA DA
MISERICÓRDIA DE PORTIMÃO

Acordo da Qualidade de Fornecimento

Fornecedor:	Produto/Serviço:
Morada:	
Telf.: Fax:	Email:
Responsável pela Qualidade:	Direcção Clínica:

A UCCI assegura a confidencialidade de toda a informação abaixo facultada.

1. A Empresa é Certificada? (se sim, favor enviar cópia do certificado)

Não: ☐ Sim: ☐

Norma:

Entidade:

2. Se assinalou SIM em 1:

O Sistema da Qualidade implementado e certificado inclui todo o âmbito do trabalho sub-contratado?

Não: ☐ Sim: ☐

3. Se assinalou Não em 1:

A Empresa está em fase de implementação do sistema? Possui outra qualificação?

Não: ☐ Sim: ☐

Norma/Documento(s) de Referência:

Entidade:

4. (Não necessita de responder a partir deste ponto se assinalou SIM às questões 1 e 3).

A Empresa assegura para todo o âmbito da sub-contratação:

N.º	Questão	SIM	NÃO	Comentários
4.1				
4.2				
4.3				

Requisitos a assegurar nos fornecimentos:

Se após a avaliação do presente questionário for considerada necessária, por parte da UCCI, uma auditoria de 2ª parte, a Empresa declara que aceita a sua realização.

Concordamos com as condições deste acordo e comprometemo-nos a comunicar alterações significativas que potencialmente possam influenciar estes dados.

_____

Representante do Fornecedor (Assinatura e Função) Data

_____

Representante do SAD (Assinatura e Função) Data

AVALIAÇÃO FINAL DO FORNECEDOR

(Ter em conta as respostas ao questionário e o desempenho histórico, se aplicável)

RQ: / /
DC: / /
Aprovação do Fornecedor: D: / /

SANTA CASA DA
MISERICÓRDIA DE PORTIMÃO

Classificação de Fornecedores

IDENTIFICAÇÃO

Fornecedor

_____

_____

Produto/Serviço

_____

_____

1.AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

Total de fornecimentos		X	
Fornecimentos sem NC	_____	(40)	_____
Fornecimentos com menos de 3 NC	_____	(-5)	_____
Fornecimentos com mais de 3 NC		(-25)	_____
		Total	

2. CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

Com facilidade de pagamento	_____	(10)	_____
Pronto Pagamento	_____	(-5)	_____
		Total	_____

3. PREÇO

Inferior à concorrência	_____	(15)	_____
Igual à concorrência	_____	(10)	_____
Superior à concorrência		(-5)	_____
Sem parâmetro de comparação		(10)	_____
		Total	

4. PRAZO DE ENTREGA

Conforme acordado	_____	(20)	_____
Atrasos sem implicações para a UCCI	_____	(-5)	_____
Atrasos com implicações para a UCCI		(-15)	_____
		Total	

SANTA CASA DA
MISERICÓRDIA DE PORTIMÃO

Classificação de Fornecedores

5. MANUTENÇÃO E AVARIAS

Resposta atempada e eficaz	_____	(15)	_____
Resposta lenta, mas eficaz	_____	(-5)	_____
Resposta ineficaz		(-10)	_____
Sem parâmetro de avaliação		(10)	_____
		Total	

QUALIFICAÇÃO

Índice de Qualificação de Fornecedores:

Total dos totais: _____

Total de fornecimentos: _____

IQF= Total dos Totais / _____

IQF =

Nota: em fornecimentos contínuos considera-se um fornecimento mensal (12/ano)

NÍVEL:

RQ: _____ Data: ____ / ____ / ____

NÍVEIS

A - IQF maior que 80%	Fornecedor sem reservas
B - IQF entre 50 e 80% (inclusive)	Fornecedor com necessidade de melhorias
C - IQF menor que 50%	Outros fornecedores (análise casuística)

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE PORTIMÃO
Unidade de Cuidados Continuados

Acompanhamento de Despesas

DESPESAS DE FUNCIONAMENTO (Despesas de Centro de Custo Próprio)														
Rubricas		Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Acum
A MERCADORIAS	Medicamentos													
	Material de Consumo Clínico													
	Material de Consumo Administrativo													
	Material de Consumo Hoteleiro - Produtos Alimentares													
	Material de Consumo Hoteleiro - Material de Higiene e													
	Outros Produtos Farmacêuticos													
	Outro Material de Consumo													
	Subtotal Metrcadorias (A)													
B FORNECIMENTO E SERVIÇOS EXTERNOS	Subcontratos													
	Água													
	Electricidade e Gás													
	Combustíveis													
	Comunicações													
	Material Escritório													
	Documentação Técnica													
	Conservação, Manutenção, Reparação													
	Aquisição Serviços Especializados													
	Rendas e Alugueres													
	Seguros													
	Honorários													
	Resíduos													
	Outros Fornecimentos e Serviços Externos													
	Subtotal Fornecimento e Serviços Externos (B)													
C CUSTOS COM PESSOAL	Vencimentos													
	Subsídio de Ferias e de Natal													
	Suplementos de Remunerações													
	Trabalho Extraordinário													
	Noites e Suplementos													
	Subsídeo de Alimentação													
	Ajudas de Custo													
	Alimentação e Alojamento													
	Outros Suplementos													
	Encargos com Segurança Social/CGA													
	Seguro de Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais													
	Outros Custos com Pessoal													
	Subtotal Custos com Pessoal (C)													
D OUTRAS DESPESAS	Amortização de Equipamentos e Instalações													
	Outras Despesas													
	Subtotal Outras Despesas (D)													
	TOTAL (A+B+C+D)													

Folha de Rosto)

1 - Introdução

2 - População Alvo

3 - Objectivos (Matriz Global de Gestão em Anexo)

4 - Actividades a Desenvolver (Remeter para outros Planos, por exemplo, formação; auditorias…)

4.1 - Cronograma do Plano de Acção

5 - Recursos

5.1 - Recursos Humanos

5.2 - Recursos Materiais

5.3 - Recursos Financeiros

6 - Avaliação/Monitorização

7- Actividades não enquadradas no Plano

8 - Considerações Finais

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE PORTIMÃO
Unidade de Cuidados Continuados

Matriz Global de Gestão

Processo	Código	Indicador	Fórmula de Cálculo	P	Objectivo	Téc. Estatistica	Responsável

MOD.PS1.PA.02 / OUT08

Elaborado por: Aprovado por: Verificado por: Data:____/____/____

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE PORTIMÃO
Unidade de Cuidados Continuados

Cronograma do Plano de Acção

Assunto: _____

Ano:

Página: de

Descrição das Acções	Resp.	Meses												Ponto da Situação
		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	

Relatório de Actividades

Ano: _____
Data: ____/____/____

(Folha de Rosto)

1 - Introdução

2 - Caracterização dos Utentes

- Grau de Dependência
- Apoio prestado
- Faixa Etária
- Principais patologias
- Outras

3 - Organização Interna do Serviço

- Pessoal
- Dificuldades/Constrangimentos
- Resultados/Factores de Sucesso

4 - Balanço do SGQ

- A Política da Qualidade
- Relatórios de auditorias da qualidade internas e externas
- Reclamações
- Satisfação dos Utentes
- Não conformidades
- Indicadores de desempenho dos processos
- Relatórios de acções correctivas e preventivas
- Gestão do Risco: Prevenção e controlo (objectivos mensuráveis que permitam quantificar e melhorar estes aspectos)
- Seguimento das acções resultantes das anteriores revisões ao Sistema de Gestão da Qualidade
- Concretização dos objectivos definidos
- Alterações que possam afectar o Sistema de Gestão da Qualidade
- Existência de recursos adequados e eficazes
- Necessidades e recomendações da Organização ou outras entidades do sector de actividade
- Sugestões de melhoria ao Sistema de Gestão da Qualidade dadas pelos colaboradores
- Avaliação de fornecedores
- Desempenho dos colaboradores

Anexos (Gráficos e Dados)

PROCESSO DE SUPORTE 2 – GESTÃO DA QUALIDADE

Gestão Documental

1. Procedimentos Documentados

Os procedimentos documentados dizem respeito ao modo especificado de realizar uma actividade ou um processo. Quando um procedimento está estabelecido, documentado, implementado e mantido utiliza-se a designação de "procedimento documentado". A Norma ISO 9001 requer a obrigatoriedade de procedimentos documentados para alguns dos seus requisitos:

- 4.2.3 Controlo dos documentos
- 4.2.4 Controlo dos registos
- 8.2.2 Auditoria interna
- 8.3 Controlo do produto não conforme
- 8.5.2 Acções correctivas
- 8.5.3 Acções preventivas

Além destes requisitos, a organização pode estabelecer a necessidade de desenvolver outros procedimentos documentados devido à complexidade dos seus processos e à informação contida nos mesmos, ou para facilitar a operacionalização do seu sistema de gestão.

1.1. Estrutura e Formato

A organização deverá definir a estrutura e o formato dos procedimentos documentados (em suporte papel ou electrónico) considerando formas como texto, fluxogramas, tabelas ou suas combinações, ou qualquer outro método apropriado, de acordo com as necessidades da organização. Os procedimentos documentados deverão conter a informação necessária e ser identificados de forma única.

Os procedimentos documentados poderão fazer referência a instruções de trabalho que definam como se realiza uma actividade. Geralmente, os procedimentos documentados descrevem actividades que envolvem várias funções, enquanto as instruções de trabalho se aplicam a tarefas próprias de uma função.

1.2. Conteúdo

1.2.1. Cabeçalho

O cabeçalho deverá identificar claramente o procedimento documentado e inclui o logótipo da organização, o número atribuído ao procedimento de acordo com o mapa da documentação do Sistema de Gestão da Qualidade, o número da edição e o número de páginas.

1.2.2. Objectivo e campo de aplicação

Deverá ser definido o objectivo do procedimento documentado e descrito o campo de aplicação referindo as áreas incluídas e as excluídas.

1.2.3. Responsabilidade e Autoridade

A responsabilidade e a autoridade das pessoas e/ou das funções organizacionais deverão ser identificadas, bem como as suas inter-relações no contexto dos processos e das actividades descritos no procedimento. Esta informação poderá ser apresentada sob a forma de fluxogramas, textos descritivos ou quadros, consoante seja mais apropriado tendo em vista a clareza.

