

Tipo de documento:	<b>PLANO</b>	<b>PL.SUP.STGQ.USEP.001</b>	
Título do documento:	Plano de Segurança do Paciente	Emissão:19/11/2021 Versão: 3ª	Próxima revisão: 19/11/2023
Lotação: Gerência Divisão/ Setor/ Unidade/ Serviço	SUP/STGQ/USEP		
Responsável pela execução do procedimento:	Todo o Complexo Hospitalar		

## 1. OBJETIVO

Promover assistência segura e de qualidade por meio da execução e monitoramento das diferentes ações contidas nesse plano.

## 2. INTRODUÇÃO

Segundo a Resolução de Diretoria Colegiada nº 36, de 25 de julho de 2013, da Agência Nacional de Vigilância em Saúde (ANVISA), o Plano de Segurança do Paciente é um documento que descreve as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão de risco, visando à prevenção e à mitigação dos incidentes, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço de saúde (ANVISA, 2013).

Nesse sentido, integrantes do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e profissionais de diferentes serviços do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (CHC-UFPR) atualizaram o Plano de Segurança do Paciente institucional de forma a estabelecer estratégias e ações para a segurança do paciente nas seguintes áreas:

1. Identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos;
2. Identificação do paciente;
3. Higiene das mãos;
4. Segurança cirúrgica;
5. Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos;
6. Segurança na prescrição, uso e administração de sangue e hemocomponentes;
7. Segurança no uso de equipamentos e materiais;
8. Registro adequado do uso de órteses e próteses quando este procedimento for realizado;
9. Prevenção de quedas dos pacientes;
10. Prevenção de lesão por pressão;
11. Prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde;
12. Segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral;
13. Comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde;
14. Estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada;
15. Promoção do ambiente seguro.

Tipo de documento:	<b>PLANO</b>	<b>PL.SUP.STGQ.USEP.001</b>	
Título do documento:	Plano de Segurança do Paciente	Emissão:19/11/2021 Versão: 3ª	Próxima revisão: 19/11/2023
Lotação: Gerência Divisão/ Setor/ Unidade/ Serviço	SUP/STGQ/USEP		
Responsável pela execução do procedimento:	Todo o Complexo Hospitalar		

As ações contidas nesse plano baseiam-se em prioridades que permeiam as práticas relacionadas à segurança do paciente e gestão de riscos assistenciais e indicam estratégias que conectam as lideranças aos profissionais da linha de frente do cuidado, visando à prevenção e mitigação de incidentes em todas as fases de assistência ao paciente.

### 3. RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se que esse plano resulte em maior segurança aos pacientes atendidos no CHC, pois a implementação e análise dos indicadores mencionados permitirá a avaliação do desempenho dos diferentes serviços do CHC-UFPR bem como a programação de ações de melhoria.

Tipo de documento:	PLANO		PL.SUP.STGQ.USEP.001	
Título do documento:	Plano de Segurança do Paciente		Emissão: 19/11/2021 Versão: 3ª	Próxima revisão: 19/11/2023
Lotação: Gerência Divisão/ Setor/ Unidade/ Serviço	SUP/STGQ/USEP			
Responsável pela execução do procedimento:	Todo o Complexo Hospitalar			

#### 4. PLANOS DE AÇÃO PARA ATENDIMENTO DO OBJETIVO

##### 4.1 Identificação, análise, monitoramento, avaliação e comunicação dos riscos

**ABRANGÊNCIA:** Todo o CHC-UFPR, cujas ações representem impacto à assistência do paciente.

OBJETIVOS	AÇÕES	RESPONSÁVEL	INDICADORES	DOCUMENTOS DE APOIO
Identificar os principais riscos e incidentes de segurança aos quais os pacientes estão sujeitos nas diferentes etapas da assistência.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Captar incidentes de segurança do paciente por meio da revisão de prontuários (<i>Trigger Tool</i>) e análise de resumo de alta por óbito (RAO).</li> <li>2. Receber e classificar notificações de incidentes de segurança do paciente provenientes do VIGIHOSP;</li> <li>3. Receber as queixas técnicas dos produtos para saúde na fase de pós-comercialização (Tecnovigilância), provenientes do VIGIHOSP;</li> <li>4. Mapear os riscos pertinentes às unidades, conforme o seu perfil;</li> <li>5. Manter parceria com comissões e Ouvidoria;</li> <li>6. Realizar auditorias periódicas nas unidades assistenciais e de apoio.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 a 5. Unidade de Segurança do Paciente (USEP);</li> <li>6. USEP e Unidade de Vigilância em Saúde (UVS).</li> </ol>	<p>Percentual de prontuários revisados pelo <i>Trigger Tool</i> por mês;</p> <p>Percentual de auditorias realizadas por período;</p> <p>Percentual de mapas de riscos assistenciais elaborados por período.</p>	<p>POP.GAS.SEVISP.UGRA.002 - Investigação de incidentes de segurança do paciente, registro e conclusão de notificações;</p> <p>Notificação do VIGIHOSP;</p> <p><i>Checklists</i> das auditorias dos Protocolos de Segurança do Paciente;</p> <p>Roteiros das avaliações do Programa Ebserh da Qualidade;</p> <p>Manual de Auditoria;</p> <p>Planilha de registro de notificações;</p> <p>Prontuários de pacientes;</p> <p>Resumos de Alta do paciente por Óbito.</p>

Tipo de documento:	<b>PLANO</b>		<b>PL.SUP.STGQ.USEP.001</b>	
Título do documento:	Plano de Segurança do Paciente		Emissão: 19/11/2021 Versão: 3ª	Próxima revisão: 19/11/2023
Lotação: Gerência Divisão/ Setor/ Unidade/ Serviço	SUP/STGQ/USEP			
Responsável pela execução do procedimento:	Todo o Complexo Hospitalar			

<p>Analisar os Incidentes de Segurança do Paciente (ISP).</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Investigar as causas e consequências dos incidentes sem danos, com grau de dano leve e moderado.</li> <li>Investigar as causas e consequências dos incidentes com grau de dano grave, óbito ou com potencial catastrófico.</li> <li>Realizar Análise de Causa Raiz (ACR) em casos de ISP com grau de dano ao paciente grave, óbito ou com potencial catastrófico.</li> <li>Elaborar Plano de Ação com medidas corretivas e preventivas para os processos em que tenham sido identificadas fragilidades.</li> <li>Investigar as queixas técnicas de produtos para a saúde.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Grupo Interno da Qualidade (GIQ).</li> <li>USEP.</li> <li>e 4. USEP e unidades envolvidas no ISP.</li> <li>USEP.</li> </ol>	<p>Percentual de finalização em até 60 dias de notificações de ISP.</p> <p>Percentual de finalização em até 60 dias de notificações de tecnovigilância.</p>	<p>Formulários: linha do tempo, diagrama de Ishikawa, 5W2H e relatório de Análise de Causa Raiz.</p> <p>Planilha de registro de notificações.</p> <p>Planilha de registro de tecnovigilância.</p> <p>Planilha de registro de ACRs.</p> <p>POP de ACR.</p>
<p>Monitorar e avaliar ações para mitigação de riscos de ocorrência de ISP.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Monitorar a execução dos Planos de Ação para verificar o cumprimento das ações corretivas e preventivas.</li> <li>Monitorar periodicamente os indicadores.</li> <li>Avaliar a execução dos Planos de Ação e os resultados dos indicadores.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>a 3. USEP e unidades envolvidas.</li> </ol>	<p>Percentual de planos de ação monitorados.</p> <p>Percentual de indicadores monitorados.</p>	<p>Planos de ação.</p> <p>Planilha de indicadores.</p>

