CENTRO HOSPITALAR
PÓVOA DE VARZIM . VILA DO CONDE, EPE

Manual da Qualidade

Serviços Farmacêuticos



Manual da Qualidade

Serviços Farmacêuticos

PARTE I

PARTE I

Manual da Qualidade

Capítulo 1: Regras de Gestão do Manual

1.1. Objetivos do Manual

1.2. Estrutura do Manual

1.3. Formato do Manual da Qualidade

1.4. Regras de Emissão

1.5. Historial de Versões

1.6. Lista de Detentores

1.7. Lista de Siglas e Abreviaturas Utilizadas

1.8. Regras de Alteração

Capítulo 2: Apresentação da Instituição

2.1. Centro Hospitalar Póvoa de Varzim – Vila do Conde

2.1.1. Percurso Histórico e Localização

2.1.1.1. Hospital S. Pedro Pescador

2.1.1.2. Hospital Distrital de Vila do Conde

2.1.1.3. Centro Hospitalar Póvoa de Varzim – Vila do Conde

2.1.2. Área de Influência

2.1.3. Cuidados de Saúde Prestados

2.1.4. Lotação

2.1.5. Recursos Humanos

2.1.6. Caraterização Física

2.1.7. Organograma Hierárquico CHPVVC

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

2.2. Serviços Farmacêuticos

2.2.1. Caraterização dos Serviços Farmacêuticos

2.2.2. Organograma dos Serviços Farmacêuticos

2.2.3. Fluxogramas dos Circuitos dos Serviços Farmacêuticos

2.2.3.1.Fluxograma do Circuito dos Medicamentos e Outros Produtos Farmacêuticos

2.2.3.2. Fluxograma do Circuito de Soros

2.2.3.3. Fluxograma do Circuito de Inflamáveis

2.2.3.4. Fluxograma do Circuito de Doentes de Ambulatório

2.2.3.5. Fluxograma do Circuito das Puérperas

Capítulo 3: Política e Objetivos da Qualidade

3.1. Política da Qualidade

3.2. Valores

3.3. Objetivos

Capítulo 4: Descrição dos Processos

4.1. Processos Definidos para os Serviços Farmacêuticos

4.2. Lista de Procedimentos e Instruções de Trabalho

4.2.1. Processos de Gestão

4.2.2. Processos Operacionais

4.2.3. Processos de Suporte

4.3. Descrição dos Processos

4.3.1. Processos de Gestão

4.3.1.1. PG1: Revisão pela Gestão

4.3.1.2. PG2: Dinamização do Sistema da Qualidade

4.3.1.3. PG3: Pilotagem dos SF

4.3.2. Processos Operacionais

4.3.2.1. PO1:Aquisição e Armazenamento

4.3.2.2. PO2: Farmacotecnia

4.3.2.3. PO3: Distribuição de Medicamentos e Outros Produtos Farmacêuticos

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

4.3.2.4. PO4: Serviço de Informação

4.3.3. Processos de Suporte

4.3.3.1. PS1: Comunicação Interna e Externa

4.3.3.2. PS2: Tecnologias da Informação e da Comunicação

4.3.3.3. PS3: Fornecimento de Materiais

4.3.3.4. PS4: Serviço de Instalações e Equipamentos

4.3.3.5. PS5: Qualificação Profissional

4.3.3.6. PS6: Serviço de Saúde Ocupacional (Higiene e Segurança do Trabalho)

4.3.3.7. PS7: Serviços Financeiros

4.3.3.8. PS8: Higiene nos SF

PARTE II

Manual de Procedimentos e Instruções de Trabalho

PARTE III

Anexos

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

CAPÍTULO 1: Regras de Gestão do Manual

1.1. Objetivos do Manual

O Manual da Qualidade surge no âmbito do Plano de Ação da Comissão da Qualidade e Segurança do Doente (CQSD) para 2013/2016. Contém orientações que permitem organizar as atividades realizadas nos Serviços Farmacêuticos e tem como principais objetivos:

- Descrever a Política da Qualidade e a Estrutura Organizativa dos Serviços Farmacêuticos (SF);
- Estabelecer e formalizar regras de funcionamento do serviço;
- Dotar os profissionais de um instrumento de trabalho para apoiar o desempenho das suas funções e apoiar a integração de novos profissionais.

1.2. Estrutura do Manual

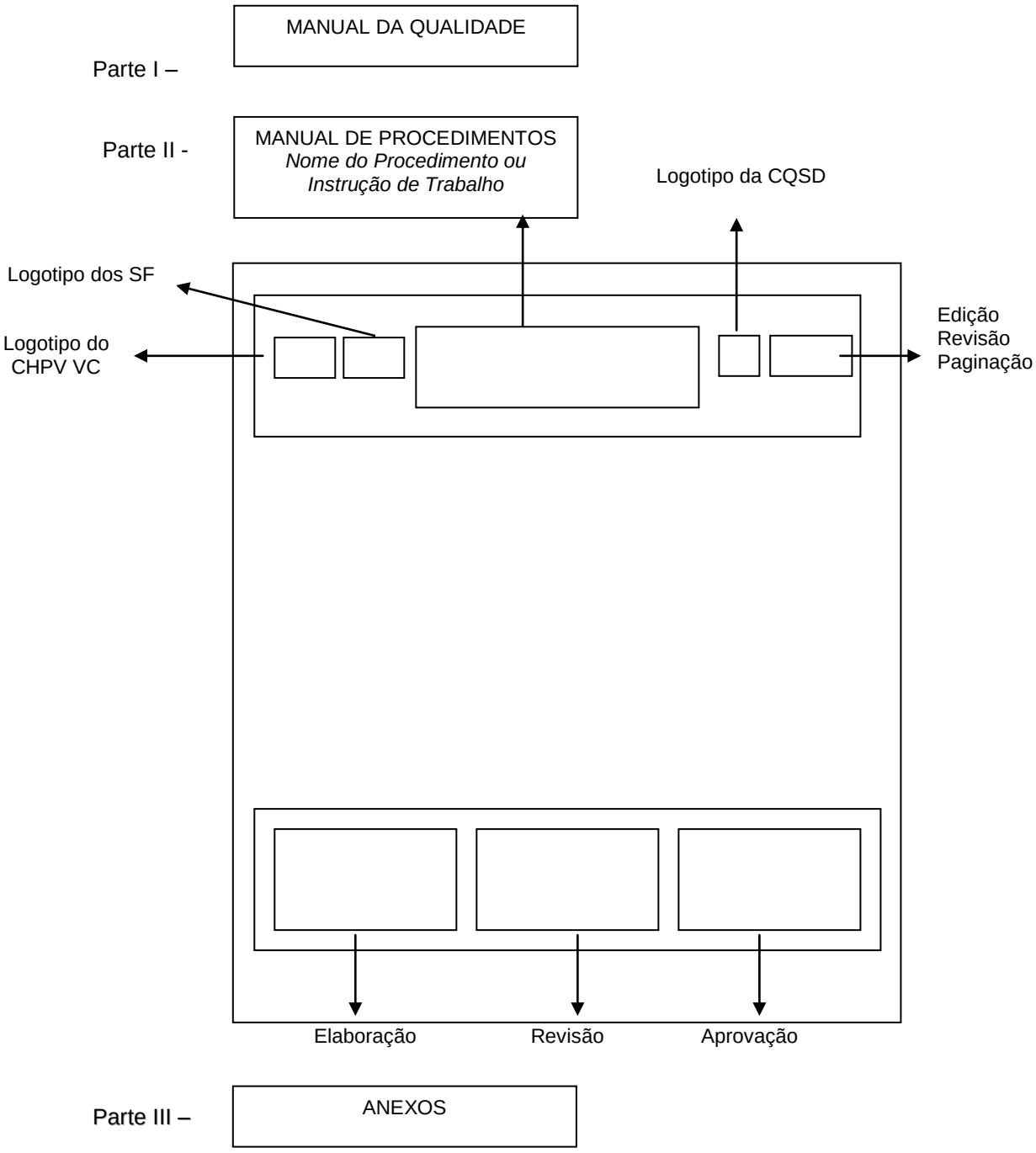
O presente manual encontra-se dividido em três partes:

- **Parte I** – Manual da Qualidade dos Serviços Farmacêuticos.
- **Parte II** – Manual de Procedimentos e Instruções de Trabalho.
- **Parte III** – Anexos.

A apresentação da Parte I é feita por capítulos, numerados sequencialmente, com paginação dicotómica e autónoma.

Na Parte II a paginação segue a mesma regra e é independente para cada Procedimento ou Instrução de Trabalho.

1.3. Formato do Manual da Qualidade



Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

O campo *"Elaboração"* inclui as assinaturas (rubricas) dos elementos responsáveis pela realização do manual:

- Dra. Rosa Armandina – Responsável dos Serviços Farmacêuticos;
- Dra. Irene Coelho – Farmacêutica;
- Dra. Olinda Melo – Farmacêutica e membro da CQSD;
- Carina Freitas – Aluna do Mestrado Integrado em Engenharia Biomédica da Universidade do Minho.

1.4. Regras de Emissão

- O Manual da Qualidade é elaborado pelos Serviços Farmacêuticos, revisto pela CQSD e aprovado pelo Conselho de Administração (CA);
- O documento inicial tem edição 1 e revisão 0. Sempre que for considerado necessário deverão ser feitas alterações que darão origem a revisões com numeração sequencial;
- As revisões são sequenciais até 9;
- A revisão subsequente à 9ª dará origem a nova edição;
- Sempre que houver alguma alteração, as versões prévias serão retiradas do Manual.