1.2.4. Descrição das Actividades

O nível de pormenor poderá variar, dependendo da complexidade das actividades, dos métodos utilizados, dos níveis de competência e da formação das pessoas que sejam necessários para a realização das actividades. Conforme aplicável poderão ser considerados os seguintes aspectos:

a) definição das necessidades da organização, dos seus clientes e dos seus fornecedores;
b) descrição dos processos sob a forma de textos e/ou fluxogramas relacionados com as actividades requeridas;
c) definição das actividades, quem as desempenha ou por que função organizacional, porquê, quando, onde e como;
d) descrição dos controlos do processo e dos controlos de actividades identificadas;
e) definição dos recursos necessários para a realização das actividades, designadamente pessoal, formação, equipamento e materiais;
f) definição da documentação apropriada às actividades requeridas;
g) definição das entradas e das saídas do processo;
h) definição das medições a fazer.

1.2.5. Registos

Cada actividade deve indicar quais os documentos, impressos e registos associados. Em procedimento próprio deverá ser explicitado o método de preenchimento, arquivo e manutenção dos registos.

1.2.6. Verificação, Aprovação e Revisão

Deverá estar indicada evidência da verificação e da aprovação, do estado e da data de revisão do procedimento documentado.

2. Instruções de Trabalho

As instruções de trabalho são descrições detalhadas de como realizar tarefas podendo ser ou não documentas. Podem assumir a forma de descrições escritas detalhadas, fluxogramas, matrizes, modelos, notas técnicas incorporadas em desenhos, especificações, manuais de instruções de equipamentos, imagens, vídeos, listas de comprovação ou suas combinações.

As instruções de trabalho deverão descrever quaisquer materiais, equipamentos e documentação a utilizar.

2.1. Estrutura e Formato

As instruções de trabalho devem descrever a realização de todo o trabalho e dar a correcta informação das actividades a serem executadas. A sua estrutura pode ser diferente das dos procedimentos da qualidade. Estes podem incluir ou referir as instruções de trabalho.

Assim, deverão ser desenvolvidas e mantidas instruções de trabalho que descrevam a realização de todo o trabalho que poderia ser prejudicado pela ausência de tais instruções

As instruções de trabalho devem ter um título e uma identificação única.

A estrutura, formato e nível de pormenor das instruções de trabalho deverão ser ajustados às necessidades do pessoal da organização e depender da complexidade do trabalho, dos métodos usados, da formação ministrada e das competências e qualificações desse pessoal.

2.1.1. Cabeçalho

O cabeçalho deverá identificar claramente a Instrução de Trabalho e inclui o logótipo da Organização, o número atribuído à Instrução de Trabalho de acordo com o mapa da documentação do Sistema de Gestão da Qualidade, o número da edição e o número de páginas.

2.1.2. Objectivo e campo de aplicação

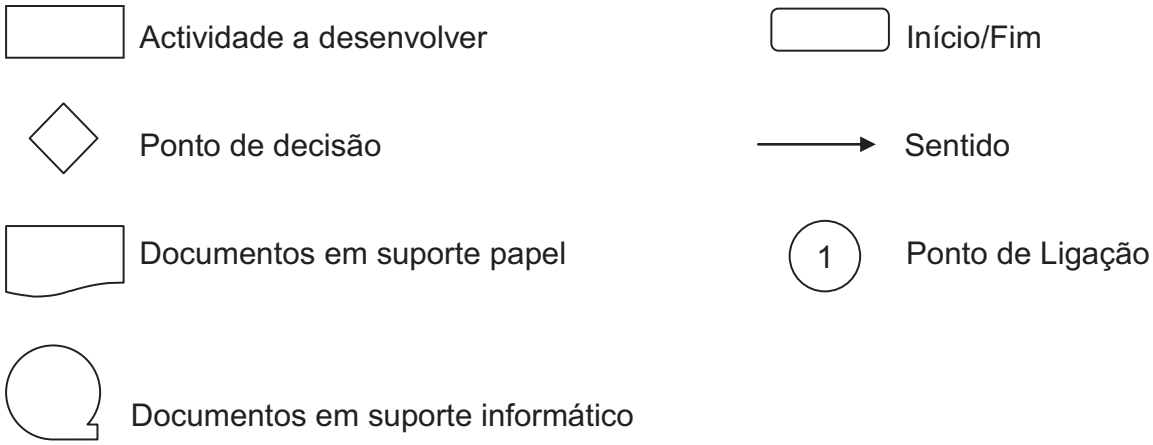
Deverá ser definido o objectivo da Instrução de Trabalho e descrito o seu campo de aplicação.

2.1.3. Modo de proceder

As instruções de trabalho deverão descrever actividades críticas e deverão evitar pormenores que não acrescentem controlo sobre as actividades. A formação pode reduzir a necessidade de instruções pormenorizadas, desde que as pessoas envolvidas disponham da informação necessária para executar correctamente as suas tarefas.

Qualquer que seja o formato ou a combinação de formatos escolhida, as instruções deverão figurar na ordem ou sequência das operações, reflectindo com exactidão os requisitos e as actividades relevantes. Para reduzir confusão e incerteza, deverá ser estabelecido e mantido um formato ou uma estrutura consistentes.

Por exemplo, se se recorrer a um fluxograma, a simbologia a utilizar deverá ser a seguinte:



2.1.4 Verificação, Aprovação e Revisão

A organização deverá evidenciar claramente a verificação e a aprovação das instruções de trabalho, bem como o seu estado e data de revisão.

2.1.5 Registos

Sempre que aplicável, uma Instrução de Trabalho pode fazer referência a impressos que depois de devidamente preenchidos darão origem a registos.

O método de preenchimento, arquivo e manutenção dos registos consta do Procedimento de Controlo de Documentos e Registos.

2.1.6 Identificação das Alterações

Onde possível, deverá ser identificada a natureza da alteração, no próprio documento.

As Instruções de Trabalho incluídas neste Manual vêm, por um lado, complementar o Modelo de Referência do IQS e, por outro, as Instruções de Trabalho elaboradas pelo Grupo Misericórdias Saúde.

As Instruções de Trabalho apresentadas situam-se a um nível básico de implementação de Sistemas de Gestão da Qualidade e estão sobretudo relacionadas com actividades comuns a qualquer Sistema de Gestão da Qualidade.

Cada UCCI elaborará as Instruções de Trabalho que considere necessárias ao desenvolvimento do seu Sistema de Gestão da Qualidade e à prossecução das suas actividades diárias.

Os impressos podem ser utilizados em suporte papel ou em suporte informático. Qualquer dos modelos apresentados pode ser transformado em ficheiro informático caso se verifique uma maior facilidade na utilização e gestão dos mesmos.

1. Objectivo e Campo de aplicação

Descrever o modo de proceder para o controlo dos documentos e dos registos. Aplica-se a todos os documentos de suporte e registos relacionados com o Sistema de Gestão da Qualidade.

2. Modo de Proceder, Responsabilidades e Documentos associados

N.º	Actividades	Responsabilidades	Documentos/ Registos
1	Pedido de elaboração ou revisão de documentos	Todos os colaboradores	
2	Elaboração dos documentos	Responsável pela Qualidade	
3	Codificação dos Documentos	Responsável pela Qualidade	
4	Verificação dos Documentos	Direcção Clínica	
5	Aprovação dos Documentos	Direcção	IMP. Documentação Sistema de Gestão da Qualidade
6	Remoção dos Obsoletos	Responsável pela Qualidade	IMP. Documentação Sistema de Gestão da Qualidade
7	Revisão dos Documentos	Responsável pela Qualidade	
8	Distribuição e Arquivo dos Documentos	Responsável pela Qualidade	IMP. Documentação Sistema de Gestão da Qualidade IMP. Informação Interna
9	Controlo da Documentação Externa	Responsável pela Qualidade	IMP. Mapa de controlo de documentos de origem externa
10	Controlo dos Registos	Responsável pela Qualidade	IMP. Mapa de controlo de registos
11	Backup's	Direcção	

3. Descrição das actividades

N.º	Descrição
1	Qualquer colaborador, ao detectar a necessidade de elaborar ou rever um documento, comunica o facto ao Responsável pela Qualidade (RQ). Os documentos relacionados com o SGQ só podem ser elaborados/revistos pelo RQ.
2	O Documento é elaborado. Estão definidos os Impressos próprios para que os documentos do SGQ sejam elaborados.
3	É atribuído o código a cada documento: **PC 4. X**: Processo Chave 4. N.º sequencial, por exemplo PC 5, PC 6 **PR XX**: Procedimento n.º sequencial, exemplo PR 01, PR 02 **IT XX**: Instrução de Trabalho. N.º sequencial, por exemplo IT 01, IT 02 **IMP.XX.N**: Impresso. N.º sequencial. Edição, exemplo IMP.01.1; nos impressos o n.º da edição faz parte do código e é alterado sempre que o impresso for alvo de revisões. Contudo, quando um impresso é referido ao longo de um texto, o n.º da edição é omitido pois refere-se sempre à última edição em vigor. Exemplo "... registar no IMP.05 ..."
4	Após a elaboração os documentos são sujeitos a verificação quanto à coerência com a estrutura documental definida e aos requisitos do SGQ.
5	Os documentos do SGQ são aprovados pela Direcção. A aprovação é a autorização para um documento entrar em vigor e o mesmo deve ser cumprido a partir desta data. O registo da aprovação dos documentos é feito no rodapé do original de cada documento. Para os Impressos, a evidência da sua aprovação fica no verso do original de cada impresso através da rúbrica e data de aprovação. Após aprovação do documento, é actualizado o IMP. Documentação Sistema de Gestão da Qualidade, de forma a que todos os colaboradores possam saber, a todo o momento, quais os documentos em vigor.
6	A substituição de documentos por novas edições ou por falta de aplicação torna os mesmos obsoletos. Na primeira página do original obsoleto faz-se constar de modo ostensivo a palavra OBSOLETO. Este original é arquivado pelo RQ em pasta própria identificada como OBSOLETOS, para manter o histórico do SGQ. As cópias dos documentos obsoletos são destruídas pelo RQ . O IMP. Documentação Sistema de Gestão da Qualidade é actualizado.
7	A revisão periódica dos documentos do SGQ tem o objectivo de manter a sua adequabilidade e actualização; os documentos podem ser alvo de análise crítica e se forem considerados actuais, não são efectuadas alterações, e esta revisão fica documentada em acta. Quando a revisão de um documento implicar alterações ao texto, o procedimento é o seguinte: • As alterações são efectuadas, o n.º da edição (no cabeçalho) é alterado e o conteúdo das alterações fica registado no próprio documento, destacado a bold/ negrito. Procede-se novamente à assinatura do original nos campos Elaborado, Verificado e Aprovado. • No original obsoleto, o texto alterado é destacado a marcador florescente.