Tipo de documento:	<b>PLANO</b>		<b>PL.SUP.STGQ.USEP.001</b>	
Título do documento:	Plano de Segurança do Paciente		Emissão: 19/11/2021 Versão: 3ª	Próxima revisão: 19/11/2023
Lotação: Gerência Divisão/ Setor/ Unidade/ Serviço	SUP/STGQ/USEP			
Responsável pela execução do procedimento:	Todo o Complexo Hospitalar			

<p>Comunicar os resultados da gestão de riscos às Unidades, instâncias superiores e à ANVISA.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Notificar à ANVISA os Eventos Adversos, inclusive <i>never events</i> e óbitos relacionados a ISP.</li> <li>2. Atualizar, mensalmente, o painel de indicadores da Ebserh Sede.</li> <li>3. Disponibilizar para os coordenadores de GIQs e Chefias de Unidades a planilha de registro de notificações, o resultado das auditorias e das ACRs.</li> <li>4. Participar de reuniões periódicas do NSP.</li> <li>5. Realizar reuniões periódicas com o Comitê da Qualidade.</li> <li>6. Emitir relatório sobre o gerenciamento de riscos às Unidades.</li> <li>7. Utilizar programa informatizado da Microsoft® (Power BI) para as unidades terem acesso aos dados em tempo real.</li> </ol>	<p>1 a 7. USEP.</p>	<p>Percentual de eventos adversos, inclusive <i>never events</i> e óbitos notificados à ANVISA.</p>	<p>Relatórios. Atas.</p>
---	---	---------------------	---	------------------------------

Tipo de documento:	<b>PLANO</b>		<b>PL.SUP.STGQ.USEP.001</b>	
Título do documento:	Plano de Segurança do Paciente		Emissão: 19/11/2021 Versão: 3ª	Próxima revisão: 19/11/2023
Lotação: Gerência Divisão/ Setor/ Unidade/ Serviço	SUP/STGQ/USEP			
Responsável pela execução do procedimento:	Todo o Complexo Hospitalar			

## 4.2 Identificação do paciente

**ABRANGÊNCIA:** Todos os locais de prestação de assistência ao paciente.

OBJETIVOS	AÇÕES	RESPONSÁVEL	INDICADORES	DOCUMENTOS DE APOIO
Promover a correta identificação do paciente, garantindo assistência adequada ao paciente a que se destina.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Seguir as recomendações do Protocolo de Identificação do Paciente.</li> <li>2. Manter o protocolo atualizado.</li> <li>3. Capacitar, continuamente, as equipes para adesão ao Protocolo.</li> <li>4. Notificar ISP relacionados à identificação do paciente.</li> <li>5. Investigar incidentes relacionados à identificação do paciente.</li> <li>6. Propor melhorias ao processo de identificação dos pacientes, a partir das investigações dos incidentes, e do monitoramento dos respectivos indicadores deste plano.</li> <li>7. Estimular discussão com a equipe a respeito dos resultados obtidos e possíveis formas de melhoria.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Equipes envolvidas no processo de identificação e assistência ao paciente.</li> <li>2. USEP e equipes envolvidas no processo de identificação e assistência ao paciente.</li> <li>3. Equipes envolvidas no processo de identificação do paciente; Comissão de Educação Permanente de Enfermagem (CEPEN); USEP.</li> <li>4. Todos os profissionais da instituição.</li> <li>5. GIQs e USEP;</li> <li>6. Equipes assistenciais, GIQs, NSP, USEP.</li> <li>7. Chefias de Unidades.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Taxa de Adesão dos Profissionais à Verificação da Pulseira de Identificação do Paciente antes de proceder aos cuidados de maior risco.</li> <li>- Número de incidentes devido a falhas na identificação do paciente.</li> <li>- Percentual de implantação do Protocolo de Identificação do Paciente.</li> <li>- Percentual de pacientes com pulseiras padronizadas entre os pacientes internados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Protocolo de Identificação do Paciente.</li> <li>Placa de identificação do leito.</li> <li>Relatórios de auditorias de segurança do paciente.</li> </ul>

Tipo de documento:	<b>PLANO</b>	<b>PL.SUP.STGQ.USEP.001</b>	
Título do documento:	Plano de Segurança do Paciente	Emissão: 19/11/2021 Versão: 3ª	Próxima revisão: 19/11/2023
Lotação: Gerência Divisão/ Setor/ Unidade/ Serviço	SUP/STGQ/USEP		
Responsável pela execução do procedimento:	Todo o Complexo Hospitalar		

### 4.3 Higiene de mãos

**ABRANGÊNCIA:** Todos os profissionais que desenvolvem atividades envolvendo o paciente e seu ambiente.

OBJETIVOS	AÇÕES	RESPONSÁVEL	INDICADORES	DOCUMENTOS DE APOIO
Prevenir e controlar a transmissão cruzada de Bactérias Multirresistentes (BMR) e de agentes causadores de infecções relacionadas à assistência à saúde, além de proteger os profissionais.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Seguir as recomendações do Protocolo de Higiene de Mãos.</li> <li>2. Manter o Protocolo atualizado.</li> <li>3. Capacitar, continuamente, as equipes envolvidas para adesão ao Protocolo.</li> <li>4. Inserir o tema "Higiene de Mãos" em todos os treinamentos do SCIH.</li> <li>5. Notificar ISPs relacionados à Higiene de Mãos.</li> <li>6. Investigar incidentes relacionados à Higiene de Mãos.</li> <li>7. Propor melhorias de estrutura e processos para a Higiene de Mãos.</li> <li>8. Estimular discussão com a equipe a respeito dos resultados obtidos e possíveis formas de melhoria.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Todos os profissionais que desenvolvem atividades envolvendo o paciente e seu ambiente;</li> <li>2. Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) e USEP.</li> <li>3. SCIH, CEPEN, equipes assistenciais multiprofissionais locais.</li> <li>4. Equipe SCIH e CEPEN.</li> <li>5. Todos os profissionais da instituição.</li> <li>6. GIQs.</li> <li>7. SCIH e Chefias de Unidades.</li> <li>8. Chefias de Unidades.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Medir o consumo de álcool 70% (ml/paciente-dia/Unidade de Internação);</li> <li>2. Medir o consumo de sabonete líquido (ml/paciente-dia/Unidade de Internação);</li> <li>3. Medir o percentual de Adesão aos 5 momentos de Higienização das Mãos nas UTI's;</li> <li>4. Medir o Percentual de implantação do protocolo de higiene de mãos.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Protocolo de Higiene de Mãos.</li> <li>2. POP. SCIH.001 de Higiene de Mãos e demais POPs do SCIH que remetem a ele.</li> <li>3. POPs de Enfermagem, que orientam o uso do POP.SCIH.001.</li> <li>4. Placas de Precauções, a Higiene de Mãos que mostram como primeiro passo das precauções.</li> <li>5. Cartaz/Etiqueta de orientação da técnica de Higiene de Mãos sobre cada pia.</li> <li>6. Cartazes dos 5 momentos nas Unidades de Internação.</li> <li>7. Divulgação mensal (PowerBI) do percentual de adesão da higienização das mãos para as UTIs.</li> <li>8. Divulgação mensal (PowerBI) do consumo de álcool por paciente-dia para as demais Unidades de Internação.</li> <li>9. Folder de Orientação para familiares, acompanhantes e visitantes "Como você pode ajudar a prevenir Infecções Hospitalares".</li> </ol>