1.5. Historial de Versões

Cada Manual terá um historial de versões, indicando os números da edição, revisão, data e, no caso de haver alterações, a indicação das mesmas.

As alterações à versão inicial são referidas no início do Manual da Qualidade.

1.6. Lista de Detentores

Os documentos originais do Manual da Qualidade dos Serviços Farmacêuticos, estão em poder da CQSD. Esta procede à distribuição de cópias aos detentores designados, mediante assinatura dos mesmos, com registo de data de receção. Um exemplar encontra-se na posse dos SF e outro no CA. O documento encontra-se permanentemente atualizado na Intranet para conhecimento e consulta de todos.

A lista de detentores do Manual da Qualidade encontra-se mencionada neste capítulo do Manual.

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

1.7. Lista de Siglas e Abreviaturas Utilizadas

CHPVVC, EPE – Centro Hospitalar Povoa de Varzim Vila do Conde, Entidade Pública Empresarial
CA – Conselho de Administração
CQSD – Comissão da Qualidade e Segurança do Doente
SF – Serviços Farmacêuticos
MPSF – Manual de Procedimentos dos Serviços Farmacêuticos
TDT – Técnico de Diagnóstico e Terapêutico
AT – Assistentes Técnicos
AO – Assistentes Operacionais
ACSS – Administração Central de Sistemas de Saúde
AUE – Autorização de Utilização Especial
INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde IP
DCI – Denominação Comum Internacional
INCM – Imprensa Nacional da Casa da Moeda
DIDDU – Distribuição Individual Diária em Dose Unitária
DU – Dose Unitário
SC – Serviços Clínicos
CF – Comissão de Feridas
CE – Comissão de Ética
FHNM – Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos
CFT – Comissão de Farmácia e Terapêutica
FEFO – First Expired, First Out
BO5 – Embalagem de Gás Medicinal de Reduzidas Dimensões
SIE – Serviço de Instalações e Equipamentos
DGS – Direção Geral de Saúde
MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
PROC – Procedimento
IT – Instrução de Trabalho
ANX – Anexo

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

1.8. Regras de Alteração

As alterações feitas ao Manual são elaboradas pelos SF e sujeitas a aprovação pelo Conselho de Administração.

As páginas alteradas são identificadas pelo número e data da revisão e edição e também pelo histórico que consta da folha do Historial das Versões.

Compete à CQSD a distribuição das páginas alteradas e a substituição e eliminação das páginas obsoletas dos dossiers dos detentores do Manual da Qualidade.

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

Historial de Versões

Edição	Revisão	Data	Alterações
N.º 1	N.º 0	2014	Versão inicial

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

Lista de Detentores

Documento Entregue	Serviço ou Entidade	Responsáveis
Original	Comissão da Qualidade e da Segurança do Doente	Presidente da CQSD
Cópia n.º 1	Conselho de Administração	Presidente do CA
Cópia n.º 2	Serviços Farmacêuticos	Responsável pelos SF

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

Capítulo 2: Apresentação da Instituição

2.1. Centro Hospitalar Póvoa de Varzim – Vila do Conde

2.1.1. Percurso Histórico e Localização

2.1.1.1. Hospital da Póvoa de Varzim

Desde o reconhecimento da necessidade da construção de um hospital na Póvoa de Varzim até à sua inauguração passou-se quase meio século, sendo o resultado magnífico para a época e motivo de orgulho para os residentes e de admiração para os estranhos.

A 28 de julho de 1819 a Procuradoria da Coroa mandou uma provisão, dirigida pessoalmente ao desembargador do Porto, ordenando a sua deslocação à Póvoa de Varzim para averiguar a possibilidade de construção de um hospital.

A 29 de abril de 1822, em cortes gerais e extraordinárias, foi decidido que o hospital se estabeleceria nas casas da Câmara. Entrou então em funcionamento provisório a 13 de julho de 1822 com uma enfermaria instalada nas suas águas furtadas.

Só a 22 de maio de 1826 foram lançados os alicerces para a construção de um hospital em edifício próprio. A 29 de julho de 1835 foi inaugurado o rés-do-chão, contudo o primeiro andar só ficou concluído em 1869 e, por sua vez, a construção do segundo andar só foi iniciada em 1880.

A 20 de março de 1940, o hospital é designado Hospital do Nosso Senhor da Prisão, em diário do Governo, n.º 66 – II Série. Em 1975 é oficialmente designado como Hospital Concelhio e só em 1993 passa a Hospital Distrital da Póvoa de Varzim, designação que manteve até 18 de março de 1994 data em que passa a designar-se por Hospital S. Pedro Pescador, em Diário da República, n.º 65 – II Série.

2.1.1.2. Hospital de Vila do Conde

A história do Hospital Distrital de Vila do Conde remonta ao ano de 1510, altura em que era conhecido como Hospital do Espírito Santo por ter sido construído num lugar onde existia uma laje funerária epigrafada que cobriu o túmulo daquele que foi Morgado do Espírito Santo de Vila do Conde.

A construção/adaptação foi iniciativa da Irmandade (pessoas imbuídas de objetivos caridosos) a quem foi cedida uma Bula em 1510 para legitimar a instituição. Daí o hospital ser conhecido também como Hospital Irmandade até 1617.

Em 1617 foi fundado o Hospital Novo na Praça Dr. António José Almeida, cuja designação era Hospital de Nossa Senhora da Conceição.

Posteriormente, passou a Hospital Concelhio de Vila do Conde e mais tarde a Hospital Distrital de Vila do Conde.

2.1.1.3. Centro Hospitalar Póvoa de Varzim – Vila do Conde

O Centro Hospitalar Póvoa de Varzim – Vila do Conde (CHPVVC) foi constituído a 27 de abril de 2000 através da Portaria n.º 235/2000. Este centro hospitalar resultou da junção dos extintos hospitais S. Pedro Pescador e Distrital de Vila do Conde por estes serem de pequena dimensão e possuírem reduzida capacidade de prestação de cuidados de saúde. Para além disto, os antigos hospitais situavam-se na mesma área geográfica e a uma curta distância (distanciados cerca de três quilómetros). Esta integração permitiria a articulação e complementaridade de forma a aproveitar a capacidade instalada dos hospitais e uma maior rentabilidade e eficiência na prestação de cuidados de saúde e seria o embrião de um futuro hospital a construir nesta região.

O processo de fusão iniciou-se em dezembro de 2001 através de um diálogo permanente com todos os profissionais após a constituição do Conselho de Administração. A distribuição de serviços pelas unidades foi realizada de acordo com as caraterísticas estruturais, procurando-se adaptar a estrutura às funções a realizar.

Em 2008, o CHPVVC foi transformado em entidade pública empresarial (E. P. E.) pelo Decreto-Lei n.º 180/2008 de 26 de agosto. Julga-se que este modelo é mais adequado à gestão de unidades de cuidados de saúde diferenciados, uma vez que alia as vantagens da autonomia gestionária à sujeição à tutela governamental. Desta forma, o CHPVVC é uma instituição pública, integrada no Serviço Nacional de Saúde (SNS), de natureza empresarial, dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial.

2.1.2. Área de Influência

Esta instituição é a referência para o Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) da Póvoa de Varzim – Vila do Conde.

A área de influência do centro hospitalar abrange os municípios da Póvoa de Varzim e de Vila do Conde e freguesias vizinhas de outros municípios, nomeadamente de Esposende, Barcelos e Famalicão. Assim, o CHPVVC serve uma população residente de aproximadamente 150 000 habitantes, valor que aumenta consideravelmente no verão devido à sazonalidade.

O CHPVVC referencia para a Unidade Local de Saúde (ULS) de Matosinhos, o Centro Hospitalar de S. João, o Instituto Português de Oncologia, o Hospital Magalhães de Lemos e o Centro Hospitalar do Porto de acordo com as regras definidas na Rede de Referenciação e diplomas emanados pela ARS Norte..

2.1.3. Cuidados de Saúde Prestados

Os cuidados de saúde são prestados em regime de internamento, na consulta externa, no bloco operatório, na unidade de cirurgia de ambulatório, no hospital de dia e no serviço de urgência, integrando um leque de 16 especialidades e valências (Tabela 1).

Tabela 1 – Especialidades/Valências do CHPVVC

	Especialidades/Valências
	Anestesiologia
	Cardiologia
	Cirurgia Geral
	Ginecologia
	Imunoalergologia
	Imunohemoterapia
	Medicina Física e de Reabilitação
	Medicina Interna
	Neonatologia
	Obstetrícia
	Ortopedia
	Pediatria
	Pneumologia
	Psiquiatria

O internamento compreende as valências de medicina interna, cirurgia geral, ortopedia, pediatria, neonatologia, obstetrícia e ginecologia.

O serviço de urgência localiza-se na unidade da Póvoa de Varzim e é um serviço de urgência médico-cirúrgica, que funciona 24 horas por dia. Com o objetivo de responder o melhor possível às necessidades do utente, este serviço divide-se em duas áreas distintas: urgência geral e urgência pediátrica.

O CHPVVC está dotado de equipamentos para realização de radiografias, ecografias e análises clínicas.

2.1.4. Lotação

A lotação do CHPVVC é de 143 camas, pertencendo 98 à unidade da Póvoa de Varzim e 45 à unidade de Vila do Conde. Para além destas, existem 15 camas na unidade de recobro, 12 camas para doentes em observação e 15 camas de berçário (Tabela 2).