	IMPRESSOS No impresso revisto altera-se no rodapé o n.º da edição e no original obsoleto, o texto alterado é destacado a marcador florescente.
8	A distribuição assegura que os utilizadores de cada documento têm acesso para consulta; a distribuição das cópias controladas fica definida no IMP. Documentação Sistema de Gestão da Qualidade. Os documentos são distribuídos acompanhados de uma Informação Interna, e os destinatários das cópias controladas assinam em como tomaram conhecimento. O RQ mantém em arquivo todas as Informações Internas.
9	Os documentos de origem externa com impacto no SGQ também são controlados e listados pelo RQ no IMP. Mapa de controlo de documentos de origem externa. A documentação externa é arquivada e mantida actualizada pelo RQ, que dá conhecimento aos colaboradores que necessitam da mesma para executar o seu trabalho e rubricam o próprio documento em como tomaram conhecimento. Cada actualização da documentação externa implica a revisão do IMP. Mapa de controlo de documentos de origem externa, e a substituição do documento obsoleto no arquivo de Documentação Externa. Ao documento tornado obsoleto é aposta a palavra OBSOLETO na primeira folha e é guardado na pasta OBSOLETOS, se aplicável.
10	O IMP. Mapa de controlo de registos, faz a identificação dos registos do SGQ e indica o critério de compilação, tempo de retenção e responsável. Este mapa é actualizado pelo RQ, sempre que for alterado o controlo existente dos registos ou surgirem novos registos. Os registos são preenchidos a tinta de forma legível e sem rasuras. Em caso de correcção, coloca-se um tracejado de modo a deixar visível o texto, rubrica-se e coloca-se a data da correcção. Os registos depois de gerados serão arquivados em condições adequadas que evitem a sua deterioração. O tempo de retenção é considerado o período mínimo de tempo durante o qual o registo deve ser conservado. Quando não existam requisitos específicos que o impeçam, os registos são arquivados em suportes diferentes de papel. Após o término do tempo de retenção definido, os registos são destruídos fisicamente ou por formatação (registos em suporte informático), pelos respectivos responsáveis.
11	São efectuados back up's diários de forma a assegurar toda a informação contida no Sistema Informático. O sistema informático está protegido com passwords que permitem o acesso diferenciado de cada utilizador. Existem diferentes níveis de acesso consoante as actividades que cada utilizador tem de desempenhar no Sistema de Informação.

Código	Descrição	Edição n.º	Distribuição Controlada				
MQ	Manual da Qualidade	1					
Processos-Chave							
PC 01		1					
PC 02		1					
PC 03		1					
Processos de Suporte							
PS 04		1					
PS 05		1					
Procedimentos documentados							
PR 01		1					
PR 02		1					
Instruções de Trabalho							
IT 01		1					
IT 02		1					
Impressos							
IMP.01		1					
IMP.02		1					

SANTA CASA DA
MISERICÓRDIA DE PORTIMÃO

Mapa de Controlo de Documentos de Origem Externa

Estabelecimento .....Data ..... Página .... de ....

Nome do Documento	Código	Data	Breve Descrição

SANTA CASA DA
MISERICÓRDIA DE PORTIMÃO

Mapa de Controlo de Registos

Estabelecimento .....Data ..... Página .... de ....

Modelo/Impresso/Registo	Designação	Arquivo			
		Responsável	Localização	Duração	Compilação

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE PORTIMÃO	**Ficha do Processo-Chave** **(Nome do processo)**	**PC …** **Edição: 1** **Página: 1 de 1**

1. **Objectivo e Campo de Aplicação:**
2. **Gestor do Processo:**

Entradas													
Actividades	**Responsáveis**												**Documentos**
	MA	DC	MD	MF	ERP.	ENF	AS	PSI	DIE	ANI	AAM	AD	
Saídas													
Indicadores de Desempenho	•												

Legenda: ● Responsável ○ Participante

MA – Mesa Administrativa	DC – Director Clínico	MD – Médico	MF – Médico Fisiatra	ERP – Enfermeiro Responsável	ENF – Enfermeiro	AS – Assistente Social	PSI – Psicóloga	DIE - Dietista	ANI – Animadora Sociocultural	AAM – Auxiliar de Acção Médica

Elaborado por: Verificado por: Aprovado por: Data:

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE PORTIMÃO	Ficha do Processo Suporte (Nome do processo)	PS … Edição: 1 Página: 1 de 1

1. **Objectivo e Campo de Aplicação:**
2. **Gestor do Processo:**

Entradas													
Actividades	**Responsáveis**												**Documentos**
	MA	DC	MD	MF	ERP.	ENF	AS	PSI	DIE	ANI	AAM	AD	
Saídas													
Indicadores de Desempenho	•												

Legenda: ● Responsável ○ Participante

MA – Mesa Administrativa	DC – Director Clínico	MD – Médico	MF – Médico Fisiatra	ERP – Enfermeiro Responsável	ENF – Enfermeiro	AS – Assistente Social	PSI – Psicóloga	DIE - Dietista	ANI – Animadora Sociocultural	AAM – Auxiliar de Acção Médica

Elaborado por: Verificado por: Aprovado por: Data:

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE PORTIMÃO	**Ficha do Sub-Processo** **(Nome do sub-processo)**	**SP …** **Edição: 1** **Página: 1 de 1**

1. **Objectivo e Campo de Aplicação:**
2. **Gestor do Sub-Processo:**

Entradas													
Actividades	**Responsáveis**												**Documentos**
	MA	DC	MD	MF	ERP.	ENF	AS	PSI	DIE	ANI	AAM	AD	
Saídas													
Indicadores de Desempenho	•												

Legenda: ● Responsável ○ Participante

MA – Mesa Administrativa	DC – Director Clínico	MD – Médico	MF – Médico Fisiatra	ERP – Enfermeiro Responsável	ENF – Enfermeiro	AS – Assistente Social	PSI – Psicóloga	DIE - Dietista	ANI – Animadora Sociocultural	AAM – Auxiliar de Acção Médica

Elaborado por: Verificado por: Aprovado por: Data:

PROCESSO DE SUPORTE 3 – GESTÃO DAS PESSOAS

1. Objectivo e Campo de Aplicação

Estabelecer o procedimento para garantir continuamente a competência, formação adequada a nível técnico, ético e legal e actualização de todos os colaboradores no desempenho das suas funções. Aplica-se a todas as actividades inerentes ao processo de formação de cada indivíduo, desde o levantamento das necessidades de formação à avaliação da eficácia da formação.

2. Modo de Proceder, Responsabilidades e Documentos associados

N.º	Actividades	Responsabilidades	Documentos/ Registos
1	Necessidades de formação	Direcção Clínica/ Direcção Técnica	IMP. Avaliação de desempenho IMP. Identificação das necessidades de formação
2	Analisar as fontes de informação sobre formação	Direcção Clínica/ Direcção Técnica	
3	Planear a formação	Responsável pela Qualidade	IMP. Plano de Formação
4	Aprovar o Plano de Formação	Mesa Administrativa/ Administração da UCCI	IMP. Plano de Formação
5	Preparar a formação	Direcção Clínica/ Direcção Técnica	
6	Frequentar a acção de formação	Participante	IMP. Registo da Acção de Formação IMP. Avaliação da Acção de Formação
7	Avaliar a formação	Participante Direcção Clínica/ Direcção Técnica	IMP. Avaliação de desempenho IMP. Avaliação da Acção de Formação Certificado
8	Apresentar resumo da Acção	Participante	IMP. Informação Interna
9	Registar a formação e avaliação da eficácia	Responsável pela Qualidade	IMP. Ficha de Registo Individual de Formação Manuais Certificados

Elaborado por:
Verificado por:

Aprovado por:
Data: ____/____/____

3. Descrição das actividades

N.º	Descrição
1	Levantamento anual das necessidades de formação pela Direcção Clínica/Direcção Técnica, com base nas competências que é necessário adquirir, na formação já ministrada e com base na Avaliação de Desempenho. Faz-se circular uma informação interna onde cada colaborador indica as áreas onde necessita de formação. Preenchimento do IMP. Identificação das necessidades de formação. Ao longo do ano as necessidades de formação são reavaliadas mediante informação recebida pontualmente de diversas fontes.
2	Identificar fontes de informação (Entidades de formação, outras organizações do sector, parcerias). Divulgação de acções de formação. A formação interna é igualmente planeada. As acções seleccionadas nesta análise são aprovadas para integrar o Plano de Formação, para destinatários definidos, sendo a aprovação justificada mediante os objectivos pedagógicos.
3	Elaboração do Plano de Formação (IMP.). À medida que é recebida informação pontual sobre formação, o Plano de Formação é actualizado. As actualizações (formação não planeada) são aprovadas caso a caso.
4	A Mesa Administrativa/Administração da UCCI aprova o Plano de Formação (planeada e não planeada).
5	Inscrição do(s) participante(s) e confirmação das datas, local e horário.
6	Frequência da acção de formação e recepção do Certificado. Quando a formação é realizada na Organização, preenche-se o IMP. Registo da Acção de Formação e o IMP. Avaliação da Acção de Formação.
7	Anualmente, e aquando da avaliação de desempenho e do levantamento das necessidades de formação avalia-se se a competência foi adquirida pelo formando ou se é necessário dar continuidade ao processo de formação na mesma matéria. Quando a formação é realizada na Organização é analisado o IMP. Avaliação da Acção de Formação e entregue ao formando o certificado de participação na acção de formação. O modelo de certificado deve incluir o nome do participante, a entidade formadora, a designação da acção de formação, a data, duração e os módulos e/ou programa do curso se aplicável. Para que a formação seja eficaz é necessário proceder à avaliação da formação. Para avaliar continuamente a sua eficácia podem ser utilizados outros mecanismos: – Auto-avaliações realizadas pelos formandos; – Avaliações realizadas pelos formadores, coordenadores pedagógicos, supervisores, Direcção Clínica, relativamente ao grau de consecução dos objectivos pedagógicos, bem como de eventuais aspectos a melhorar relativamente a actividades pelas quais se responsabilizam; – Avaliações realizadas por agentes externos, sempre que para tal sejam solicitados, por exemplo, por familiares dos utentes; – Análise das reclamações; – Análise da avaliação da satisfação dos utentes; – Auditorias internas;

	– Registo de ocorrências e não conformidades; – Visitas domiciliárias e contacto directo com os utentes, familiares e colaboradores. No que respeita à avaliação dos conhecimentos adquiridos pelo formando, podem ser utilizados os seguintes instrumentos: – Testes escritos; – Inquéritos por entrevista; – Inquéritos por questionário. Estes instrumentos permitem aferir como os novos conhecimentos foram adquiridos pelos formandos e vão ser um indicador muito importante para a avaliação de desempenho. **Observações** Todos os registos de avaliação da eficácia de formação devem ser mantidos pela Organização.
8	O participante apresenta um resumo da acção de formação aos demais colaboradores em reunião interna, quando solicitado pelo seu superior hierárquico/dirigente É efectuado o registo da reunião em impressos próprios para o efeito.
9	Arquivar cópia do certificado no dossier da Formação, preencher o IMP. - Ficha de Registo Individual de Formação e manter em arquivo os Manuais de apoio à formação.