Tipo de documento:	<b>PLANO</b>		<b>PL.SUP.STGQ.USEP.001</b>	
Título do documento:	Plano de Segurança do Paciente		Emissão: 19/11/2021 Versão: 3ª	Próxima revisão: 19/11/2023
Lotação: Gerência Divisão/ Setor/ Unidade/ Serviço	SUP/STGQ/USEP			
Responsável pela execução do procedimento:	Todo o Complexo Hospitalar			

#### 4.4 Segurança cirúrgica

**ABRANGÊNCIA:** Todas as Unidades e Serviços em que sejam desenvolvidas as etapas pré, trans e pós-operatória.

OBJETIVOS	AÇÕES	RESPONSÁVEL	INDICADORES	DOCUMENTOS DE APOIO
Proporcionar assistência segura nas diferentes etapas que envolvem os procedimentos cirúrgicos	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Seguir as recomendações do Protocolo de Cirurgia Segura.</li> <li>2. Manter o protocolo atualizado.</li> <li>3. Capacitar, continuamente, as equipes envolvidas para adesão ao Protocolo.</li> <li>4. Notificar ISP relacionados aos procedimentos cirúrgicos.</li> <li>5. Investigar incidentes relacionados aos procedimentos cirúrgicos.</li> <li>6. Propor melhorias em processos cirúrgicos a partir das investigações dos incidentes e do monitoramento dos respectivos indicadores deste plano.</li> <li>7. Realizar ações voltadas à tecnovigilância de insumos, órteses e próteses utilizados em procedimentos cirúrgicos.</li> <li>8. Estimular discussão com a equipe a respeito dos resultados obtidos e possíveis formas de melhoria.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Equipes assistenciais envolvidas nas diferentes etapas de procedimentos cirúrgicos.</li> <li>2. USEP e unidades envolvidas nos procedimentos cirúrgicos.</li> <li>3. Equipes assistenciais envolvidas nas diferentes etapas de procedimentos cirúrgicos; CEPEN; Comissão para a Sistematização da Assistência de Enfermagem (COMISAE); USEP.</li> <li>4. Todos os profissionais da instituição.</li> <li>5. GIQs das unidades envolvidas em processos cirúrgicos e USEP.</li> <li>6. Equipes assistenciais envolvidas em diferentes etapas de processos cirúrgicos, NSP, USEP.</li> <li>7. USEP.</li> </ol>	<p>Número de incidentes de segurança do paciente cirúrgico.</p> <p>Percentual de pacientes que receberam antibioticoprofilaxia no horário adequado.</p> <p>Taxa de mortalidade cirúrgica intrahospitalar ajustada ao risco.</p> <p>Número de procedimentos realizados no local errado do corpo do paciente.</p> <p>Número de cirurgias realizadas no paciente errado.</p> <p>Número de procedimentos errados.</p> <p>Número de procedimentos cirúrgicos realizados.</p> <p>Percentual de implantação do protocolo de cirurgia segura.</p> <p>Número de <i>never events</i> com pacientes cirúrgicos.</p>	<p>Protocolo de cirurgia segura.</p> <p>Lista de Verificação da Cirurgia Segura.</p> <p>Avaliação Pré- anestésica.</p> <p>Termos de Consentimento Livre e Esclarecido específicos das várias especialidades do CHC - UFPR</p> <p>Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para realização de anestesia.</p> <p>Ficha de Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP).</p> <p>Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) pertinentes a processos cirúrgicos das diferentes especialidades.</p>

Tipo de documento:	<b>PLANO</b>		<b>PL.SUP.STGQ.USEP.001</b>	
Título do documento:	Plano de Segurança do Paciente		Emissão: 19/11/2021 Versão: 3ª	Próxima revisão: 19/11/2023
Lotação: Gerência Divisão/ Setor/ Unidade/ Serviço	SUP/STGQ/USEP			
Responsável pela execução do procedimento:	Todo o Complexo Hospitalar			

		8. Chefias de Unidades.	<p>Número de procedimentos cirúrgicos em que a Lista de Verificação de Cirurgia Segura foi utilizada pela equipe cirúrgica.</p> <p>Percentual de adesão à lista de Verificação de Segurança Cirúrgica.</p>	
--	--	-------------------------	--	--

Tipo de documento:	<b>PLANO</b>		<b>PL.SUP.STGQ.USEP.001</b>	
Título do documento:	Plano de Segurança do Paciente		Emissão: 19/11/2021 Versão: 3ª	Próxima revisão: 19/11/2023
Lotação: Gerência Divisão/ Setor/ Unidade/ Serviço	SUP/STGQ/USEP			
Responsável pela execução do procedimento:	Todo o Complexo Hospitalar			

#### 4.5 Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos

**ABRANGÊNCIA:** Todas as unidades cujas ações impactam no uso seguro de medicamentos.

OBJETIVOS	AÇÕES	RESPONSÁVEL	INDICADORES	DOCUMENTOS DE APOIO
Promover o uso racional de medicamentos por meio de mecanismos para redução do risco da ocorrência de ISP na cadeia terapêutica medicamentosos.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Seguir as recomendações do Protocolo de Segurança na Prescrição, no Uso e na Administração de Medicamentos.</li> <li>2. Manter o protocolo atualizado.</li> <li>3. Capacitar, continuamente, as equipes envolvidas para adesão ao protocolo.</li> <li>4. Notificar ISPs relacionados ao processo medicamentoso e desvios de qualidade de medicamentos.</li> <li>5. Investigar ISPs relacionados ao processo medicamentoso e de desvios de qualidade de medicamentos.</li> <li>6. Propor melhorias no processo medicamentoso a partir das investigações dos ISPs e do monitoramento dos respectivos indicadores deste plano.</li> <li>7. Estimular discussão com a equipe a respeito dos resultados obtidos e possíveis formas de melhoria.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Equipes envolvidas no processo medicamentoso.</li> <li>2. USEP.</li> <li>3. Equipes envolvidas no processo medicamentoso; Setor de Farmácia Hospitalar (SEFARH); CEPEN; COMISAE; USEP.</li> <li>4. Todos os profissionais da equipe multiprofissional do hospital.</li> <li>5. GIQs das unidades envolvidas no processo medicamentoso e USEP;</li> <li>6. Equipes envolvidas no processo medicamentoso, NSP, USEP.</li> <li>7. Chefias de Unidades.</li> </ol>	<p>Número de ISP relacionados a medicamentos.</p> <p>Percentual de implantação do protocolo de Segurança na Prescrição, no Uso e na Administração de Medicamentos.</p> <p>Percentual de Adesão dos Profissionais aos padrões da medicação segura.</p> <p>Percentual de erros na prescrição de medicamentos.</p> <p>Percentual de erros na dispensação de medicamentos.</p> <p>Percentual de erros na administração de medicamentos.</p>	<p>Protocolo de Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos.</p> <p>Guia Farmacoterapêutico do CHC -UFPR.</p> <p>Protocolos clínicos terapêuticos.</p> <p>POPs pertinentes.</p>

Tipo de documento:	<b>PLANO</b>	<b>PL.SUP.STGQ.USEP.001</b>	
Título do documento:	Plano de Segurança do Paciente	Emissão: 19/11/2021 Versão: 3ª	Próxima revisão: 19/11/2023
Lotação: Gerência Divisão/ Setor/ Unidade/ Serviço	SUP/STGQ/USEP		
Responsável pela execução do procedimento:	Todo o Complexo Hospitalar		

#### 4.6 Segurança na prescrição, uso e administração de sangue e hemocomponentes

**ABRANGÊNCIA:** Todas as unidades que realizam qualquer uma das etapas do ciclo de sangue, desde a triagem dos doadores, etapas do processamento, até o ato transfusional.