Tabela 2 – Quantidade de camas por serviço

	Serviço	Quantidade
Unidade da Póvoa de Varzim	Cirurgia	36
	Ginecologia	4
	Obstetrícia	18
	Ortopedia	25
	Pediatria	8
	Neonatologia	7
	SO	12
	Berçário	15
Unidade de Vila do Conde	Medicina Mulheres	20
	Medicina Homens	25
	Unidade de Recobro	15

2.1.5. Recursos Humanos

Os recursos humanos (Tabela 3) do CHPVVC dividem-se em funcionários do quadro, em contratados a termo certo e em prestadores de serviço.

Tabela 3 – Recursos Humanos do CHPVVC (dados de dezembro de 2013)

	Designação	Quantidade
	Orgão de Gestão	5
	Médicos	76
	Técnicos Superiores de Saúde	5
	Enfermeiros	215
	Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica	31
	Técnicos Superiores de Serviço Social	3
	Técnicos Superiores	25
	Assistentes Técnicos	77
	Assistentes Operacionais	146
	Informáticos	4
	Capelão	2
	TOTAL	589

2.1.6. Caraterização Física

Visto que o centro hospitalar resultou da integração de dois hospitais centenários houve a necessidade de realizar intervenções para modernização do interior, maior aproveitamento do espaço físico existente e humanização do mesmo. Contudo, só a construção de um novo hospital será capaz de suprimir todas as necessidades e expectativas dos profissionais e utentes.

A unidade da Póvoa de Varzim é composta por três pisos e um sótão. No piso zero situam-se a consulta externa, os serviços de urgência, o serviço de patologia clínica e imuno-hemoterapia, a imagiologia, os serviços farmacêuticos, a esterilização, o gabinete do utente, a secretaria-geral, uma sala para o voluntariado e a capela. Por sua vez, no primeiro piso encontram-se os internamentos de ortopedia, obstetrícia e ginecologia assim como o bloco de partos e o bloco operatório. É também neste piso que se situa o conselho de administração e a copa. No segundo piso, situam-se os internamentos de pediatria, neonatologia e cirurgia geral e consulta externa de pediatria, dando acesso a uma sala panorâmica para reuniões. No sótão estão situados a biblioteca, o auditório, a sala de formação, a telefonista e alguns gabinetes. Acoplado ao edifício principal existe um corpo novo com quatro pisos, localizando-se no primeiro o aprovisionamento e o armazém, no segundo o bar, no terceiro piso está

situado o vestiário central e gabinetes e no quarto piso encontra-se o serviço de medicina física e de reabilitação. No logradouro situa-se a central de gases medicinais, o armazém de resíduos e a casa mortuária. Separados por uma rua, no edifício de um antigo quartel, encontram-se o arquivo clínico, o Serviço de Gestão de Sistemas de Informática (SGSI), o serviço de instalações e equipamentos (SIE), alguns armazéns, a rouparia e a costura.

A unidade de Vila do Conde é constituída por dois corpos. O corpo principal do edifício é composto por dois pisos e um sótão. No primeiro encontram-se instalados alguns serviços administrativos, a consulta externa, a imagiologia, gabinetes para atividades administrativas, o gabinete do utente, uma sala de voluntariado e a capela. No segundo piso encontra-se a unidade de cirurgia de ambulatório (UCA) e o internamento dos serviços de medicina interna homens e medicina interna mulheres. No sótão localiza-se uma sala de formação. No corpo anexo ao principal estão instaladas algumas unidades de apoio como o arquivo administrativo, a costura, a rouparia, oficinas e a casa mortuária.

2.1.7. Organograma Hierárquico do CHPVVC

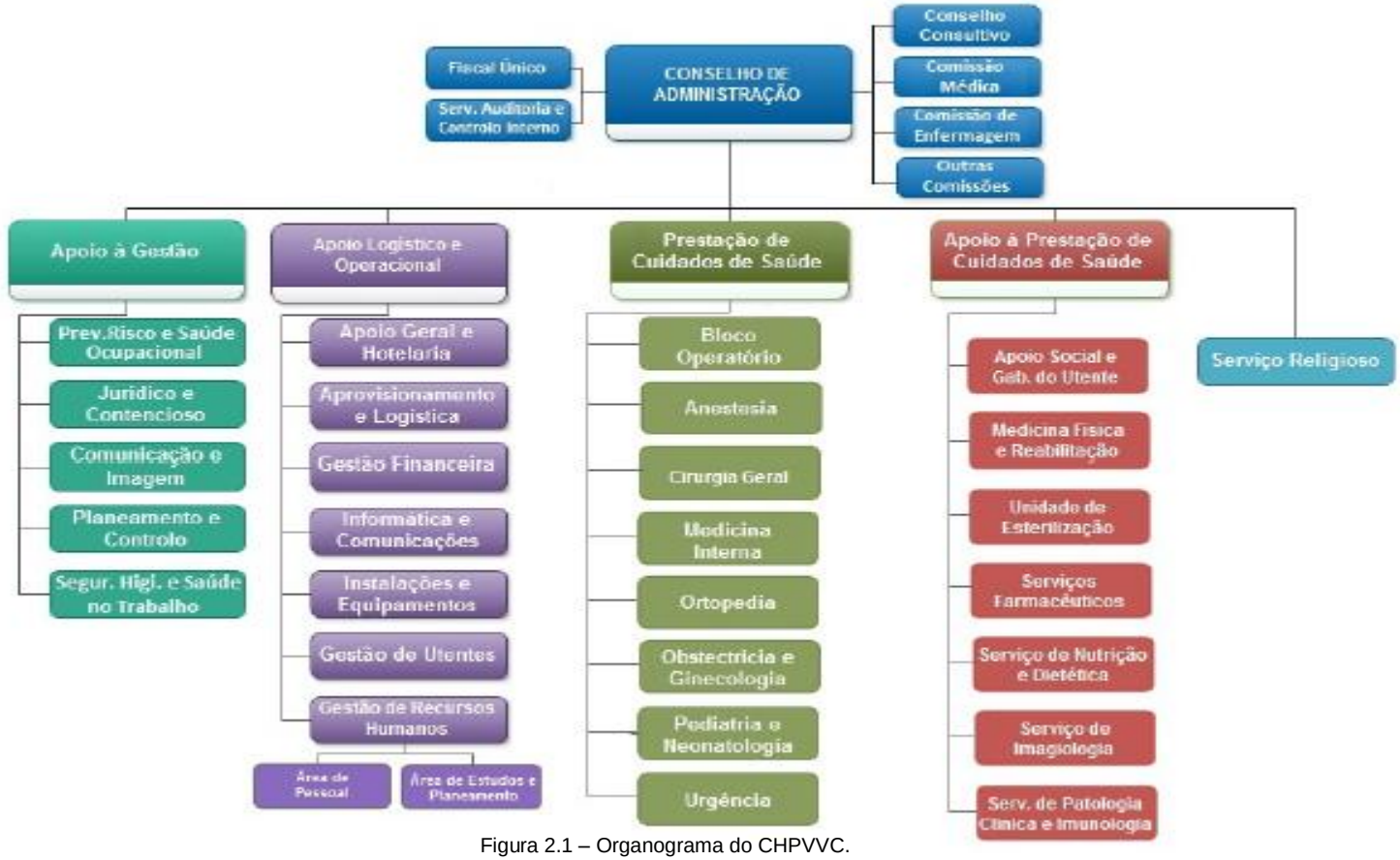


Figura 2.1 – Organograma do CHPVVC.

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

2.2. Os Serviços Farmacêuticos

2.2.1. Caraterização dos Serviços Farmacêuticos

Os SF possuem autonomia técnica e estão sujeitos à orientação geral dos órgãos da administração, perante os quais respondem pelos resultados do seu exercício.

Os SF são responsáveis pela aquisição, armazenamento, dispensa e controlo dos medicamentos e outros produtos farmacêuticos por forma a assegurar a terapêutica medicamentosa aos doentes bem como a garantia de qualidade, eficácia e segurança dos medicamentos. Para além disto, os profissionais dos SF integram as equipas de cuidados de saúde e promovem ações de investigação científica e de ensino.

Para tal, os SF possuem uma estrutura organizacional bem elaborada e com funções bem definidas.

2.2.2. Organograma dos Serviços Farmacêuticos

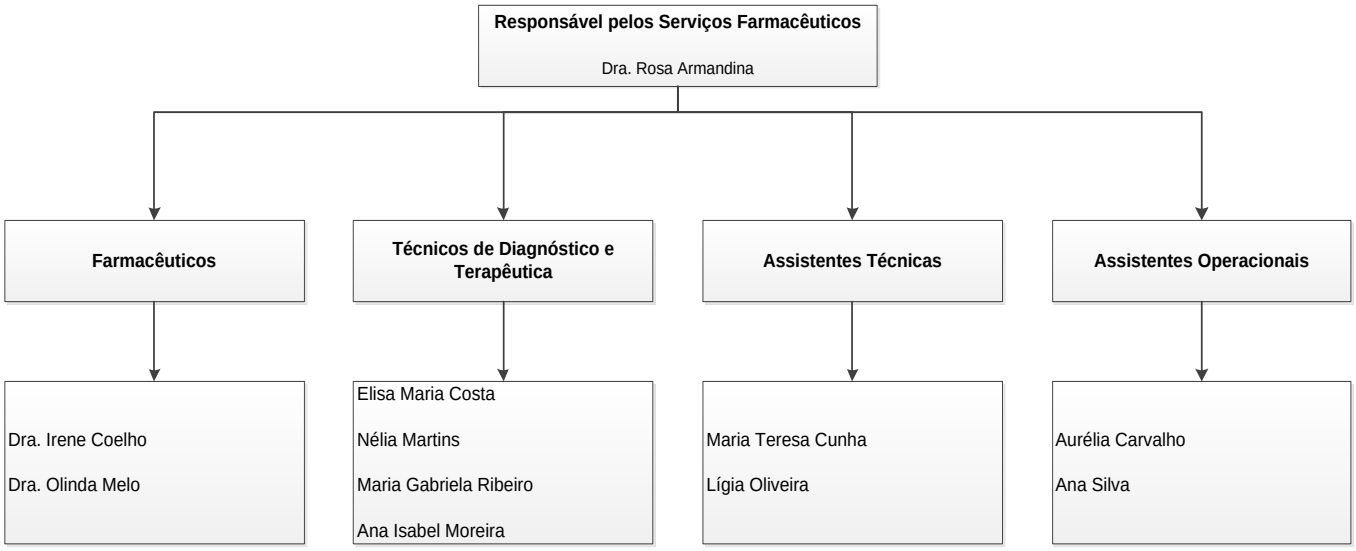


Figura 2.2 – Organograma dos Serviços Farmacêuticos.