SANTA CASA DA
MISERICÓRDIA DE PORTIMÃO

Necessidades de Formação Identificadas

Estabelecimento .....Data ..... Página .... de ....

Acção de Formação	População Alvo	Objectivo da Formação	Formadores	Aprovada	
				Sim	Não

SANTA CASA DA
MISERICÓRDIA DE PORTIMÃO

Plano de Formação

Estabelecimento .....ANO ..... Página .... de ....

N.º	Acção de Formação	População Alvo	Formadores	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Ponto de situação

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA
DE PORTIMÃO

Registo da Acção de Formação

Identificação da Formação	
Entidade Formadora:	_____
Designação da Acção:	_____
Número da Acção:	_____
Duração:	_____
Local:	_____
Sumário	

Lista de Presenças	Rubrica

Formador(a): _____ Data: ___/___/___

SANTA CASA DA
MISERICÓRDIA DE PORTIMÃO

Ficha de Avaliação da Acção de Formação

Acção:_____

Módulo:_____

Formador(a):_____

Data(s): _____

Este questionário destina-se a avaliar os CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS e a PRESTAÇÃO DO MONITOR da Acção de Formação acima designada. Os dados serão anónimos e estritamente confidenciais, pelo que agradecemos o máximo de sinceridade nas suas respostas. Elas serão muito importantes para a melhoria futura dos nossos serviços.

Gratos pela atenção dispensada.

A- Conteúdos Programáticos

	Mau	Medíocre	Fraco	Suficiente	Bom	Muito bom
1. Interesse dos assuntos dados						
2. Adequação dos temas						
3. Equilíbrio da distribuição do tempo pelos temas						

B- Métodos

	Mau	Medíocre	Fraco	Suficiente	Bom	Muito bom
1. Adequação dos meios utilizados						
2. Aproveitamento das potencialidades do grupo						
3. Compreensão (meios utilizados)						
4. Instalações						
5. Meios Audiovisuais						

SANTA CASA DA
MISERICÓRDIA DE PORTIMÃO

Ficha de Avaliação da Acção de Formação

C- Monitoria

	Mau	Medíocre	Fraco	Suficiente	Bom	Muito bom
1. Motivação (temas dados)						
2. Clareza nas intervenções						
3. Participação dos formandos						
4. Linguagem acessível a todos os formandos						
5. Pontualidade do formador(a)						

D- Organização

	Mau	Medíocre	Fraco	Suficiente	Bom	Muito bom
1. Duração do curso						
2. Organização dos temas pelo formador(a)						
3. Documentação distribuída						
4. Acompanhamento técnico-pedagógico pela entidade						

E- Avaliação Global

	Mau	Medíocre	Fraco	Suficiente	Bom	Muito bom
No geral a acção foi						

F - A acção de formação correspondeu aos objectivos inicialmente propostos?

Sim ☐ Não ☐

Porquê?

_____

_____

_____

Comentários/Sugestões

_____

_____

_____

_____

_____

SANTA CASA DA
MISERICÓRDIA DE PORTIMÃO

Registo Individual de Formação

Identificação			
Nome:			
Formação Profissional Realizada			
Data	Acção de Formação	Entidade Formadora	Duração (n.º de horas)

SANTA CASA DA
MISERICÓRDIA DE PORTIMÃO

Ficha de Avaliação de Desempenho

Data da Avaliação	Período da Avaliação	Tempo na Função	Função	Idade
__/__/__	De __/__/__ a __/__/__	_____	_____	_____

Nome do Colaborador(a):	Valência/Área

Avaliação dos Objectivos

Não satisfatório(NS) - Objectivo não atingido; **Satisfatório(S)** - Objectivo atingido; **Bom(B)** - Excedeu o objectivo até 20%; **Excelente(E)** - Excedeu 21% a 50%; **Excepcional (EX)** - Excedeu + 50%

Descrição dos objectivos	NS	S	B	E	EX	Descrição do Resultado Obtido

Avaliação de Competências e Comportamentos

Competências e Comportamentos	Não Satisfatório	Satisfatório	Bom	Excelente	Excepcional	Não Aplicável
Capacidade de realização face ao cumprimento dos objectivos, motivação e iniciativa						
Promove comunicação aberta						
Confiança, disponibilidade e interesse pela Organização						
Habilidade para se relacionar e apoiar os outros						
Capacidade de adaptação, flexibilidade e melhoria contínua						
Orientação para o utente e serviço à comunidade						
É produtivo(a) em quantidade e qualidade de trabalho						
Contribui para a resolução de problemas e tomada de decisão						
Capacidade e espírito de trabalho em equipa						
Capacidade de liderança						
Assiduidade						
Pontualidade						

SANTA CASA DA
MISERICÓRDIA DE PORTIMÃO

Ficha de Avaliação de Desempenho

Classificação Final:

Classificação final somativa do desempenho tendo em conta a pontuação atribuída na Avaliação dos Objectivos e na Avaliação de Competências e Comportamentos - Classificar como Não Satisfatório, Satisfatório, Bom, Excelente ou Excepcional	_____

Considerações do(a) Responsável pela Avaliação de Desempenho. Desenvolvimento pessoal e profissional. Necessidades de Formação a incluir na Ficha de Identificação das Necessidades de Formação.

Assinatura: _____	Data: ___/___/___	Função: _____

Comentários do(a) colaborador(a):

Assinatura: _____	Data: ___/___/___

1. **Objectivo e Campo de Aplicação:** Definir o procedimento a adoptar para a integração dos colaboradores aquando da sua admissão na Organização. Aplica-se a todas as acções que levem à integração do novo colaborador na Organização.

2. Modo de Proceder

2.1 Admissão do Colaborador

No primeiro dia de trabalho do colaborador está presente o Director Clínico, que desenvolve as seguintes acções:

- Dá a conhecer ao novo colaborador os objectivos, missão, visão, valores, serviços prestados e a forma de funcionamento da Organização;
- Entrega ao novo colaborador o Manual de Integração e o Regulamento Interno;
- Comunica ao colaborador as Regras de Conduta dos Colaboradores da Organização, constantes da Instrução de Trabalho com a mesma designação, bem como o Código de Ética que é assinado pelo colaborador;
- Entrega ao colaborador a Ficha de Descrição de Funções, que preenche os dados que lhe dizem respeito, e que depois é arquivada no Processo Individual do Colaborador;
- O Director Clínico ou a pessoa a quem for delegada essa responsabilidade, faz uma visita pelas instalações e apresenta o colaborador aos seus novos colegas.

2.2 Formação inicial

Sempre que se considerar necessário é ministrada ao novo colaborador a formação inicial indispensável ao bom desempenho das suas funções. Esta formação pode ser dada em sala ou em contexto real de trabalho, devendo ser mantidos os registos da formação - preenchimento dos Impressos "Registo da Acção de Formação", "Avaliação da Acção de Formação" (quando aplicável) e "Ficha de Registo Individual de Formação".

Observações

O Manual de Integração e o Regulamento Interno devem ser revistos sempre que existam alterações na Organização, nos serviços da Organização e nos seus procedimentos operacionais.

(Folha de Rosto)

1. Introdução/Objectivos do Manual de Integração
2. Mensagem da Direcção
3. Apresentação da Organização
   - Breve historial
   - Missão, Visão e Valores
   - Cultura da Organização
   - A sede da Organização
   - Estrutura da Organização
   - Órgãos Sociais
   - Organograma de gestão funcional
   - Como chegar à Organização
   - Contactos da Organização
   - Informações gerais
4. Normas e Procedimentos
5. Relações de Trabalho
   - Direitos dos(as) colaboradores(as)
   - Deveres dos(as) colaboradores(as)
   - Direitos da Organização
   - Deveres da Organização
   - Processo de Admissão
   - Horários de Trabalho
   - Férias
   - Feriados
   - Faltas
     - 5.1 Retribuição
6. Benefícios Sociais
   - Refeitório
   - Subsídio de doença
   - Seguro de acidentes de trabalho
   - Higiene e segurança no trabalho

SANTA CASA DA
MISERICÓRDIA DE PORTIMÃO

Ficha de Descrição de Funções

Função .....

Dados Biográficos		
Nome:		
Morada:		
Telefone:		
Data de Nascimento:		
Filiação:		
Naturalidade:		
Freguesia:	Concelho:	Distrito:
Estado Civil:		
Dados Profissionais		
Habilitações Literárias:		
Experiência Profissional:		
Formação Complementar:		
Categoria Profissional:		
Data de Admissão:		
Dados Pessoais		
N.º BI	Local de emissão:	Data de emissão:
NIF:		
N.º de Beneficiário:		
NIB da conta bancária:		

SANTA CASA DA
MISERICÓRDIA DE PORTIMÃO

Ficha de Descrição de Funções

Função .....