OBJETIVOS	AÇÕES	RESPONSÁVEL	INDICADORES	DOCUMENTOS DE APOIO
<p>Proporcionar segurança em todo o ciclo do sangue, da triagem dos doadores ao ato transfusional.</p> <p>Efetuar retrovigilância de acordo com a legislação vigente.</p> <p>Monitorar as reações adversas associadas ao processo de <b>doação</b> de sangue e hemocomponentes e células progenitoras hematopoéticas de sangue periférico (CPH – SP) ou células progenitoras hematopoéticas de medula óssea (CPH-MO)</p> <p>Monitorar as reações adversas associadas ao receptor de sangue e hemocomponentes</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Manter atualizados POPS e protocolos pertinentes ao ciclo do sangue.;</li> <li>Capacitar enfermeiros do Comitê Transfusional (CT);</li> <li>Capacitar equipes médica e de enfermagem a respeito de cuidados na segurança transfusional, para seguimento de protocolos e rotinas estabelecidos pelo CT/Hemovigilância.</li> <li>Sensibilizar e incentivar a notificação de: suspeita de reação do doador de sangue e hemocomponentes; suspeita de reação do receptor de sangue total e/ou hemocomponentes; e situações pertinentes à retrovigilância.</li> <li>Analisar as não conformidades e orientações específicas para cada situação.</li> <li>Analisar as reações transfusionais, elaborar o laudo, notificar a ANVISA e realizar orientações específicas para cada situação.</li> <li>Notificar incidentes relacionados ao ciclo do sangue.</li> <li>Investigar incidentes relacionados ao ciclo do sangue.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>a 3. Coordenador e membro efetivo do CT.</li> <li>Membros do CT.</li> <li>Coordenador e membro efetivo do CT.</li> <li>Coordenador, membro efetivo do CT e Hemoterapeuta da Unidade Transfusional.</li> <li>Todos os profissionais da equipe assistencial do hospital.</li> <li>GIQs de unidades envolvidas no processo, CT e USEP.</li> <li>Equipes envolvidas no processo, CT, NSP, USEP.</li> </ol>	<p>Percentual de requisições de hemocomponentes e hemoderivados incompletas, rasuradas e/ou ilegíveis.</p> <p>Percentual de coletas de amostras pré-transfusionais inadequadas.</p> <p>Número de fichas de acompanhamento no ato transfusional incompletas, rasuradas e/ou ilegíveis.</p> <p>Percentual de devolução de hemocomponentes não utilizados.</p> <p>Percentual de hemotransfusões no período noturno.</p>	<p>Procedimentos Operacionais Padrão (POP) pertinentes ao ciclo do sangue;</p> <p>Protocolos de orientações médicas para transfusões em situações específicas (Ex. Transfusão Maciça, Aquecimento do Sangue, Transfusão em emergências, etc.);</p> <p>Protocolo de orientações para equipe de enfermagem de cuidados no ato transfusional;</p> <p>Requisição de hemocomponentes/hemoderivados;</p> <p>Ordens de serviço específicas para o ciclo do sangue;</p> <p>Ficha de acompanhamento do ato transfusional;</p> <p>Fichas de notificação de reação a doação de sangue total e componentes sanguíneos por aférese;</p> <p>Marco Conceitual e Operacional de Hemovigilância proposto pelo Sistema Nacional de Hemovigilância (ANVISA/2015).</p>

Tipo de documento:	<b>PLANO</b>	<b>PL.SUP.STGQ.USEP.001</b>	
Título do documento:	Plano de Segurança do Paciente	Emissão: 19/11/2021 Versão: 3ª	Próxima revisão: 19/11/2023
Lotação: Gerência Divisão/ Setor/ Unidade/ Serviço	SUP/STGQ/USEP		
Responsável pela execução do procedimento:	Todo o Complexo Hospitalar		

	9. Propor melhorias no ciclo do sangue a partir das investigações dos ISPs do monitoramento dos respectivos indicadores deste plano.			
--	--	--	--	--

Tipo de documento:	<b>PLANO</b>	<b>PL.SUP.STGQ.USEP.001</b>	
Título do documento:	Plano de Segurança do Paciente	Emissão: 19/11/2021 Versão: 3ª	Próxima revisão: 19/11/2023
Lotação: Gerência Divisão/ Setor/ Unidade/ Serviço	SUP/STGQ/USEP		
Responsável pela execução do procedimento:	Todo o Complexo Hospitalar		

#### 4.7 Segurança no uso de equipamentos e materiais

**ABRANGÊNCIA:** Todas as unidades que utilizam equipamentos médico-hospitalares e seus acessórios.

OBJETIVOS	AÇÕES	RESPONSÁVEL	INDICADORES	DOCUMENTOS DE APOIO
Promover a segurança no uso de equipamentos médico-hospitalares e seus acessórios.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Elaborar descritivo dos equipamentos, de forma a atender às necessidades da assistência no hospital e orientar processos de aquisição de novos equipamentos e/ou novas tecnologias.</li> <li>2. Manter atualizados POPS e protocolos pertinentes ao uso de equipamentos e seus acessórios.</li> <li>3. Emitir pareceres e laudos técnicos sempre que necessários.</li> <li>4. Realizar manutenções preventivas conforme cronograma.</li> <li>5. Monitorar as manutenções preventivas e corretivas de equipamentos com contratos de manutenção externa.</li> <li>6. Priorizar os atendimentos de manutenção corretiva e preventiva nos equipamentos críticos.</li> <li>7. Capacitar continuamente as equipes.</li> <li>8. Formalizar as queixas técnicas para equipamento, acessório, ou produto que apresente problemas de funcionamento decorrente de fabricação.</li> <li>9. Investigar as queixas técnicas apresentadas.</li> <li>10. Rastrear equipamento, acessório, ou produto que apresente desvios de qualidade.</li> <li>11. Fiscalizar as empresas, monitorando o cumprimento dos contratos.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gerência de Atenção à Saúde (GAS); Setor de Engenharia Clínica (SECL) e Setor demandante.</li> <li>2 a 8. SECL.</li> <li>9 e 10. Coordenador do GIQ do SECL.</li> <li>11. SECL, Setor de Suprimentos (SESUP), Fiscais de contratos.</li> </ol>	<p>Percentual de falhas de equipamentos.</p> <p>Número de notificações de suspeita de queixas técnicas e/ou incidentes de equipamentos médico hospitalares.</p>	<p>Orientações do fabricante no uso do equipamento médico conforme manual.</p> <p>Portarias e normas institucionais internas.</p> <p>Cronograma de manutenção preventiva.</p> <p>Manual do fiscal de contratos.</p> <p>Contratos diversos e aditivos.</p> <p>Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) pertinentes.</p> <p>Resoluções da ANVISA.</p> <p>Normativas da tecnovigilância.</p> <p>Normativas do Ministério do Trabalho e da Saúde.</p>

Tipo de documento:	<b>PLANO</b>	<b>PL.SUP.STGQ.USEP.001</b>	
Título do documento:	Plano de Segurança do Paciente	Emissão: 19/11/2021 Versão: 3ª	Próxima revisão: 19/11/2023
Lotação: Gerência Divisão/ Setor/ Unidade/ Serviço	SUP/STGQ/USEP		
Responsável pela execução do procedimento:	Todo o Complexo Hospitalar		