2.2.3. Fluxogramas dos Circuitos dos Serviços Farmacêuticos

2.2.3.1. Fluxograma do Circuito dos Medicamentos e Outros Produtos Farmacêuticos

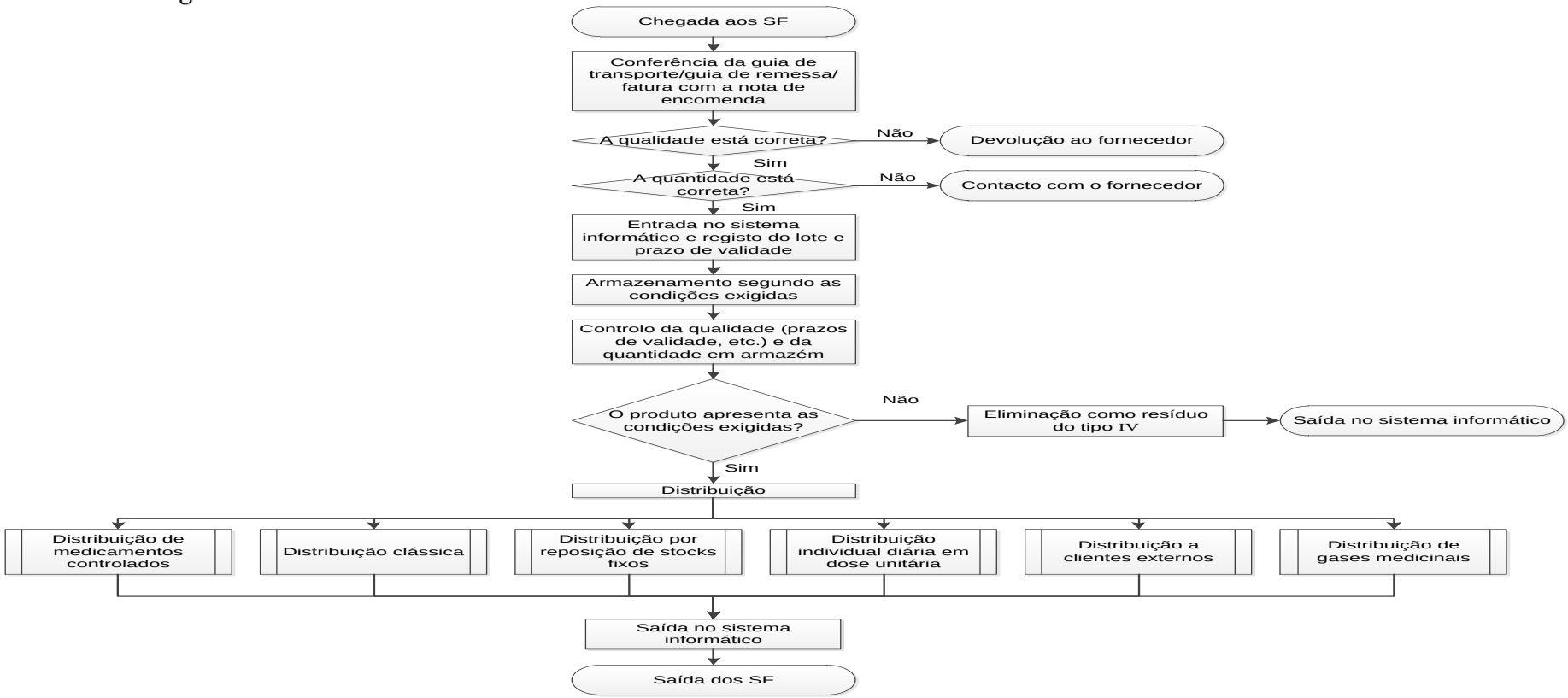


Figura 2.3 – Fluxograma do circuito de medicamentos e outros produtos farmacêuticos.

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

2.2.3.2. Fluxograma do Circuito de Soros

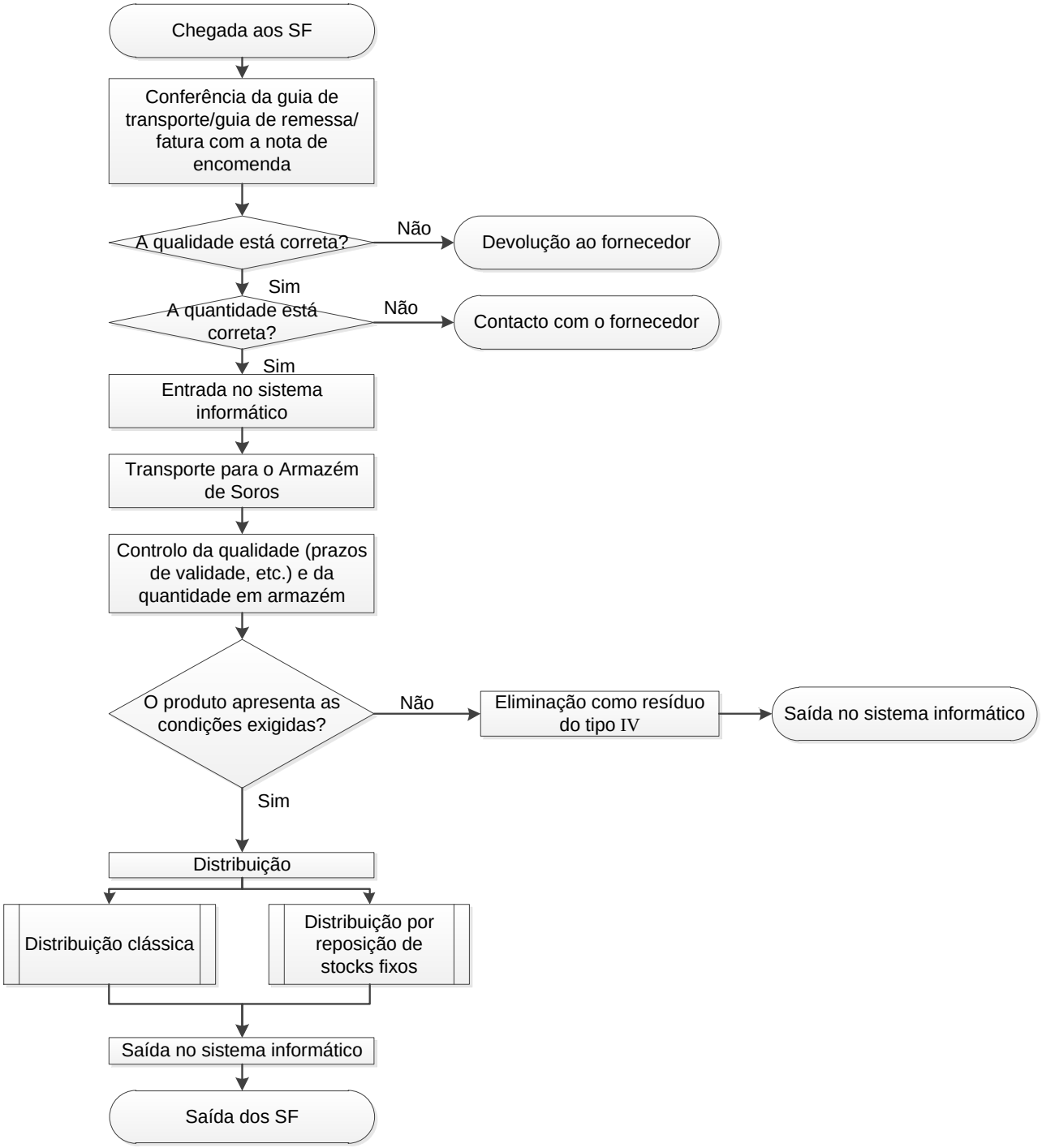


Figura 2.4 – Fluxograma do circuito de soros.