Grupo Sanguíneo:					
Agregado Familiar					
Nome	Grau de Parentesco		Contacto em caso de urgência		
Evolução na Organização					
Data de Admissão:					
Tipo de contrato					
Progressão na Categoria					
Evolução do ordenado					
Função desempenhada					
Superior hierárquico:					
Quem se encontra na sua dependência:					
Quem assume as suas funções em caso de ausência:					
Principais responsabilidades:					
Autoridade:					

SANTA CASA DA
MISERICÓRDIA DE PORTIMÃO

Ficha de Descrição de Funções

Função .....

Entrega de Vestuário	Peças de roupa entregues	Confirmação de recebimento
Ocorrências		

Tomei conhecimento,

O titular da função _____ Em ___/___/___

1. Objectivo e Campo de Aplicação

Definir as regras de conduta e comportamento adequados que devem ser adoptadas pelos colaboradores da Unidade de Cuidados Continuados Integrados. Aplica-se a todos os colaboradores da Unidade de Cuidados Continuados Integrados, sem prejuízo do cumprimento dos Códigos Deontológicos vigentes para as diferentes profissões.

2. Modo de Proceder:

Para além do definido no "Regulamento Interno" e no "Código de Ética", as seguintes regras são adoptadas pelos colaboradores da UCCI de forma a manter uma apresentação e comportamento profissionais durante a prestação do serviço.

A) Regras Gerais:

- Tratar todos os utentes, familiares, visitas e colaboradores com respeito e cortesia;
- Estar devidamente identificado, utilizando para o efeito o cartão de identificação;
- Cumprir o horário de trabalho, de acordo com a escala superiormente aprovada;
- Tratar o utente pelo nome;
- Utilizar um tom de voz calmo;
- Adoptar uma atitude tranquila, paciente e dialogante durante a interacção com o utente/família/cuidadores;
- Estabelecer uma relação empática com cada utente/família;
- Ser prático e dinâmico nas funções que desempenha e estar atenta a detalhes;
- Assegurar a privacidade, a autonomia possível, a dignidade e a confidencialidade de cada utente;
- Promover a aquisição de competências pessoais ao utente e à família;
- Explicar e justificar (sempre que necessário), as tarefas que vão realizar, solicitando a sua colaboração;
- Não transmitir aos utentes situações de conflitos entre colegas e/ou restante Equipa Técnica;
- Não transmitir problemas pessoais ou de trabalho ao utente/família/representante;
- Não transmitir informações confidenciais sobre outros utentes.
- Manter o telemóvel no modo silencioso e não falar ao telemóvel excepto em situações de emergência ou de interesse para o serviço;
- Não comer, não fumar nem mascar pastilha elástica enquanto estiver a desempenhar as suas funções;
- Desempenhar a sua actividade com zelo e diligência e em permanente articulação com os outros profissionais;

- Cumprir as normas de prevenção e controlo da infecção hospitalar, que estão legalmente estabelecidas;
- Adoptar sempre, e em qualquer circunstância, um comportamento que dignifique a nossa Instituição.

B) Regras de apresentação para os profissionais que prestam cuidados directos aos utentes:

- Apresentação sóbria e limpa;
- Vestuário e calçado adequado e confortável;
- Usar as batas/fardamento adoptadas na Unidade;
- Não utilizar acessórios pessoais nem maquilhagem em excesso;
- Usar os cabelos apanhados;
- Utilizar os aventais, luvas descartáveis e máscaras faciais, quando necessário.

C) Regras de comportamento dos Auxiliares de Acção Médica:

- Executar as tarefas respeitantes aos cuidados aos utentes, sob supervisão e orientação do Enfermeiro;
- Transmitir ao Enfermeiro todas as informações relevantes sobre os utentes, que recolheu durante o exercício das suas funções, tendo em vista a melhoria dos cuidados e a optimização do funcionamento da Unidade;
- Cumprir as regras de higienização do ambiente e dos equipamentos, que estão preconizadas para a Unidade.

Compromisso Ético

Comprometo-me a respeitar, relativamente aos utentes do(a) _____(nome da Organização), os seguintes aspectos:

- A privacidade e a dignidade
- A identidade pessoal e a intimidade privada e familiar
- Os costumes e o estilo de vida
- A inviolabilidade da correspondência
- A confidencialidade de todas as informações fornecidas pelo utente
- A origem étnica, cultura, religião, língua, crenças, orientações e convicções.

Asseguro confidencialidade sobre as actividades desenvolvidas e sobre os dados e informações individuais e familiares das pessoas a que tenho acesso, inclusive quando deixar de ter relações laborais com _____(nome da Organização.

Santa Casa da Misericórdia de Portimão Unidade de Cuidados - Continuados Integrados

Santa Casa da Misericórdia de Portimão
Unidade de Cuidados Continuados

Horário de Enfermagem

Mês_____

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	160
																																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
																																0
																																0
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
TOTAL DE N	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	
TOTAL DE M	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	
TOTAL DE T	0	0	0	1	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	

M3 - Hórário de aleitamento: 9/15	N	1º GRUPO (RESPONS)			N	2º GRUPO
Serviço na Cons. Externa e Cuida-	M	1º GRUPO (RESPONS)	M	2º GRUPO	M	3º GRUPO
dos Continuados, c/ Enfº Cláudia	T	1º GRUPO (RESPONS)	T	2º GRUPO	T	3º GRUPO

F1-Dispensa Tribunal

ENFº Responsável

Santa Casa da Misericórdia de Portimão Unidade de Cuidados - Continuados Integrados

Santa Casa da Misericórdia de Portimão
Unidade de Cuidados Continuados

HORÁRIO DOS AUXILIARES DE ACÇÃO MÉDICA

Mês_____

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	160
																																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
																																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
																																0
																																0
																																0
																																0
																																0
																																0
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
TOTAL DE N	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	
TOTAL DE M	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	
TOTAL DE T	0	0	0	1	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	

M3 - Hórário de aleitamento: 9/15	N	1º GRUPO (RESPONS)			N	2º GRUPO
Serviço na Cons. Externa e Cuida-	M	1º GRUPO (RESPONS)	M	2º GRUPO	M	3º GRUPO
dos Continuados, c/ Enfº Cláudia	T	1º GRUPO (RESPONS)	T	2º GRUPO	T	3º GRUPO

F1-Dispensa Tribunal

ENFº Responsável

SANTA CASA DA
MISERICÓRDIA DE PORTIMÃO

Quadro de Pessoal da Instituição

Desenvolvimento das Contas:

VENCIMENTOS	Na Instituição			Na Unidade		
	Nº total de efectivos	Nº horas semanais	Encargos (mensais)	Nº total de efectivos	Nº horas semanais	Encargos (mensais)
Pessoal Técnico Superior Medico						
Pessoal Téc. Superior Outro						
Pessoal de Enfermagem						
Pessoal Técnico Diag. Terapêutica						
Pessoal Técnico Outro						
Pessoal Técnico Profissional						
Pessoal Administrativo						
Pessoal Auxiliar de Acção Médica						
Pessoal Operário Auxiliar						
Outro Pessoal						
TOTAL						

SANTA CASA DA
MISERICÓRDIA DE PORTIMÃO

Quadro de Pessoal da Instituição

TRABALHO EXTRAORDINÁRIO	Na Instituição			Na Unidade		
	Nº total de efectivos	Nº horas semanais	Encargos (mensais)	Nº total de efectivos	Nº horas semanais	Encargos (mensais)
Pessoal Técnico Superior Medico						
Pessoal Téc. Superior Outro						
Pessoal de Enfermagem						
Pessoal Técnico Diag. Terapêutica						
Pessoal Técnico Outro						
Pessoal Técnico Profissional						
Pessoal Administrativo						
Pessoal Auxiliar de Acção Médica						
Pessoal Operário Auxiliar						
Outro Pessoal						
TOTAL						

SANTA CASA DA
MISERICÓRDIA DE PORTIMÃO

Quadro de Pessoal da Instituição

NOITES E SUPLEMENTOS	Na Instituição			Na Unidade		
	Nº total de efectivos	Nº horas semanais	Encargos (mensais)	Nº total de efectivos	Nº horas semanais	Encargos (mensais)
Pessoal Técnico Superior Medico						
Pessoal Téc. Superior Outro						
Pessoal de Enfermagem						
Pessoal Técnico Diag. Terapêutica						
Pessoal Técnico Outro						
Pessoal Técnico Profissional						
Pessoal Administrativo						
Pessoal Auxiliar de Acção Médica						
Pessoal Operário Auxiliar						
Outro Pessoal						
TOTAL						

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE PORTIMÃO

Marcação de Férias

Nome: _____ Ano: _____

Sector:_____ Nº. Funcionário(a) _____

Início	Termo	Apresentação ao Serviço	Nº. Dias	Rubrica
_____/_____/_____	_____/_____/_____	_____/_____/_____		
_____/_____/_____	_____/_____/_____	_____/_____/_____		
_____/_____/_____	_____/_____/_____	_____/_____/_____		
_____/_____/_____	_____/_____/_____	_____/_____/_____		
_____/_____/_____	_____/_____/_____	_____/_____/_____		
_____/_____/_____	_____/_____/_____	_____/_____/_____		
_____/_____/_____	_____/_____/_____	_____/_____/_____		

☐ Conveniência de Serviço

☐ Interesse do trabalhador mas sem inconveniência para o serviço

O Trabalhador: _____ ___/___/___

O Responsável: _____ ___/___/___

Santa Casa da
Misericórdia de Portimão
Unidade de Cuidados
Continuados

Pedido de Justificação de Faltas

Ao Departamento de Recursos Humanos, Comunico que:

☐ 1. - A partir do dia ___/___/_____ faltei_____ dia (s).

☐ 2. - No dia ___/___/_____ faltei _____ hora (s) .

☐ 3. - No dia ___/___/_____ não registei picagem de entrada / saída, à (s) _____hora (s).

Nº Funcionário :_____

Nome:_____

Por motivo de _____

_____

Pelo que solicito que a (s) mesma (s) me sejam justificada (s).