#### 4.8 Uso seguro de órteses, próteses e materiais especiais (OPME) quando estes forem utilizados

**ABRANGÊNCIA:** Todos os profissionais cujas ações impactam na utilização de OPME.

OBJETIVOS	AÇÕES	RESPONSÁVEL	INDICADORES	DOCUMENTOS DE APOIO
Garantir o uso seguro das órteses, próteses e materiais especiais (OPMEs) nos procedimentos em que são utilizados.	<ol style="list-style-type: none"> <li>Solicitar OPMEs conforme necessidades dos pacientes.</li> <li>Adquirir OPME conforme processo vigente no Setor de Suprimentos (SESUP).</li> <li>Disponibilizar órteses e próteses e materiais especiais conforme demandas dos pacientes cirúrgicos.</li> <li>Processar e distribuir as OPMEs.</li> <li>Garantir a rastreabilidade de órteses, próteses e materiais especiais.</li> <li>Manter atualizados POPS e protocolos pertinentes a órteses, próteses e materiais especiais.</li> <li>Notificar ISP relacionados à OPME.</li> <li>Investigar incidentes relacionados à OPME.</li> <li>Propor melhorias no processo de utilização de OPME a partir das investigações dos incidentes e do monitoramento dos respectivos indicadores deste plano.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Equipes médicas.</li> <li>e 3 SESUP.</li> <li>Unidade de Processamento de Material Esterilizado (UPME).</li> <li>5 e 6. SESUP, UPME, Unidade de Centro Cirúrgico, Unidade de Cardiologia e Pneumologia, Unidade Cirúrgica.</li> <li>Todos os profissionais envolvidos nos processos que utilizam OPME.</li> <li>Grupo Interno da Qualidade das unidades envolvidas e USEP;</li> <li>Equipes envolvidas no processo, NSP, USEP.</li> </ol>	<p>Número de queixas técnicas relacionadas ao uso de órteses e próteses.</p> <p>Número de notificações de incidentes relacionados ao uso de órteses e próteses.</p> <p>Percentual de solicitações incorretas de OPME.</p> <p>Percentual de procedimentos cancelados em decorrência de fornecimento inadequado de OPME.</p>	<p>POPs pertinentes.</p> <p>Formulário de aviso de cirurgia.</p> <p>Formulário de solicitação de OPME.</p> <p>Formulário de saída de sala.</p> <p>Formulário de descrição de cirurgia.</p>

Tipo de documento:	<b>PLANO</b>	<b>PL.SUP.STGQ.USEP.001</b>	
Título do documento:	Plano de Segurança do Paciente	Emissão: 19/11/2021 Versão: 3ª	Próxima revisão: 19/11/2023
Lotação: Gerência Divisão/ Setor/ Unidade/ Serviço	SUP/STGQ/USEP		
Responsável pela execução do procedimento:	Todo o Complexo Hospitalar		

#### 4.9 Prevenção de quedas dos pacientes

**ABRANGÊNCIA:** Todos os pacientes adultos e crianças em todas as etapas e locais de atendimento no CHC - UFPR.

OBJETIVOS	AÇÕES	RESPONSÁVEL	INDICADORES	DOCUMENTOS DE APOIO
Prevenir a ocorrência de quedas e quase quedas dos pacientes em atendimento na instituição e mitigar danos decorrentes de quedas ou quase quedas.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Seguir as recomendações do Protocolo de Prevenção de Quedas.</li> <li>2. Manter o protocolo atualizado.</li> <li>3. Capacitar, continuamente, as equipes envolvidas para adesão ao Protocolo.</li> <li>4. Notificar incidentes relacionados à queda e a quase queda.</li> <li>5. Investigar incidentes relacionados à queda e a quase queda.</li> <li>6. Propor melhorias para prevenção de queda a partir das investigações dos incidentes e do monitoramento dos indicadores deste plano.</li> <li>7. Estimular discussão com a equipe a respeito dos resultados obtidos e possíveis formas de melhoria.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Equipes assistenciais.</li> <li>2. USEP.</li> <li>3. Todas as equipes assistenciais; CEPEN; COMISAE; USEP.</li> <li>4. Qualquer profissional da instituição.</li> <li>5. Grupo Interno da Qualidade das unidades e USEP.</li> <li>6. Equipes envolvidas, NSP, USEP.</li> <li>7. Chefias de Unidades.</li> </ol>	<p>Percentual de adesão ao Protocolo de Prevenção de Quedas;</p> <p>Número de quedas;</p> <p>Índice de quedas;</p> <p>Percentual de implantação do Protocolo de Prevenção de Quedas;</p> <p>Percentual de pacientes com avaliação de risco de queda realizada na admissão.</p>	<p>Protocolo de Prevenção de Quedas;</p> <p>Termo de Responsabilidade Compartilhada para Prevenção de Quedas nas diferentes faixas etárias;</p> <p>Placa de sinalização indicando locais para o risco de queda;</p> <p>Escalas de avaliação de risco Morse e Heinrich II.</p> <p>POPs pertinentes.</p> <p>Relatórios de auditorias.</p>

Tipo de documento:	<b>PLANO</b>	<b>PL.SUP.STGQ.USEP.001</b>	
Título do documento:	Plano de Segurança do Paciente	Emissão: 19/11/2021 Versão: 3ª	Próxima revisão: 19/11/2023
Lotação: Gerência Divisão/ Setor/ Unidade/ Serviço	SUP/STGQ/USEP		
Responsável pela execução do procedimento:	Todo o Complexo Hospitalar		

#### 4.10 Prevenção de Lesão Por Pressão

**ABRANGÊNCIA:** Todos os pacientes adultos e crianças internados no CHC – UFPR.

OBJETIVOS	AÇÕES	RESPONSÁVEL	INDICADORES	DOCUMENTOS DE APOIO
Assegurar a integridade da pele do paciente e mitigar a gravidade de lesões por pressão (LPs) já instaladas.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Seguir as recomendações do Protocolo de Prevenção de Lesão por Pressão;</li> <li>2. Manter o Protocolo atualizado.</li> <li>3. Capacitar, continuamente, as equipes envolvidas para adesão ao Protocolo;</li> <li>4. Avaliar os pacientes com LP em qualquer estágio, para aplicação de medidas adicionais de prevenção e tratamento, bem como acompanhamento até a cicatrização ou alta;</li> <li>5. Orientar e envolver o paciente e familiares/cuidadores nas medidas de prevenção de LP;</li> <li>6. Notificar incidentes relacionados ao risco de desenvolvimento de LP</li> <li>7. Notificar LP.</li> <li>8. Investigar incidentes relacionados ao risco de desenvolvimento de LP e ao estabelecimento da LP, propriamente dita;</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Equipes envolvidas no cuidado direto ao paciente.</li> <li>2. USEP e Equipe de estomatoterapia.</li> <li>3. Equipe de estomatoterapia; CEPEN; COMISAE; USEP.</li> <li>4. Equipe de estomatoterapia.</li> <li>5. Equipes envolvidas no cuidado direto ao paciente.</li> <li>6. Equipes envolvidas no cuidado direto ao paciente.</li> <li>7. Equipe de estomatoterapia.</li> <li>8. Grupo Interno da Qualidade das unidades envolvidas no cuidado direto ao paciente e USEP.</li> <li>9. Equipes envolvidas no cuidado direto ao paciente, equipe de estomatoterapia, NSP, USEP.</li> </ol>	<p>Percentual de adesão às medidas de prevenção para LP.</p> <p>Número de casos novos de pacientes com LP.</p> <p>Incidência de LP.</p> <p>Percentual de implantação do protocolo de LP.</p> <p>Percentual de pacientes expostos ao risco de adquirir LP.</p> <p>Percentual de pacientes com avaliação de risco para LP na admissão.</p>	<p>Protocolo de prevenção de LP.</p> <p>Escalas de avaliação de risco: Braden, Braden Q e NRAS.</p> <p>POPs pertinentes.</p>