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

2.2.3.3. Fluxograma do Circuito de Inflamáveis

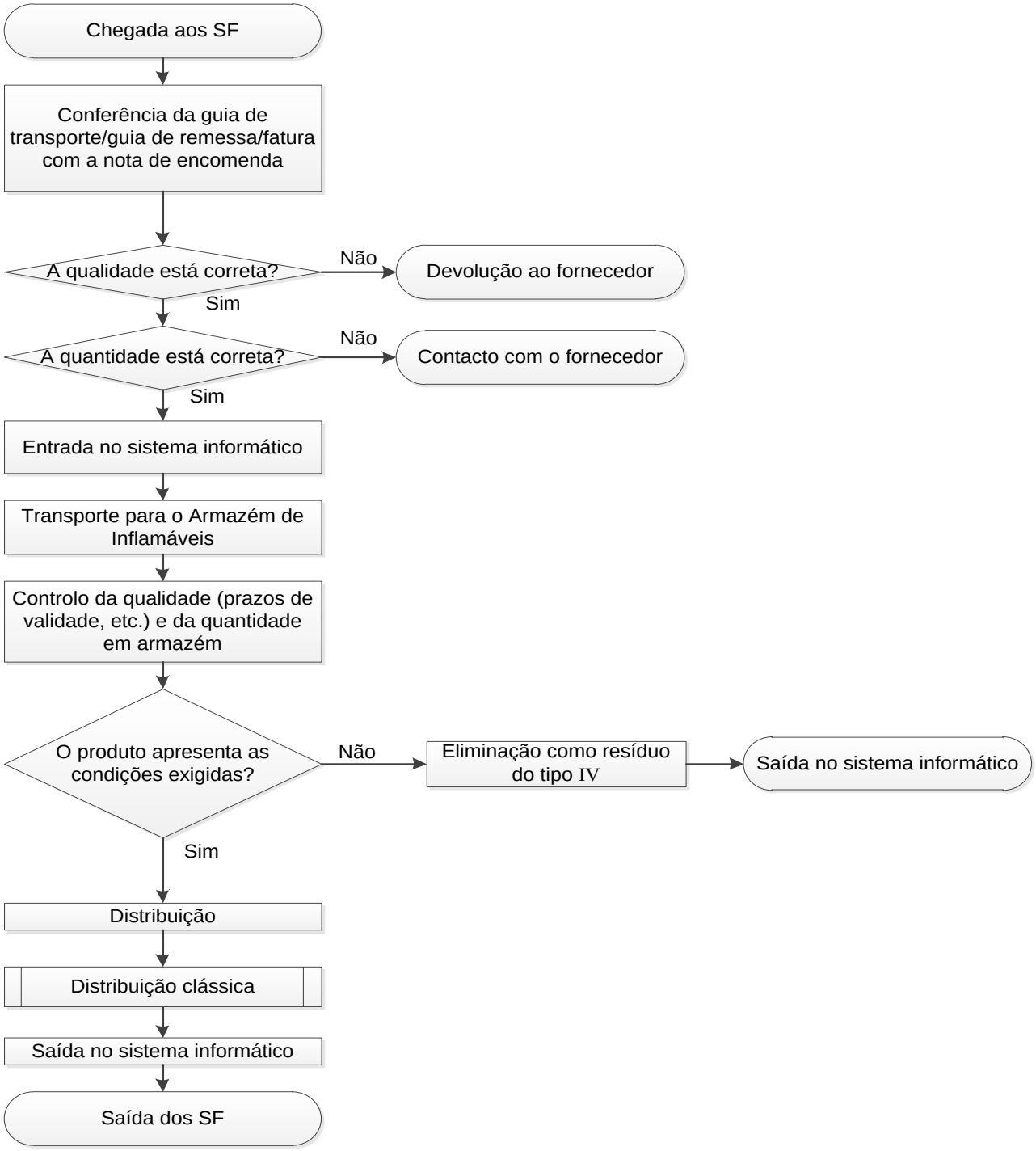


Figura 2.5 – Fluxograma do circuito de produtos inflamáveis.

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

2.2.3.4. Fluxograma do Circuito de Doentes de Ambulatório (Despacho n.º 18419/2010)

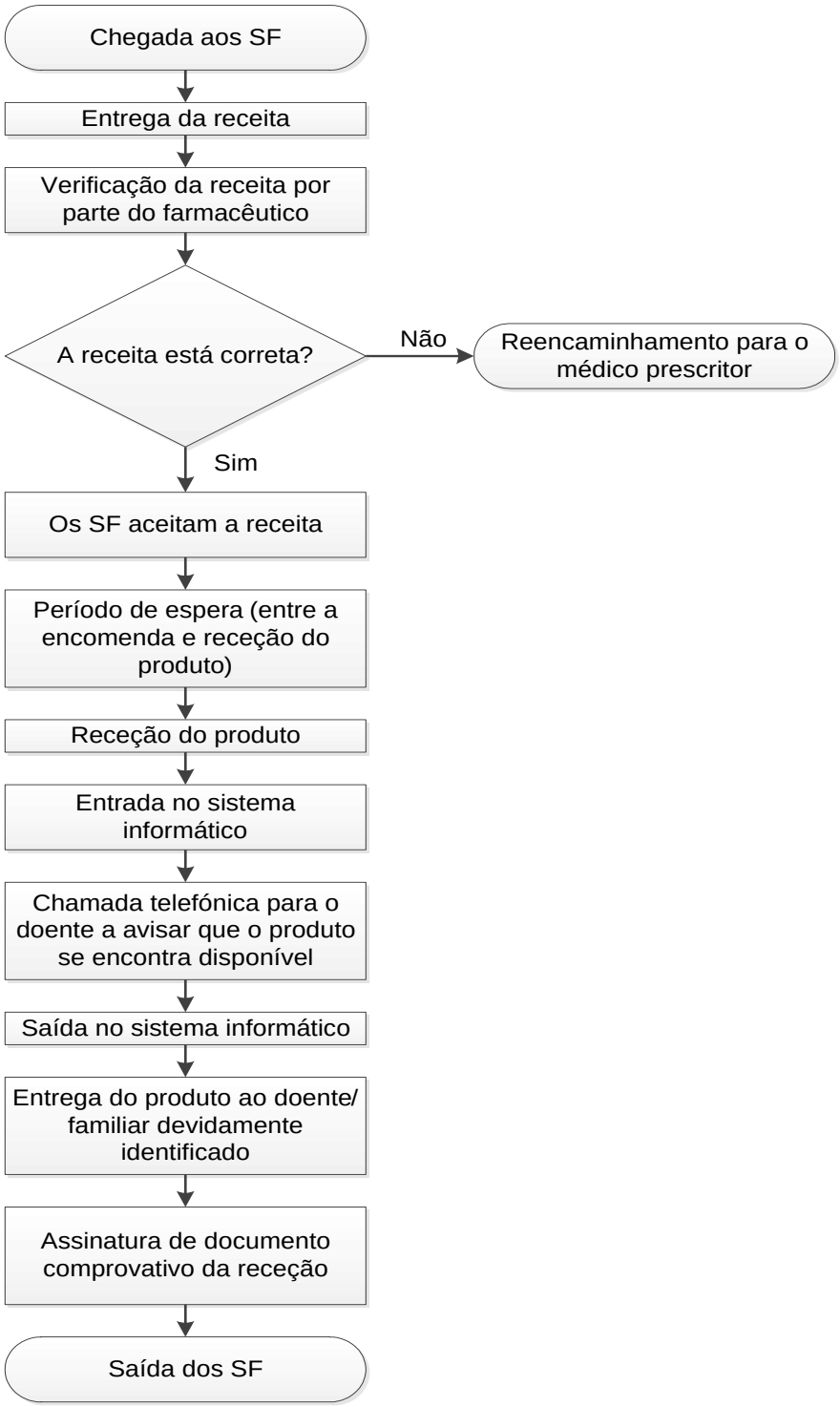


Figura 2.6 – Fluxograma do circuito de doentes de ambulatório.

2.2.3.5. Fluxograma do Circuito das Puérperas

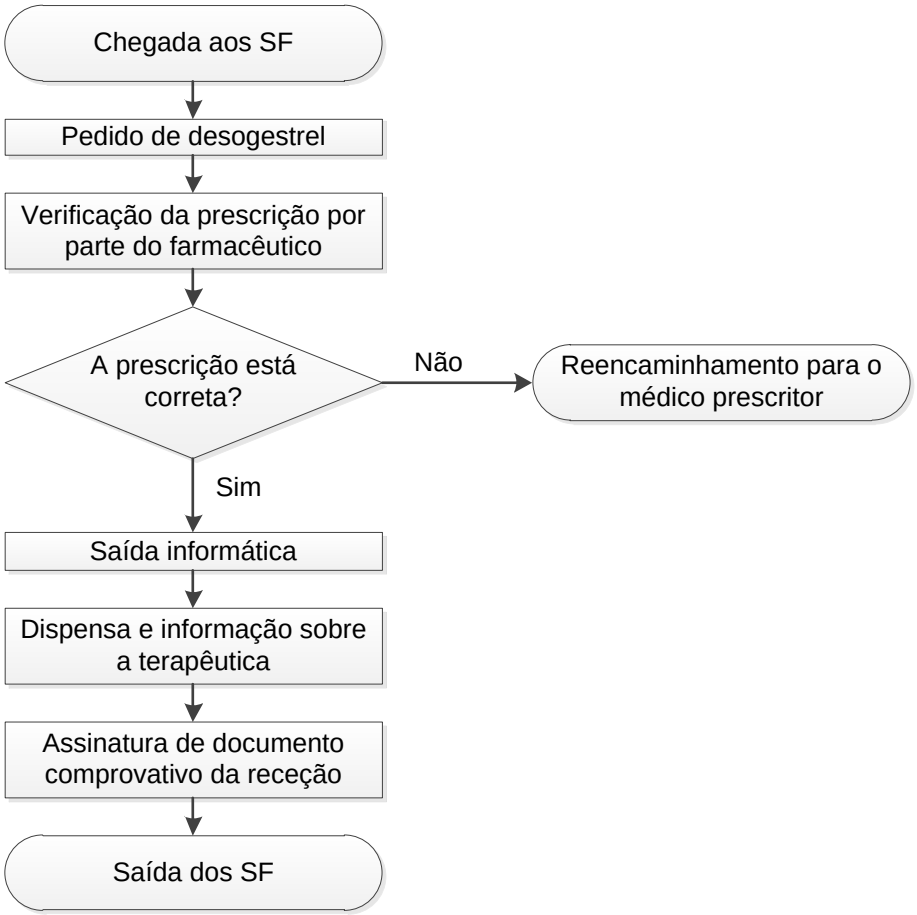


Figura 2.7 – Fluxograma do circuito das puérperas.