Data Assinatura

_____ _____

E de considerar a justificação apresentada com o respectivo código

Sim _____ Não_____

Data Responsável

_____ _____

A PREENCHER PELO DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

☐ Falta Justificada c/ Perda de Remuneração

☐ Falta Justificada s/ Perda de Remuneração

☐ Falta Injustificada

Obs. _____

_____

Data Responsável

_____ _____

SANTA CASA DA
MISERICÓRDIA DE PORTIMÃO

Ficha de Inscrição para Emprego

DADOS PESSOAIS

Nome _____

Data de Nascimento _____ / _____ / _____ Idade _____

Naturalidade _____

Filiação _____

e _____

Estado civil _____ Filhos: Sim ___ Não ___ Quantos? _____

Profissão do conjuge _____

CONTACTOS

Morada _____

Código Postal _____ - _____ _____

Telefone _____ Telemóvel _____

Correio Electrónico _____ @ _____

DOCUMENTOS

B.I. / Passaporte / Outro Documento de identificação: _____

de _____ / _____ / _____ Arquivo de _____

Contribuinte n.º _____ Beneficiário n.º _____

Carta de Condução n.º _____ de _____ / _____ / _____

HABILITAÇÕES

Habilitações Académicas _____

Formação Técnico-profissional _____

Carteira Profissional Sim ___ Não ___

Categoria _____

Línguas Estrangeiras: Inglês ___ Francês ___ Alemão ___ Outra ____

Conhecimentos informáticos: Word ____ Excel ____ Acess ____

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

Está empregado (a)?

Sim ___ Motivo da procura de novo trabalho _____

_____

Não ___ Motivo _____

Últimas empresas onde trabalhou:

* _____

Função_____ Tempo de trabalho _____

* _____

Função _____ Tempo de trabalho _____

* _____

Função _____ Tempo de trabalho _____

Serviço pretendido: Administrativos ☐ Cozinha ☐ Limpeza ☐ Lavandaria ☐

Economato ☐ Acção Educativa ☐ Acção Directa ☐ Acção Médica ☐

Outros: _____

Motivo da sua escolha _____

_____

Possibilidade para efectuar regime de rotatividade de turnos

Sim ☐ Não ☐

Possibilidade para efectuar regime de rotatividade de folgas

Sim ☐ Não ☐

COMENTÁRIOS / INFORMAÇÕES ADICIONAIS

_____

_____

_____

_____

DATA _____ / _____ / _____

ASSINATURA _____

A PREENCHER PELO DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

DATA DE ENTREGA _____ / _____ / _____

RECEBIDO POR _____

ASSINATURA _____

AVALIAÇÃO DO CANDIDATO

(A Preencher pelo Departamento de Recursos Humanos da SCMP)

	Fraco	Razoável	Satisfaz	Bom	Excelente
Conhecimento de técnicas especificas do posto	☐	☐	☐	☐	☐
Experiência em trabalhos relacionados	☐	☐	☐	☐	☐
Educação ou formação relacionada	☐	☐	☐	☐	☐
Iniciativa	☐	☐	☐	☐	☐
Capacidades de comunicação/compreensão	☐	☐	☐	☐	☐
Atitude	☐	☐	☐	☐	☐
Interesse na empresa/posição	☐	☐	☐	☐	☐

RECOMENDAÇÃO DE CONTRATAÇÃO

Contratar ☐ Não Contratar ☐

Pontos FORTES _____

_____

_____

Pontos FRACOS _____

_____

_____

APRECIAÇÃO GLOBAL

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Contratado (a) por _____

Categoria_____Secção _____

Data de entrada _____ / _____ / _____ Contratado (a) em _____

PROCESSO DE SUPORTE 4 – GESTÃO DE INFRA-ESTRUTURAS

SANTA CASA DA
MISERICÓRDIA DE PORTIMÃO
Unidade de Cuidados
Continuados

Mapa de Controlo de Infra-estruturas

Estabelecimento .....Data ..... Página .... de ....

Infra-estrutura	Contrato de Assistência - Empresa	Modelo de Intervenção	Observações

SANTA CASA DA
MISERICÓRDIA DE PORTIMÃO
Unidade de Cuidados
Continuados

Registo de Higienização de Instalações

Mês/Ano:_____ **Local:**_____

Data	Hora	Actividade	Funcionário (a)

SANTA CASA DA
MISERICÓRDIA DE PORTIMÃO
Unidade de Cuidados
Continuados

Registo de Circulação de Roupa

Mês .....

Dia		Lençóis G		Resguardos		Toalhas G		Toalhas P		Colchas		Cobertores		Fronhas		Manápulas	
E	S	E	S	E	S	E	S	E	S	E	S	E	S	E	S	E	S

Introdução

Objectivos

Identificação da Unidade de Cuidados Continuados Integrados

Localização Geográfica

Descrição do Estabelecimento

Identificação das Fontes de Energia

População por Piso, tendo em conta o Período de Funcionamento

Identificação de Riscos

Internos

Externos

Meios e Recursos

Meios de 1ª Intervenção no combate a Incêndios

Alarme e Alerta

Sinalização de Segurança

Iluminação de Emergência

Organização de Segurança

Estrutura Interna de Segurança

Plano de Intervenção

Plano de Evacuação

Intervenção Externa (Bombeiros, GNR, SMPC)

Informações à Comunicação Social

Instruções de Segurança

Instruções Gerais de Segurança

Normas de Evacuação

Instruções Especiais

Exercícios e Treinos

Recomendações Gerais

ANEXOS

Lista Telefónica de Emergência

Planta de Localização e Acessibilidades

Planta de Emergência

SANTA CASA DA
MISERICÓRDIA DE PORTIMÃO
Unidade de Cuidados
Continuados

Requisição de Obra

n.º ..... / 200...

Requisição	Serviço requisitante: ..... Solicita .... O Chefe de Serviço: ..... Data ..... / ..... / .....

	Entrada	Distribuído a:	Grau de Urgência		Autorizado por:
Controlo e Distribuição	..... / ..... / 200...	_____ ..... / ..... / 200...	Imediato Urgente Normal	☐ ☐ ☐	_____ ..... / ..... / 200...

Execução	Descrição do trabalho executado:		
	Data de Inicio	**Data de Conclusão**	**Técnico Responsável**
	..... / ..... / 200...	..... / ..... / 200...	_____ ..... / ..... / 200...
	Horas dispendidas:		

Controlo e Conclusão	**Custos**	**O Responsável p/serviço**
	Materiais de armazém _____ € Materiais adquiridos no exterior _____ € Outros materiais _____ € Horas de Trabalho _____ € TOTAL _____ €	_____ ..... / ..... / 200...

MOD.PS4.06 / OUT08

SANTA CASA DA
MISERICÓRDIA DE PORTIMÃO
Unidade de Cuidados
Continuados

Registo de Manutenção
[Caldeiras e Aquecimento]

Data	Caldeira	Sector	Temp.	Purga de Água	Pressão do sistema	Verificar Estruturas	Observações	Rubrica

SANTA CASA DA
MISERICÓRDIA DE PORTIMÃO
Unidade de Cuidados
Continuados

Registo de Manutenção
[Ar Condicionado]

Data	Aparelho	Ventilador	Filtro	Observações	Rubrica
	Intern.1				
	Intern.2				
	Refeitório				
	Fisioterapia				
	MA				
	SA				
	Intern.1				
	Intern.2				
	Refeitório				
	Fisioterapia				
	MA				
	SA				
	Intern.1				
	Intern.2				
	Refeitório				
	Fisioterapia				
	MA				
	SA				
	Intern.1				
	Intern.2				
	Refeitório				
	Fisioterapia				
	MA				
	SA				

SANTA CASA DA
MISERICÓRDIA DE PORTIMÃO
Unidade de Cuidados
Continuados Integrados

Registo de Manutenção
[Central de Ar Comprimido]

Data	Inversão Motor	Limpeza Filtros (3)	Limpeza Chão	Tubagens	Depósito H2O	Observações	Rubrica

SANTA CASA DA
MISERICÓRDIA DE PORTIMÃO
Unidade de Cuidados
Continuados Integrados

Registo de Funcionamento e Manutenção [Gerador]

Data	Funciona	Total Horas	Óleo	Agua	Baterias	Observações	Rubrica

PROCESSO DE SUPORTE 5 – MEDIÇÃO, ANÁLISE E MELHORIA

1. Objectivo e Campo de Aplicação

Definir as actividades necessárias ao planeamento e realização de auditorias internas de modo a constatar objectivamente a aplicação, adequação e eficácia do Sistema de Gestão da Qualidade.

2. Modo de Proceder, Responsabilidades e Documentos associados

N.º	Actividades	Responsabilidades	Documentos/ Registos
1	Elaborar o Programa de Auditorias	Responsável pela Qualidade	IMP. Programa de Auditorias
2	Aprovar o Programa de Auditorias	Direcção	IMP. Programa de Auditorias
3	Nomear Equipa Auditora (EA)	Direcção Clínica	
4	Preparação da Auditoria	EA	
5	Realização da Auditoria e Elaboração do Relatório Análise do Relatório	EA Responsável pela Qualidade e Direcção Clínica	IMP. Relatório de Auditoria Interna IMP. Registo de Não Conformidades, Acções Correctiva / Preventiva.
6	Acções Correctivas	Responsável pela Qualidade	PR Não Conformidades, Acções Correctivas e Preventivas.
7	Avaliação da Eficácia	Responsável pela Qualidade	PR Não Conformidades, Acções Correctivas e Preventivas.

Elaborado por:
Verificado por:

Aprovado por:
Data:____/____/____

3. Descrição das actividades

N.º	Descrição
1	Anualmente é elaborado o Programa de Auditorias – IMP. Programa de Auditorias. As auditorias podem ser totais (ao SGQ, pelo menos 1 por ano) ou parciais (a processos), e são planeadas em função do estado e da importância dos processos, bem como dos resultados das auditorias anteriores.
2	O Programa é analisado e aprovado. Sempre que aplicável o Programa é revisto e alterado.
3	Nomear a Equipa Auditora (EA), com auditores internos ou externos. Nesse caso, a Direcção Clínica procede à sua selecção e contratação. Os auditores internos não auditam o seu próprio trabalho. **Qualificação de Auditores:** Requisitos mínimos para a qualificação de auditores internos e externos: **Formação:** Gestão da Qualidade e normas da série ISO 9000: 14 horas Auditorias da Qualidade: 14 horas Realização de no mínimo 1 auditoria como auditor observador que complete 10 horas de duração (tempo de preparação, execução da auditoria e elaboração do relatório). **Experiência Profissional:** 1 ano de experiência. Se um auditor externo for certificado, dispensa os demais requisitos para qualificação. As pessoas designadas como auditores que não possuam estes requisitos mínimos devem receber a formação necessária no espaço de 1 ano.
4	Preparar a auditoria, informar a(s) área(s) a auditar da data e hora de realização. Seleccionar as Listas de Verificação a utilizar.
5	A auditoria é realizada com base nos documentos do Sistema da Qualidade, nos documentos de referência e legislação aplicáveis. Os resultados das auditorias são documentados em impresso próprio para o efeito – IMP. Relatório de Auditoria Interna. Quando a auditoria é realizada por entidade externa, o relatório poderá ser elaborado no seu próprio modelo. O Relatório é entregue ao RQ que o analisa em conjunto com a Direcção Clínica, identifica as constatações da auditoria que devem ser tratadas como não conformidades e as regista no IMP. Registo de Não Conformidades, Acções Correctiva/Preventiva.
6	Sempre que aplicável, são preparadas e implementadas acções correctivas na sequência de não conformidades detectadas nas auditorias, que são tratadas e registadas segundo o PR Não Conformidades, Acções Correctivas e Preventivas.
7	Verificar se as acções correctivas foram implementadas, e analisar se foram eficazes. Registar esta análise segundo o PR Não Conformidades, Acções Correctivas e Preventivas.