Tipo de documento:	<b>PLANO</b>	<b>PL.SUP.STGQ.USEP.001</b>	
Título do documento:	Plano de Segurança do Paciente	Emissão: 19/11/2021 Versão: 3ª	Próxima revisão: 19/11/2023
Lotação: Gerência Divisão/ Setor/ Unidade/ Serviço	SUP/STGQ/USEP		
Responsável pela execução do procedimento:	Todo o Complexo Hospitalar		

	<p>9. Propor melhorias na prevenção de LP a partir das investigações dos incidentes e do monitoramento dos indicadores deste plano;</p> <p>10. Estimular discussão com a equipe a respeito dos resultados obtidos e possíveis formas de melhoria.</p>	10. Chefias de Unidades.		
--	---	--------------------------	--	--

Tipo de documento:	<b>PLANO</b>	<b>PL.SUP.STGQ.USEP.001</b>	
Título do documento:	Plano de Segurança do Paciente	Emissão: 19/11/2021 Versão: 3ª	Próxima revisão: 19/11/2023
Lotação: Gerência Divisão/ Setor/ Unidade/ Serviço	SUP/STGQ/USEP		
Responsável pela execução do procedimento:	Todo o Complexo Hospitalar		

#### 4.11 Prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde

**ABRANGÊNCIA:** Unidades assistenciais, ambulatoriais e de apoio.

OBJETIVOS	AÇÕES	RESPONSÁVEL	INDICADORES	DOCUMENTOS DE APOIO
Prevenir, monitorar e reduzir as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS).	<ol style="list-style-type: none"> <li>Elaborar, atualizar, aprovar e distribuir Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) e fluxogramas que orientam ações para a prevenção e o controle das infecções hospitalares.</li> <li>Estimular a cultura de prevenção e controle das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), por meio de treinamentos, reuniões com as equipes, pôsteres, jornal epidemiológico e orientações, em geral.</li> <li>Realizar treinamentos para equipes assistenciais e equipes de apoio, como nutrição, higiene hospitalar, obras e reformas, entre outras.</li> <li>Realizar aulas para os cursos de graduação e pós-graduação: medicina, fisioterapia, enfermagem e outros.</li> <li>Participar como representante do SCIH em diversas comissões técnicas do hospital, como: Comissão de Farmácia e Terapêutica; Comissão de Padronização de Materiais; Comissão de Avaliação de Novas Tecnologias; Comissão de Reprocessamento de Materiais; Comitê da Qualidade; NSP; Comissão de Resíduos Hospitalares; Comissão de Revisão de Óbitos; Comissão de Mortalidade Materno Infantil, Comissão de Perfurocortante e outras.</li> <li>Realizar vigilância epidemiológica das infecções hospitalares, por meio de busca ativa.</li> <li>Monitorar, diariamente, novos pacientes com microorganismos multirresistentes, e instituir medidas de controle.</li> <li>Investigar surtos de infecção e colonização, e instituir medidas de controle e prevenção.</li> <li>Discutir com as equipes assistenciais os problemas relacionados à prevenção e ao controle de IRAS.</li> <li>Realizar auditorias de adesão às precauções de contato e de adesão aos 5 momentos de higiene das mãos, com <i>feedback</i> às unidades assistenciais.</li> <li>Realizar auditorias de processos relacionados à assistência.</li> <li>Promover o uso racional de antimicrobianos, por meio da discussão diária com equipe multiprofissional e discussão de casos clínicos à beira de leito.</li> <li>Realizar campanhas de higienização de mãos.</li> <li>Emitir boletim epidemiológico bimestral.</li> </ol>	1 a 14 Unidade de Vigilância em Saúde (UVS).	<p>Densidade de incidência das infecções hospitalares por fator de risco (cateter venoso central, ventilação mecânica, sonda vesical), para as Unidades de Terapia Intensiva;</p> <p>Densidade de Incidência das infecções hospitalares/1000 pacientes, para as Unidades de Internação;</p> <p>Taxa das IRAS das Unidade de Internação;</p> <p>Taxa de infecções em cirurgias limpas;</p> <p>Percentual de aceitação das orientações de uso de antimicrobianos;</p> <p>Percentual de adesão às precauções de contato por Unidade de Internação e por Unidade;</p> <p>Percentual de adesão aos 5 momentos de higienização de mãos por UTI;</p> <p>Consumo de álcool 70% (ml/paciente-dia) por Unidade de Internação e por Unidade, na assistência aos pacientes.</p>	<p>Programa de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (PCIRAS)</p> <p>POP's;</p> <p>Formulários de notificação de bactérias multirresistentes (BMR);</p> <p>Relatório diário de resultados de antimicrobianos em uso e relatório diário de culturas positivas;</p> <p><i>Checklist</i> de auditorias de processos e de estrutura;</p> <p>Placas de precauções;</p> <p>Cartazes educativos;</p> <p>Lista diária de pacientes com bactérias multirresistentes.</p>

Tipo de documento:	<b>PLANO</b>	<b>PL.SUP.STGQ.USEP.001</b>	
Título do documento:	Plano de Segurança do Paciente	Emissão: 19/11/2021 Versão: 3ª	Próxima revisão: 19/11/2023
Lotação: Gerência Divisão/ Setor/ Unidade/ Serviço	SUP/STGQ/USEP		
Responsável pela execução do procedimento:	Todo o Complexo Hospitalar		

#### 4.12 Segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral

**ABRANGÊNCIA:** Todas as unidades assistenciais e unidades cujo trabalho impacta nas atividades do processo.

OBJETIVOS	AÇÕES	RESPONSÁVEL	INDICADORES	DOCUMENTOS DE APOIO
Proporcionar segurança no processo de terapia nutricional enteral.	<p>1. Manter atualizados os POPs e protocolos pertinentes ao processo de terapia nutricional enteral.</p> <p>2. Monitorar as etapas do processo de terapia nutricional enteral: aquisição, manipulação, rotulagem, conservação, dispensação, transporte e controle de qualidade de nutrição enteral.</p> <p>3. Estimular e monitorar o cumprimento de boas práticas relacionadas ao processo de prescrição e administração de nutrição enteral.</p> <p>4. Utilizar mecanismos para garantir a rastreabilidade, desde a aquisição até a administração, das fórmulas para nutrição enteral.</p> <p>5. Notificar ISP relacionados ao processo de terapia nutricional enteral.</p> <p>6. Investigar ISP relacionados ao processo de terapia nutricional enteral</p> <p>7. Propor melhorias no processo de terapia nutricional enteral a partir das investigações dos incidentes e do monitoramento dos indicadores deste plano.</p>	<p>1 e 2. UNUTRI.</p> <p>3. UNUTRI e unidades envolvidas na administração de nutrição enteral.</p> <p>4. UNUTRI.</p> <p>5. Todos os profissionais envolvidos no processo.</p> <p>6. GIQs de unidades envolvidas e USEP.</p> <p>7. Equipes envolvidas, NSP, USEP.</p>	<p>Percentual de nutrições enterais administradas (prescritas x administradas);</p> <p>Percentual de nutrições enterais com divergência entre volume prescrito e volume infundido;</p> <p>Número de notificações relacionadas a incidentes com nutrição enteral;</p> <p>Percentual de conformidade de laudos de qualidade microbiológica e físico-química do produto.</p>	<p>RDC 63, 06 de julho de 2000</p> <p>Regimento da Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional (EMTN);</p> <p>Protocolos assistenciais em terapia nutricional enteral e parenteral;</p> <p>Procedimentos Operacionais Padrão pertinentes;</p> <p>Contrato vigentes com fornecedores.</p> <p>Termo de referência para contratação de empresa.</p>