Referências Bibliográficas

Centro Hospitalar Póvoa de Varzim - Vila do Conde. (2009). *Centro Hospitalar Póvoa de Varzim - Vila do Conde*. Obtido em Março de 2014, de http://www.chpvvc.pt/

Comissão da Qualidade e Segurança do Doente. (2013). Plano de Ação 2013/2016. Centro Hospitalar Póvoa de Varzim - Vila do Conde.

Ministério da Saúde. (2000). Portaria n.º 235/2000 de 27 de abril.

Ministério da Saúde. (2008). Decreto-Lei n.º180/2008 de 26 de agosto.

UCA - Unidade de Cirurgia de Ambulatório. (s.d.). Manual da Qualidade para Admissão e Organização do Atendimento de Clientes. Centro Hospitalar Póvoa de Varzim - Vila do Conde.

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

CAPÍTULO 3: POLÍTICA E OBJETIVOS DA QUALIDADE

3.1. Política da Qualidade

A política da qualidade do CHPVVC procura responder às diferentes dimensões desta, desde a conceção e planeamento até à execução auditada e avaliada. A política da qualidade assenta ainda, em duas estratégias, que são entre si complementares e indispensáveis para a garantia de concretização: a da prevenção do erro e a do controlo/auditoria do planeado.

Em concreto, a política da qualidade do CHPVVC pretende abranger todas as atividades da instituição que se enquadrem na sua missão numa estratégia de melhoria contínua.

O CHPVVC adota como missão a prestação de cuidados de saúde de qualidade, integrados e continuados à população da sua área de influência. Para tal, existe a preocupação de desenvolver processos qualificados que conduzem à melhoria contínua dos cuidados prestados, na busca da excelência.

A prestação de cuidados de qualidade pressupõe a existência de recursos adequados, processos de suporte eficazes, eficientes e bem articulados entre si. Para além disto, é essencial que os profissionais possuam competências e virtudes, sendo que é política da instituição a gestão da segurança, da formação, da justiça social e da consideração do mérito relativo.

Sendo os utentes os alvos da missão da instituição, é necessário respeitar a sua autonomia enquanto pessoa e zelar pela sua segurança. Para isso, pretende-se gerir o risco (clínico e não clínico) a que os utentes estão sujeitos e avaliar o seu grau e satisfação em relação aos cuidados prestados.

Considerando que tudo isto exige uma informação adequada e atempada, é política decisiva a existência de um aperfeiçoamento dos registos e de um plano de comunicação interna e externa ajustado aos diferentes intervenientes.

Lembrando que tudo tem custos e que é necessário desenvolver um suporte financeiro apropriado, é preconizada uma vigilância permanente contra o desperdício, a favor da eficácia e da eficiência, da diferenciação técnica da produção e da cobrança apropriada.

Faz ainda parte constante da política da qualidade, a simplificação de meios, diminuindo a burocracia ao mínimo indispensável, sem subverter a cadeia de responsabilidades que é parte integrante dessa mesma política.

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

A política da qualidade exige, ainda, que haja um sistema de acolhimento e integração de novos elementos, bem como de sistemas de auditoria interna e externa que monitorizem todo o desempenho.

É componente essencial da política da qualidade o desenvolvimento de mecanismos de auto análise e de aperfeiçoamento individual, centrados na preocupação do bom funcionamento coletivo, que conduzam ao cumprimento da missão dos serviços e da instituição.

3.2. Valores

O CHPVVC defende um conjunto de valores e pretende ser reconhecido pelos mesmos:

- Orientação centrada no utente e na promoção da saúde da comunidade;
- Respeito pela dignidade humana;
- Defesa e aplicação dos princípios éticos nas relações pessoais, profissionais e institucionais;
- Cultura da excelência técnica e do cuidar;
- Cultura do conhecimento como um bem em si mesmo;
- Disponibilidade para o desenvolvimento de parcerias com outras instituições.

3.3. Objetivos

O CHPVVC pauta-se pela prossecução dos seguintes objetivos:

- Prestar cuidados de saúde de qualidade, acessíveis em tempo oportuno, de acordo com o seu plano funcional;
- Ter eficácia técnica e eficiência, num quadro de desenvolvimento económico e financeiro sustentável;
- Garantir a melhoria contínua para garantia da qualidade assistencial;
- Promover a formação e investigação;
- Dar cumprimento às metas contratualizadas com o Ministério da Saúde, através de contratos específicos e de planos de ação.

Referências

Comissão da Qualidade e Segurança do Doente. (2013). Plano de Ação 2013/2016. Centro Hospitalar Póvoa de Varzim - Vila do Conde.

UCA - Unidade de Cirurgia de Ambulatório. (s.d.). Manual da Qualidade para Admissão e Organização do Atendimento de Clientes. Centro Hospitalar Póvoa de Varzim - Vila do Conde.

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

Capítulo 4: Descrição dos Processos

A implementação de um sistema da qualidade nos SF organiza-se através de um modelo de gestão por processos, variáveis segundo a sua natureza: processos de gestão, processos operacionais e processos de suporte.

Os processos de gestão contribuem de forma direta para a definição da política e dos objetivos do sistema da qualidade implementado nos SF. Por sua vez, os processos operacionais contribuem diretamente para a realização das suas atividades. Por último, os processos de suporte garantem a boa execução dos processos operacionais.

4.1. Processos Definidos para os Serviços Farmacêuticos

Processos de Gestão	**PG 1** – Revisão pela Gestão
	PG 2 – Dinamização do Sistema de Qualidade
	PG 3 – Pilotagem dos SF
Processos Operacionais	**PO 1** – Aquisição e Armazenamento
	PO 2 – Farmacotecnia
	PO 3 – Distribuição de Medicamentos e Outros Produtos Farmacêuticos
	PO 4 – Serviço de Informação
Processos de Suporte	**PS 1 –** Comunicação Interna e Externa
	PS 2 – Tecnologias da Informação e Comunicação
	PS 3 – Fornecimento de Materiais
	PS 4 – Serviço de Instalações e Equipamentos (SIE)
	PS 5 – Qualificação Profissional
	PS 6 – Serviço Saúde Ocupacional (Higiene e Segurança no Trabalho)
	PS 7 – Serviços Financeiros
	PS 8 – Higiene nos SF

4.2. Lista de Procedimentos e Instruções de Trabalho

4.2.1. Processos de Gestão

Processos			Procedimentos		Instruções de Trabalho	
Processos de Gestão	PG 1	Revisão pela Gestão	PG 1 – Proc 1	Revisão pela Gestão		
	PG 2	Dinamização do Sistema de Qualidade	PG 2 – Proc 1	Elaboração de Procedimentos		
			PG 2 – Proc 2	Controlo de Documentos, Dados, Registos		
			PG 2 – Proc 3	Auditorias Internas		
			PG 2 – Proc 4	Tratamento das Não Conformidades, Ocorrências, Sugestões e Reclamações		
	PG 3	Pilotagem dos SF	PG 3 – Proc 1	Manual de Procedimentos dos SF		
			PG 3 – Proc 2	Perfil dos Profissionais		
			PG 3 – Proc 3	Integração, Orientação, Formação e Ensino nos SF		
			PG 3 – Proc 4	Determinação das Necessidades por Atividades		
			PG 3 – Proc 5	Perfil do Cliente		
			PG 3 – Proc 6	Monitorização Qualitativa e Quantitativa do Desempenho		

4.2.2. Processos Operacionais

Processos			Procedimentos		Instruções de Trabalho	
Processos Operacionais	PO 1	Aquisição, Armazenamento	PO 1 – Proc 1	Aquisição de Medicamentos e Outros Produtos Farmacêuticos		
			PO 1 – Proc 2	Receção e Armazenamento de Medicamentos e Outros Produtos Farmacêuticos	PO 1 – Proc 2 – IT 1	Como Proceder em Caso de Avaria de um Frigorífico
					PO 1 – Proc 2 – IT 2	Como Proceder em Caso de Avaria da Arca Congeladora
			PO 1 – Proc 3	Controlo de Medicamentos e Outros Produtos Farmacêuticos		
	PO 2	Farmacotecnia	PO 2 – Proc 1	Produção de Medicamentos		
			PO 2 – Proc 2	Re-embalagem e Etiquetagem de Medicamentos	PO 2 – Proc 2 – IT 1	Normas de Funcionamento da Máquina de Re-embalagem
	PO 3	Distribuição de Medicamentos e Outros Produtos Farmacêuticos	PO 3 – Proc 1	Distribuição de Medicamentos Controlados		
			PO 3 – Proc 2	Distribuição Clássica		
			PO 3 – Proc 3	Distribuição por Reposição de Stocks Fixos		
			PO 3 – Proc 4	Distribuição Individual Diária em Dose Unitária		
			PO 3 – Proc 5	Distribuição de Medicamentos a Clientes Externos		
			PO 3 – Proc 6	Distribuição de Gases Medicinais		
			PO 3 –Proc 7	Controlo das Movimentações		
	PO 4	Serviço de Informação	PO 4 – Proc 1	Fornecimento de Informação		