SANTA CASA DA
MISERICÓRDIA DE PORTIMÃO
Unidade de Cuidados
Continuados

Programa de Auditorias

Ano: ..... Revisão: ..... Página ... de ....

Processo/ Função a auditar	Objectivo	Responsável	Doc. Referência	Equipa Auditora	Datas Previstas	Ponto de Situação	Validação	
							Rubrica	Data

Data da Auditoria ____/____/____

Local da Auditoria:_____

Duração da Auditoria: das____ às ____ horas

Equipa Auditora:

_____

_____

_____

Objectivo/Âmbito da Auditoria:

_____

(Processo(s), Requisito(s) a auditar)

Documentação de Referência:

_____

_____

Resumo da Auditoria ▪ Pontos fortes
▪ Oportunidades de melhoria
▪ Não conformidades constatadas

Equipa Auditora: _____ Data: ___/___/__

Elaborado por:
Verificado por:

Aprovado por:
Data:____/____/____

1. Objectivo e Campo de Aplicação

Estabelecer o modo de proceder para o controlo dos produtos/serviços que não satisfazem os requisitos por forma a impedir o seu uso inadvertido, bem como para eliminar as causas das não conformidades detectadas/potenciais, através da implementação de acções correctivas/preventivas, por forma a prevenir a sua repetição/ocorrência. Aplica-se a todas as não conformidades detectadas/potenciais.

2. Modo de Proceder, Responsabilidades e Documentos associados:

N.º	Actividade	Responsabilidades	Documentos/Registos
1	Identificação, registo e caracterização das Não Conformidades	Qualquer colaborador Responsável pela Qualidade	IMP.Registo de Não Conformidades, Acções Correctiva/Preventiva Livros de Ocorrências
2	Decisão	Direcção Clínica/Responsável pela Qualidade	
3	Análise das causas/causas potenciais	Direcção Clínica/Responsável pela Qualidade	
4	Definição das acções correctivas/preventivas	Colaboradores envolvidos	
5	Implementação das Acções Correctivas/Preventivas	Colaboradores envolvidos	
6	Acompanhamento	Responsável pela Qualidade	
7	Avaliação da eficácia	Direcção Clínica/Responsável pela Qualidade	

Elaborado por:
Verificado por:

Aprovado por:
Data:____/____/____

3. Descrição das Actividades

N.º	Descrição
1	O colaborador que detecta a existência de não conformidades identifica-as no IMP. - Registo de Não Conformidades, Acções Correctivas/Preventivas. Este registo acompanha todas as acções relacionadas com este Procedimento. Quando o produto/serviço não conforme é detectado após a entrega/prestação ao utente é lançada imediatamente uma acção correctiva por forma a impedir os efeitos reais ou potenciais da não conformidade. As não conformidades podem ter origem: • Nos fornecedores • Não conformidades internas, detectadas no desenvolvimento da actividade da Organização (ocorrências registadas nos Livros de Ocorrências, produtos, serviços que não satisfazem os requisitos) • Nas Auditorias da Qualidade (as internas são tratadas conforme o PR – Auditorias Internas) • Reclamações, as quais são tratadas conforme a IT – Avaliação da Satisfação do Utente e Tratamento de Reclamações Origem das Acções Preventivas: As acções preventivas são acções de melhoria, com os objectivos de: evitar o aparecimento de causas potenciais de não conformidades; avaliar riscos nos diferentes sectores da UCCI (ex.: infecções, úlceras de pressão, quedas, violência, fugas); introduzir melhorias internas na organização da Organização, nos aspectos ambientais, físicos, logísticos, condições de trabalho dos colaboradores, condições de conforto e comodidade dos utentes; melhorar os métodos de trabalho e melhorar continuamente o Sistema da Qualidade. Têm origem em: • Acções Correctivas • Auditorias da Qualidade • Reclamações • Análise dos dados do Sistema da Qualidade • Sugestões dos colaboradores • Sugestões de entidades do sector. O IMP. Registo de Não Conformidades, Acções Correctivas/Preventivas é entregue ao RQ ou ao DC para análise conjunta entre ambos.
2	O RQ e o DC analisam e decidem sobre a resolução da não conformidade e o destino a dar ao produto não conforme: eliminação, correcção, devolução ao fornecedor (no caso de ser um produto). O produto não conforme é segregado e assinalado com uma placa “Não Conforme”, sempre que aplicável. Face à gravidade dos efeitos e se for decidido evitar a sua repetição é lançada uma acção correctiva. O produto corrigido entra no circuito normal de processamento e é alvo de reverificações para demonstrar conformidade com os requisitos. Estas decisões são registadas no IMP. Registo de Não Conformidades, Acções Correctivas/Preventivas. O RQ e o DC analisam periodicamente todas as não conformidades que tiveram correcção imediata e tomam acções correctivas quando consideram aplicável, face ao número, tipo, efeitos e incidência das mesmas.
3	O RQ e o DC, em conjunto com os colaboradores envolvidos (quando aplicável), analisam as causas da não conformidade/não conformidade potencial e registam no Registo de Não Conformidades, Acções Correctivas/Preventivas. Esta análise é feita com base na consulta de dados e registos da qualidade,

	sempre que possível. Cópias dos documentos consultados são anexadas ao IMP. Registo de Não Conformidades, Acções Correctivas/Preventivas. Podem também ser utilizadas reuniões para este efeito.
4	São determinadas acções a implementar no sentido de eliminar as causas das não conformidades/não conformidades potenciais e de assegurar a não repetição/não ocorrência das mesmas. As acções correctivas/preventivas a tomar, os responsáveis pela sua implementação e os prazos para tal são registados no IMP. Registo de Não Conformidades, Acções Correctivas/Preventivas.
5	Implementar as acções correctivas/preventivas definidas e registar o ponto de situação da implementação no IMP. Registo de Não Conformidades, Acções Correctivas/Preventivas (ponto 4 – coluna "Conclusão" da tabela). Os responsáveis pela implementação assinam e registam a data de conclusão (ponto 5).
6	O RQ acompanha a implementação das acções definidas, e regista no IMP. Registo de Não Conformidades, Acções Correctivas/Preventivas.
7	O RQ e o DC revêem as acções correctivas/preventivas implementadas no sentido de assegurar a sua adequabilidade e eficácia. Esta revisão é documentada através de uma rubrica para o efeito no IMP. Registo de Não Conformidades, Acções Correctivas/Preventivas e decorre após um período de tempo previamente definido. Se a acção implementada não obteve sucesso, analisar as causas e decidir sobre novas acções.

SANTA CASA DA
MISERICÓRDIA DE PORTIMÃO
Unidade de Cuidados
Continuados

Registo de Não Conformidades, Acções Correctivas e Preventivas

N.º ....

Fornecedor ( ) Interna ( ) Auditoria ( ) Reclamação ( )

1. Identificação:

Caracterização do Produto/ Serviço

Descrição da Não Conformidade:

Detectado por: _____ Data: ____ / ____ / ____

DC: _____ RQ: _____

2. Decisão:

Descrição da Resolução da Não Conformidade:

Responsável: _____ Data: ____ / ____ / ____

Necessário implementar acção correctiva? Não ( ) Sim ( )

DC: _____ RQ: _____ Data: ____ / ____ / ____

3. Análise das Causas/Causas Potenciais:

Métodos □ Materiais □ Pessoas □ Equipamentos □ Factores Ambientais □

Responsáveis _____ **Data** ___/____/____

MOD.PS5.AOI.05 / OUT08 Elaborado por: Aprovado por:
Verificado por: Data:____/____/____

4. **Acção Correctiva/Preventiva:**

Acção Correctiva/Preventiva	Responsável Implementação	Prazo	Conclusão

5. **Conclusão da Implementação**: ___/ ___/___ **Responsáveis:**_____

6. **Acompanhamento** (verificar se a acção correctiva/preventiva foi implementada):
   RQ: _____ **Data:** ___/ ___/ ___

7. **Eficácia da Implementação** (verificar se a acção **correctiva** implementada teve êxito e se a não conformidade não se repete/verificar se a acção **preventiva** implementada teve êxito e se a não conformidade potencial não ocorre):

A análise da eficácia vai ser realizada _____ meses após a implementação.

DC: _____ RQ: _____ Data: ____/ ____/___

Elaborado por:
Verificado por:

Aprovado por:
Data:____/____/____

1. Objectivo e Campo de Aplicação

Definir o procedimento a adoptar para o tratamento das reclamações em relação aos serviços prestados, bem como para avaliar a satisfação das partes interessadas com os serviços da Organização. Aplica-se a todas as reclamações e acções que permitam avaliar a satisfação dos utentes internados.

2. Modo de Proceder

2.1 Avaliação da Satisfação

No final de cada período de internamento, é entregue a cada utente um Questionário de Avaliação do Grau de Satisfação dos Utentes Internados, solicitando que o mesmo seja preenchido pelo próprio ou pela pessoa responsável.

Depois de entregue ao Responsável pela Qualidade (RQ) é realizada uma primeira análise a todos os questionários preenchidos no sentido de identificar sugestões ou factores de insatisfação que justifiquem uma actuação imediata; Neste caso o RQ articula imediatamente com a Direcção. Anualmente é realizado o tratamento estatístico do inquérito e implementadas as acções de melhoria identificadas.