Tipo de documento:	<b>PLANO</b>	<b>PL.SUP.STGQ.USEP.001</b>	
Título do documento:	Plano de Segurança do Paciente	Emissão: 19/11/2021 Versão: 3ª	Próxima revisão: 19/11/2023
Lotação: Gerência Divisão/ Setor/ Unidade/ Serviço	SUP/STGQ/USEP		
Responsável pela execução do procedimento:	Todo o Complexo Hospitalar		

OBJETIVOS	AÇÕES	RESPONSÁVEL	INDICADORES	DOCUMENTOS DE APOIO
<p>Proporcionar segurança no processo de terapia nutricional parenteral.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Manter atualizados POPS e protocolos pertinentes ao processo de terapia nutricional parenteral.</li> <li>2. Estabelecer itens para qualificar o fornecedor responsável pelo preparo da nutrição parenteral envolvendo a avaliação farmacêutica da prescrição, manipulação, controle de qualidade, conservação e transporte atendendo as boas práticas para o preparo.</li> <li>3. Estimular o cumprimento de boas práticas relacionadas ao controle da administração de nutrição parenteral.</li> <li>4. Utilizar mecanismos existentes para garantir a rastreabilidade, desde a aquisição até a administração das fórmulas para nutrição parenteral.</li> <li>5. Realizar visita técnica por farmacêutico do hospital, juntamente com o SCIH, à empresa contratada.</li> <li>6. Dispensar formulações para nutrição parenteral, mediante sistema eletrônico da empresa contratada, de maneira individualizada.</li> <li>7. Conferir se a rotulagem das fórmulas se apresenta com identificação clara contendo nome do paciente, composição e demais informações.</li> <li>8. Notificar ISP relacionados ao processo de terapia nutricional parenteral.</li> <li>9. Investigar ISP relacionados ao processo de terapia nutricional parenteral.</li> <li>10. Propor melhorias no processo de terapia nutricional parenteral a partir das investigações dos incidentes e do monitoramento dos respectivos indicadores deste plano.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 a 4 Setor de Farmácia Hospitalar (SEFARH) e Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN).</li> <li>5. SEFARH e SCIH.</li> <li>6 e 7. SEFARH</li> <li>8. Todos os profissionais envolvidos no processo.</li> <li>9. GIQs das unidades envolvidas e USEP.</li> <li>10. Equipes envolvidas, NSP, USEP.</li> </ol>	<p>Número de notificações relacionadas a incidentes com nutrição parenteral.</p> <p>Percentual de nutrições parenterais administradas (prescritas x administradas).</p> <p>Percentual de nutrições parenterais com divergência entre volume prescrito e volume infundido.</p> <p>Percentual de conformidade de laudos de qualidade microbiológica e físico-química do produto.</p>	<p>Regimento da Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional (EMTN);</p> <p>Protocolos assistenciais em terapia nutricional enteral e parenteral;</p> <p>Procedimentos Operacionais Padrão pertinentes;</p> <p>Manual da empresa contratada de nutrição parenteral;</p> <p>Consulta e impressão de NPT pelo sistema eletrônico da empresa contratada;</p> <p>Conferência de recebimento de NPT: prescrição do sistema eletrônico da empresa contratada;</p> <p>Contrato com o fornecedor;</p> <p>Termo de referência para contratação de empresa.</p>

Tipo de documento:	<b>PLANO</b>		<b>PL.SUP.STGQ.USEP.001</b>	
Título do documento:	Plano de Segurança do Paciente		Emissão: 19/11/2021 Versão: 3ª	Próxima revisão: 19/11/2023
Lotação: Gerência Divisão/ Setor/ Unidade/ Serviço	SUP/STGQ/USEP			
Responsável pela execução do procedimento:	Todo o Complexo Hospitalar			

### 4.13 Promoção do ambiente seguro

**ABRANGÊNCIA:** Toda área física do complexo hospitalar.

OBJETIVOS	AÇÕES	RESPONSÁVEL	INDICADORES	DOCUMENTOS DE APOIO
Promover ambiente seguro por meio de manutenção preventiva e corretiva nas instalações prediais.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Manter atualizados POPS e protocolos pertinentes à área física e aos geradores de energia.</li> <li>2. Avaliar o estado de conservação e uso da edificação a fim de detectar não conformidades.</li> <li>3. Utilizar listas de verificação predial para manutenção corretiva, lista de verificação de manutenção preventiva, visando obter um melhor controle da atuação da manutenção hospitalar.</li> <li>4. Executar as medidas necessárias à conservação e reparo do imóvel, baseadas na avaliação do SIH, nas demandas provenientes das unidades e no planejamento contínuo de revitalização das áreas antigas.</li> <li>5. Disponibilizar as ferramentas, materiais e equipamentos em condições de uso para execução dos atendimentos.</li> <li>6. Revisar a lista de verificação predial, sempre que necessário, a fim de que o atendimento seja aperfeiçoado.</li> <li>7. Capacitar continuamente a equipe multiprofissional nas questões pertinentes à segurança predial.</li> <li>8. Elaborar plano de contingência de rápido atendimento a situações que envolvem catástrofes naturais.</li> <li>9. Notificar ISP relacionados a instalações prediais.</li> <li>10. Investigar ISP relacionados às instalações prediais.</li> <li>11. Propor melhorias no processo de manutenção e conservação de instalações prediais a partir das investigações dos ISP e do monitoramento dos indicadores deste plano.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 a 8. Setor de Infraestrutura hospitalar (SIH);</li> <li>9. Todos os profissionais da instituição.</li> <li>10. GIQs de unidades envolvidas e USEP.</li> <li>11. Equipes envolvidas, NSP, USEP.</li> </ol>	<p>Percentual de requisições atendidas/mês (solicitadas x atendidas)</p>	<p>POP das áreas de marcenaria, hidráulica, alvenaria, serralheria, elétrica, gases medicinais, pintura, caldeira; contratos de manutenção em grupos geradores de energia elétrica;</p> <p>Contratos com empresas para fornecimento de gases medicinais, geradores, limpeza de dutos, limpeza dos reservatórios de água, troca de extintores;</p>

Tipo de documento:	<b>PLANO</b>		<b>PL.SUP.STGQ.USEP.001</b>	
Título do documento:	Plano de Segurança do Paciente		Emissão: 19/11/2021 Versão: 3ª	Próxima revisão: 19/11/2023
Lotação: Gerência Divisão/ Setor/ Unidade/ Serviço	SUP/STGQ/USEP			
Responsável pela execução do procedimento:	Todo o Complexo Hospitalar			

#### 4.14 Promover a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada

**ABRANGÊNCIA:** Unidades assistenciais, ambulatoriais e de apoio.

OBJETIVOS	AÇÕES	RESPONSÁVEL	INDICADORES	DOCUMENTOS DE APOIO
Estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Explicar atentiva e detalhadamente termos, declarações e demais documentos em que é requerida a concordância de pacientes e familiares.</li> <li>2. Compartilhar com pacientes e familiares informações sobre rotinas, procedimentos e demais questões assistenciais durante a permanência hospitalar, de maneira clara e em linguagem acessível.</li> <li>3. Envolver o paciente/familiar nas opções terapêuticas, mediante comunicação clara e em linguagem acessível.</li> <li>4. Estimular a participação do paciente-família em ações que visem a sua própria segurança, entre elas aquelas associadas a medidas para identificação correta, prevenção de IRAS, cirurgia segura, segurança medicamentosa, prevenção de lesões por pressão e prevenção de quedas.</li> <li>5. Pactuar horários de informação ao paciente/familiar.</li> <li>6. Estimular a presença do acompanhante</li> <li>7. Aplicar escalas avaliativas de enfermagem em parceria e com a anuência de pacientes e familiares.</li> <li>8. Ouvir atentivamente pacientes e familiares acerca do paciente, sintomas, histórico de doenças e das rotinas de cuidado em domicílio, a fim de compatibilizá-las com as rotinas hospitalares.</li> <li>9. Estabelecer estratégias voltadas às barreiras linguísticas.</li> <li>10. Incentivar o registro de sugestões e críticas na Ouvidoria sobre a experiência de pacientes e familiares com os serviços ofertados pela instituição.</li> <li>11. Permitir ao paciente-família acesso ao prontuário, a fim de lhe viabilizar a observação de prescrições e anotações sobre o seu tratamento e respectivos cuidados.</li> </ol>	1 a 11 toda equipe do CHC-UFPR	<p>Percentual de Termos de Responsabilidade Compartilhada para quedas lidos e assinados por familiares</p> <p>Percentual de satisfação de pacientes e familiares (Pesquisa Anual aplicada pela Ouvidoria.)</p>	RDC nº 36, de 25 de julho de 2013