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

4.2.3. Processos de Suporte

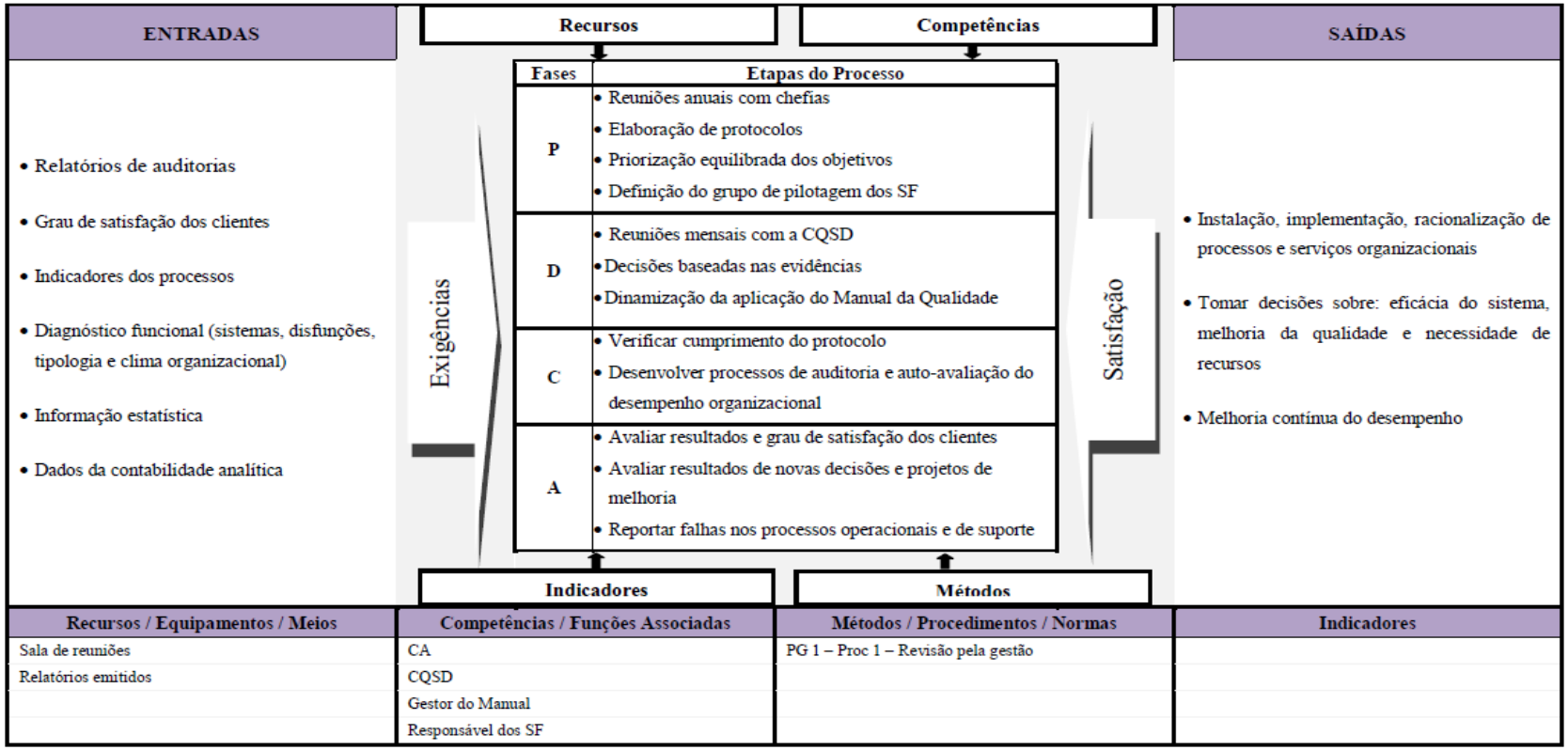
Processos			Procedimentos		Instruções de Trabalho	
Processos de Suporte	PS 1	Comunicação Interna e Externa	PS 1 – Proc 1	Circuito de Comunicação Interna nos SF		
			PS 1 – Proc 2	Circuito de Comunicação externa nos SF		
	PS 2	Tecnologias de Informação e Comunicação	PS 2 – Proc 1	Articulação com o Serviço de Gestão de Sistemas Informáticos		
	PS 3	Fornecimento de Materiais	PS 3 – Proc 1	Articulação com o Serviço de Aprovisionamento e Logística		
			PS 3 – Proc 2	Articulação com o Serviço de Esterilização		
	PS 4	Serviço de Instalações e Equipamentos	PS 4 – Proc 1	Articulação com o SIE		
	PS 5	Qualificação Profissional	PS 5 – Proc 1	Formação Contínua		
	PS 6	Serviço de Saúde Ocupacional (Higiene e Segurança no Trabalho)	PS 6 – Proc 1	Articulação com o Serviço de Saúde Ocupacional		
	PS 7	Serviços Financeiros	PS 7 – Proc 1	Articulação com os Serviços Financeiros		
	PS8	Higiene nos SF	PS8 – Proc 1	Garantia de Higiene nos SF	PS 8 – Proc 1 – IT 1	Limpeza do Piso
					PS 8 – Proc 1 – IT 2	Limpeza e Desinfeção das Bancadas de Trabalho
					PS 8 – Proc 1 – IT 3	Higienização dos Cestos de Distribuição Clássica
					PS 8 – Proc 1 – IT 4	Limpeza e Desinfeção das Cassetes de Gavetas para Distribuição Individual Diária em Dose Unitária
					PS 8 – Proc 1 – IT 5	Limpeza de Secretárias e Prateleiras
					PS 8 – Proc 1 – IT 6	Limpeza dos Frigoríficos e Arca Congeladora

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

4.3. Descrição dos Processos

4.3.1. Processos de Gestão

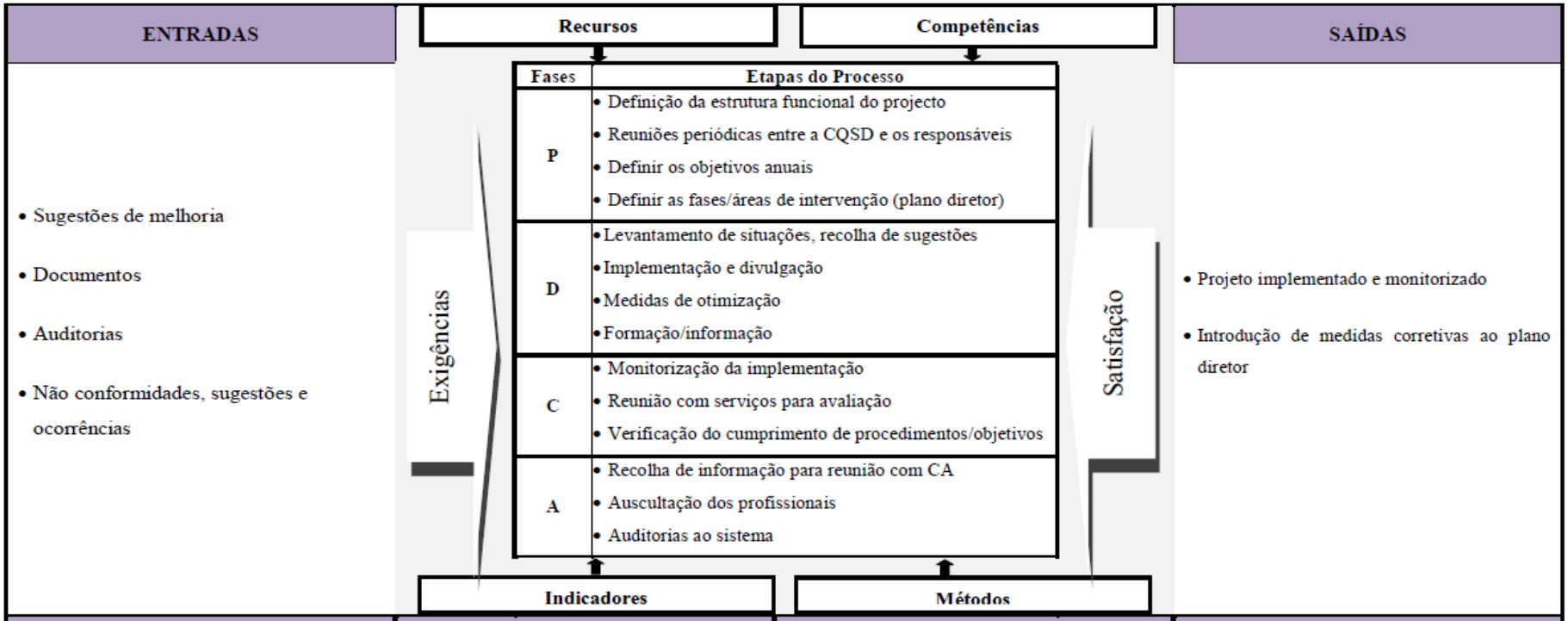
4.3.1.1. PG 1: Revisão pela Gestão



Recursos / Equipamentos / Meios	Competências / Funções Associadas	Métodos / Procedimentos / Normas	Indicadores
Sala de reuniões	CA	PG 1 – Proc 1 – Revisão pela gestão	
Relatórios emitidos	CQSD		
	Gestor do Manual		
	Responsável dos SF		