Na sequência desta avaliação, é afixado um agradecimento aos utentes, juntamente com um resumo do tratamento estatístico do inquérito.

2.2 Tratamento de Reclamações:

1. Após a recepção de uma reclamação, a mesma é analisada no sentido de analisar e resolver o problema de imediato se for possível, ou de acordar com o utente uma resolução posterior.
2. Se o utente pretender registar a reclamação no Livro de Reclamações: facultar o Livro e comunicar à Direcção que procede de acordo com a legislação em vigor.
3. As demais reclamações são comunicadas ao RQ, que registam no IMP. Não Conformidade, Acção Correctiva/ Preventiva.
4. Para as reclamações registadas no Livro, tira-se uma fotocópia que será entregue à Direcção e/ou RQ, que registam e anexam a mesma ao IMP. Não Conformidade, Acção Correctiva/ Preventiva.
5. Todas as reclamações são analisadas no sentido de serem identificadas as suas causas e serem implementadas, sempre que aplicável, as acções correctivas que impeçam a sua repetição, de acordo com o Procedimento - Não Conformidades, Acções Correctivas e Preventivas.

6. O RQ mantém um registo actualizado das reclamações recebidas e do seu ponto de situação no IMP. Registo Anual de Reclamações.

SANTA CASA DA
MISERICÓRDIA DE PORTIMÃO
Unidade de Cuidados
Continuados

Registo Anual de Reclamações

N.º NC ou LR N.º	Ano	Data	Motivo	Data de Fecho

NC: Não conformidade LR: Livro de reclamações

SANTA CASA DA
MISERICÓRDIA DE PORTIMÃO
Unidade de Cuidados
Continuados

Sugestões de Melhoria

Estabelecimento .....Mês .....

É importante melhorar continuamente a qualidade dos serviços prestados ao Utente, introduzir melhorias internas na organização da UCCI, nos aspectos físicos, logísticos, condições de trabalho, melhorar os métodos de trabalho, conforto dos Utentes e melhoria do Sistema de Gestão da Qualidade. Assim, pedimos a vossa colaboração no preenchimento deste impresso sempre que tenham alguma sugestão a fazer. Obrigada.

N.º	SUGESTÃO	JUSTIFICAÇÃO	DATA ASSINATURA	ANÁLISE DO(A) DC	DATA ASSINATURA

Sugestões e outros comentários

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Identificação (Facultativo)

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Muito Obrigado pela sua colaboração!

MOD.P S5.GS.04 / OUT08

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE PORTIMÃO
Unidade de Cuidados Continuados Integrados

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃODO GRAU DE SATISFAÇÃO DOS UTENTES INTERNADOS

Unidade de _____ Data: __ /__ /__

1. Forma como foi recebido(a) e tratado(a) pela equipa da Unidade

	Muito bom	Bom	Aceitável	Mau
1.1. Médicos	☐	☐	☐	☐
1.2. Enfermeiros	☐	☐	☐	☐
1.3. Auxiliares de Acção Médica	☐	☐	☐	☐
1.4. Administrativos	☐	☐	☐	☐
1.5. Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica	☐	☐	☐	☐
1.6. Assistente Social	☐	☐	☐	☐

Comentários _____

_____

2. Condições do quarto em que ficou instalado(a)

	Muito bom	Bom	Aceitável	Mau
2.1. Silêncio	☐	☐	☐	☐
2.2. Privacidade	☐	☐	☐	☐
2.3. Higiene e Limpeza	☐	☐	☐	☐

Comentários _____

_____

3. Condições das Instalações Sanitárias

	Muito bom	Bom	Aceitável	Mau
3.1. Localização	☐	☐	☐	☐
3.2. Dimensão e Qualidade das Instalações	☐	☐	☐	☐
3.3. Higiene e Limpeza	☐	☐	☐	☐

Comentários _____

_____

4. Roupa

	Muito bom	Bom	Aceitável	Mau
4.1. Frequência das Mudas	☐	☐	☐	☐
4.2. Qualidade	☐	☐	☐	☐
4.3. Limpeza	☐	☐	☐	☐

Comentários _____

_____

5. Condições das Zonas de Utilização Comum (Salas de Estar, de Refeições, etc)

Muito bom	Bom	Aceitável	Mau
☐	☐	☐	☐

Comentários _____

_____

6. Alimentação

6.1. Horário das Refeições	☐	☐	☐	☐
6.2. Temperatura	☐	☐	☐	☐
6.3. Quantidade	☐	☐	☐	☐
6.4. Qualidade	☐	☐	☐	☐
6.5. Variedade	☐	☐	☐	☐

Comentários _____

_____

7. Visitas

	Muito bom	Bom	Aceitável	Mau
7.1. Horário	☐	☐	☐	☐
7.2. Número de Visitas	☐	☐	☐	☐

Comentários _____

_____

8. Informação que lhe foi dada sobre o seu estado de saúde

	Muito bom	Bom	Aceitável	Mau
8.1. No momento da admissão na Unidade	☐	☐	☐	☐
8.2. Durante o Internamento (evolução da sua saúde)	☐	☐	☐	☐
8.3. À saída (cuidados a ter na recuperação)	☐	☐	☐	☐

Comentários _____

_____

9. Atendimento dos seus pedidos

Muito bom	Bom	Aceitável	Mau
☐	☐	☐	☐

Comentários _____

_____

10 Em termos gerais, qual a sua opinião sobre a Unidade

	Muito bom	Bom	Aceitável	Mau
10.1. Quanto à eficácia	☐	☐	☐	☐
10.2. Quanto ao rigor	☐	☐	☐	☐
10.3. Quanto à rapidez de resposta aos seus pedidos	☐	☐	☐	☐
10.4. Quanto à cordialidade	☐	☐	☐	☐
10.5. Quanto à comodidade	☐	☐	☐	☐

Comentários _____

_____

SANTA CASA DA
MISERICÓRDIA DE PORTIMÃO
Unidade de Cuidados Continuados

Questionário de Avaliação da Satisfação dos Familiares

Nome:_____

Data:___/___/___

De forma a melhorar os nossos serviços e promover o bem-estar e a qualidade de vida a que os utentes internados têm direito, gostaríamos de contar com a sua colaboração. Neste sentido, agradecíamos que avaliasse o serviço que prestamos indicando o seu grau de satisfação em relação a cada um dos aspectos abaixo mencionados.

Instruções de preenchimento:

- Leia cada afirmação atentamente e responda assinalando com uma cruz (X) a sua escolha nos quadrados correspondentes;
- No caso de alguma das afirmações não se aplicar à sua situação poderá indicá-lo assinalando o rectângulo NA (Não aplicável);
- Todas as respostas a este questionário são confidenciais e serão usadas, única e exclusivamente, para melhorar a qualidade dos serviços que prestamos.
-

	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito	NA
1. Atendimento						
1.1. Admissão	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1.2. Atendimento com a Família e Utente	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Acolhimento e Integração						
2.1. Entrega e explicação do regulamento interno	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.2. Avaliação das necessidades e expectativas do Utente	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.3. Participação na Integração do Utente na UCCI	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Actividades e Funcionamento da Unidade						
3.1. Participação dos familiares no Plano Individual de Cuidados do Utente	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3.2. Participação dos familiares nas actividades da UCCI	☐	☐	☐	☐	☐	☐

SANTA CASA DA
MISERICÓRDIA DE PORTIMÃO
Unidade de Cuidados
Continuados

Questionário de Avaliação da Satisfação dos Familiares

	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito	NA
3.3. Reuniões da equipa técnica com a Família	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3.4. Cumprimento das responsabilidades pela UCCI	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3.5. Informações da UCCI aos familiares, sobre o utente.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3.6. Horários das Visitas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3.7. Resolução de problemas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Prestação de Serviços						
4.1. Condições físicas das instalações	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.2. Percepção quanto aos serviços prestados	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Atitude dos Profissionais						
5.1. Simpatia e cortesia	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5.2. Interesse e empenho na resolução dos problemas dos utentes	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Sugestões e/ou outros comentários:

_____

_____

_____

_____

Obrigado pela sua colaboração!

SANTA CASA DA
MISERICÓRDIA DE PORTIMÃO
Unidade de Cuidados Continuados

Questionário de Avaliação da Satisfação dos Colaboradores

Nome (facultativo):_____

Função (facultativo):_____ **Data:**___/___/___

Caro colaborador, gostaríamos de saber em que medida está satisfeito com o seu trabalho e para tal pedimos a sua colaboração no preenchimento do questionário seguinte. A sua opinião é importante para nós e só assim poderemos melhorar e aperfeiçoar as condições de trabalho.

Instruções de preenchimento:

- Leia cada afirmação atentamente e responda assinalando com uma cruz (X) a sua escolha nos quadrados correspondentes;
- No caso de alguma das afirmações não se aplicar à sua situação poderá indicá-lo assinalando o rectângulo NA (Não aplicável);
- Todas as respostas a este questionário são confidenciais e serão usadas, única e exclusivamente, para melhorar a qualidade das condições de trabalho.

	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito	NA
1. Organização do serviço onde trabalha	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Funcionamento do serviço onde trabalha	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Colaboração e clima de relação com os seus colegas de trabalho	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Competência e desempenho do seu superior imediato	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Competência e desempenho dos seus subordinados	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Satisfação em relação ao trabalho que realiza	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Horário de trabalho	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Remuneração	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. Sistema de avaliação de desempenho	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. Formação recebida	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito	NA

11. Perspectivas de promoção	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. Informação necessária ao bom desempenho das suas funções	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13. Canais de comunicação existentes (Ex.: informações/notas internas, placards informativos, reuniões, correio electrónico)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14. Grau de motivação	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15. Considerando todos os aspectos do seu trabalho e da sua vida nesta organização está:	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Sugestões e/ou outros comentários:

Obrigado pela sua colaboração!

SANTA CASA DA
MISERICÓRDIA DE PORTIMÃO
Unidade de Cuidados
Continuados

Sugestões e Opiniões

De forma a melhorar os nossos serviços e promover o bem-estar e a qualidade de vida a que os utentes internados têm direito, gostaríamos de contar com a sua colaboração. Neste sentido, agradecemos eventuais sugestões e contributos para a melhoria dos serviços

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

- Preenchimento facultativo -

Nome:_____

Data:___/___/___