Tipo de documento:	<b>PLANO</b>	<b>PL.SUP.STGQ.USEP.001</b>	
Título do documento:	Plano de Segurança do Paciente	Emissão: 19/11/2021 Versão: 3ª	Próxima revisão: 19/11/2023
Lotação: Gerência Divisão/ Setor/ Unidade/ Serviço	SUP/STGQ/USEP		
Responsável pela execução do procedimento:	Todo o Complexo Hospitalar		

#### 4.15 Comunicação efetiva entre profissionais e entre os diferentes serviços

**ABRANGÊNCIA:** Todos os profissionais do CHC-UFPR

OBJETIVOS	AÇÕES	RESPONSÁVEL	INDICADORES	DOCUMENTOS DE APOIO
Promover a comunicação efetiva entre os profissionais de saúde e entre os diferentes serviços.	<ol style="list-style-type: none"> <li>Instituir grupo de trabalho para elaboração de protocolo de comunicação entre as equipes.</li> <li>Notificar incidentes relacionados a falhas na comunicação.</li> <li>Investigar incidentes relacionados a falhas na comunicação.</li> <li>Propor melhorias no processo de comunicação de investigações dos incidentes e do monitoramento dos indicadores.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>USEP</li> <li>Todos os profissionais da instituição</li> <li>GIQs de unidades envolvidas e USEP</li> <li>Equipes envolvidas, NSP, USEP.</li> </ol>	Serão elaborados pelo grupo de trabalho.	POP de Passagem de Plantão da Enfermagem



Tipo de documento:	<b>PLANO</b>	<b>PL.SUP.STGQ.USEP.001</b>	
Título do documento:	Plano de Segurança do Paciente	Emissão:19/11/2021 Versão: 3ª	Próxima revisão: 19/11/2023
Lotação: Gerência Divisão/ Setor/ Unidade/ Serviço	SUP/STGQ/USEP		
Responsável pela execução do procedimento:	Todo o Complexo Hospitalar		

## 5. REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Resolução de Diretoria Colegiada nº 36, de 25 de julho de 2013. **Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, n.143, p.32, 26 jul. 2013. 2013b. Seção 1.

COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (CHC-UFPR). Procedimentos operacionais padrão e protocolos institucionais do CHC-UFPR. Disponíveis em: P:\Todos-CHC\POPs e Protocolos Institucionais CHC Acesso em 15 dez 2020.

COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (CHC-UFPR). Comissão de Farmácia e Terapêutica. Guia farmacológico do HC 2017-2018. Disponível em: <http://novaintranet.hc.ufpr.br/comissoes/cft/> Acesso em 15 dez 2020.

## 6. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO E RESPONSÁVEL
1ª	2014	<b>Plano elaborado por:</b> Ana Maria S. Rodrigues, Claudio Albuquerque, Cleni Veroneze, Denise J. M. Rocha, Elide Vaccari, Elio Weber, Gerson S. de Lara Junior, Gisela M. Assis, Izelândia Veroneze, Leila S. Seiffert, Leomar Albin, Marcelo Domingues, Maria Helena de Souza, Mirela P. Veran, Néri S. Solheid, Otília M. Silva.
2ª	2016	<b>Plano atualizado por:</b> Adriana C. E. S. P. Almeida, Ana Cristina M. Medeiros, Claudio M. Albuquerque, Cleni Veroneze, Daniele C. Reis Bobrowec, Darlene A. P. Burin, Denise J. Campos, Denise J. M. Rocha, Elide Vaccari, Elio J.C. Weber, Francine T. Alpendre, Gerson S. de Lara Junior, Gisela M. Lucas, Gisela M. Assis, Ieda M. L. Cruz, Izelândia Veroneze, Jairo S. Santos, Leomar Albin, Maria Helena de Souza, Marilise B. Brandão, Néri L. S. Solheid, Otília B. M. Silva, Paulo Reinaldo Ramos, Washington B. de Souza.
3ª	<b>Data:</b> 19/11/2021	<b>Plano atualizado e ampliado por:</b> Adeli Regina Przybicien de Medeiros, Ana Paula Hermann, André Felipe Brescovici Nunes, Bianca Stefanello, Clarice Fátima Miotto, Débora Kanegae Tadano, Denise J. M. Rocha, Gisela M. Lucas, Izelândia Veroneze, Janislei Giseli Dorociaki Stocco, Karla Martins, Keithssany Borges Pereira, Leyd Laiane Santos Cabral, Marilise Borges Brandão, Rita Munhoz Serraglio, Paula Taciana Soares da Rocha, Ricson Romário Nascimento, Silviane Hoepers Naka, Washington B. de Souza.



Tipo de documento:	<b>PLANO</b>	<b>PL.SUP.STGQ.USEP.001</b>	
Título do documento:	Plano de Segurança do Paciente	Emissão:19/11/2021 Versão: 3ª	Próxima revisão: 19/11/2023
Lotação: Gerência Divisão/ Setor/ Unidade/ Serviço	SUP/STGQ/USEP		
Responsável pela execução do procedimento:	Todo o Complexo Hospitalar		

<b>Elaboração:</b> Ana Maria S. Rodrigues, Claudio Albuquerque, Cleni Veroneze Denise J.M. Rocha, Elide Vaccari, Elio Weber, Gerson S. de Lara JuniorM, Gisela M. Assis, Izelândia Veroneze, Leila S. Seiffert, Leomar Albini, Marcelo Domingues, Maria Helena de Souza, Mirela P. Veran, Néri S. Solheid, Otília M. Silva	<b>Data:</b> 2014
<b>Revisão:</b> Adeli Regina Przybicien de Medeiros, Ana Paula Hermann, André Felipe Brescovici Nunes, Bianca Stefanello, Clarice Fátima Miotto, Débora Kanegae Tadano, Denise J. M. Rocha, Gisela M. Lucas, Izelândia Veroneze, Janislei Giseli Dorociaki Stocco, Karla Martins, Keithssany Borges Pereira, Leyd Laiane Santos Cabral, Marilise Borges Brandão, Rita Munhoz Serraglio, Paula Taciana Soares da Rocha, Ricson Romário Nascimento, Silviane Hoepers Naka, Washington B. de Souza	<b>Data:</b> 19/11/2021
<b>Aprovação:</b> Colegiado Executivo. Claudete Reggiani, Elizabeth Bernardino, Rosires Pereira de Andrade, Mônica Evelise Silveira	<b>Data:</b> 19/11/2021
<b>Validação (STGQ):</b> Lillian Daisy Gonçalves Wolff	<b>Data:</b> 19/11/2021

**Documento Aprovado e Validado via SEI nº 23759.005146/2021-17**

***Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte, sob autorização do STGQ***