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

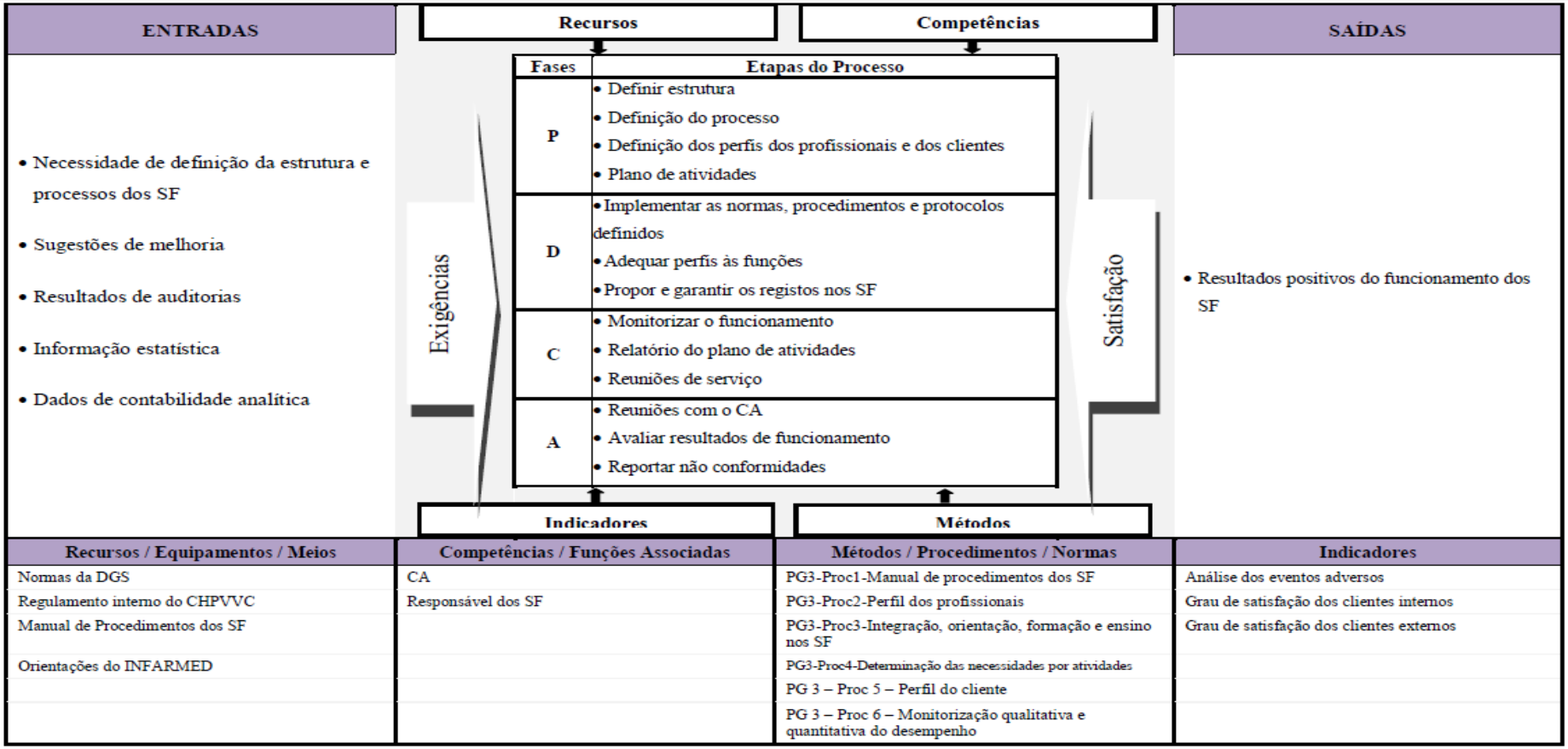
4.3.1.2. PG 2: Dinamização do Sistema da Qualidade



Recursos / Equipamentos / Meios	Competências / Funções Associadas	Métodos / Procedimentos / Normas	Indicadores
Manual da Qualidade dos SF	CQSD	PG 2 – Proc 1 – Elaboração de procedimentos	Percentagem de execução do plano diretor
Manual de Procedimentos dos SF	Chefias	PG 2 – Proc 2 – Controlo de documentos, dados e registos	N.º de problemas resolvidos/n.º de problemas apresentados
Regulamento Interno do CHPVVC	CA	PG 2 – Proc 3 – Auditorias internas	
	CFT e outras comissões nomeadas pelo CA	PG 2 – Proc 4 – Tratamentos das não conformidades, ocorrências, sugestões e reclamações	

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

4.3.1.3. PG 3: Pilotagem dos SF

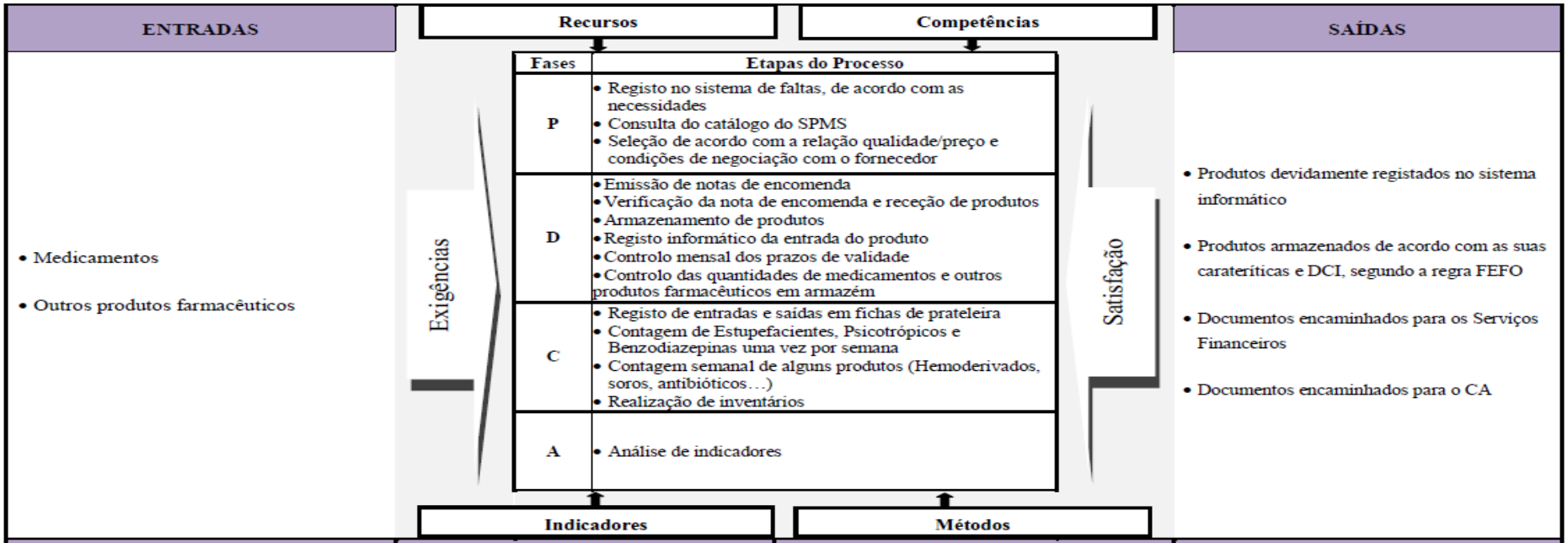


Recursos / Equipamentos / Meios	Competências / Funções Associadas	Métodos / Procedimentos / Normas	Indicadores
Normas da DGS	CA	PG3-Proc1-Manual de procedimentos dos SF	Análise dos eventos adversos
Regulamento interno do CHPVVC	Responsável dos SF	PG3-Proc2-Perfil dos profissionais	Grau de satisfação dos clientes internos
Manual de Procedimentos dos SF		PG3-Proc3-Integração, orientação, formação e ensino nos SF	Grau de satisfação dos clientes externos
Orientações do INFARMED		PG3-Proc4-Determinação das necessidades por atividades	
		PG 3 – Proc 5 – Perfil do cliente	
		PG 3 – Proc 6 – Monitorização qualitativa e quantitativa do desempenho	

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

4.3.2. Processos Operacionais

4.3.2.1. PO 1: Aquisição e Armazenamento



Recursos / Equipamentos / Meios	Competências / Funções Associadas	Métodos / Procedimentos / Normas	Indicadores
SGICM; SONHO	Farmacêuticos	PO1-Proc1-Aquisição de medicamentos e outros produtos farmacêuticos	Mapas de inutilização
Notas de encomenda	TDT		
Acesso à Internet	AT	PO1-Proc2- Receção e armazenamento de produtos e outros serviços farmacêuticos	
Impressos	AO		
Fax	Enfermeiros Chefes	PO1-Proc3-Controlo de medicamentos e outros produtos farmacêuticos	
Telefone			

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

4.3.2.2. PO 2: Farmacotecnia

ENTRADAS	Recursos / Competências	SAÍDAS
• Matérias-primas • Medicamentos	Exigências **Fases / Etapas do Processo** **P** – • Análise dos pedidos dos SC • Leitura da ficha técnica • Análise das necessidades provenientes da distribuição em dose unitária **D** – • Preparação do manipulado segundo a ficha técnica e registo na ficha de preparação • Introdução dos dados na máquina, fracionamento e re-embalagem do produto • Impressão de etiquetas e etiquetagem de produtos **C** – • Verificação dos dados da ficha de preparação • Verificação de todos os passos de re-embalagem • Verificação da etiquetagem **A** – • Análise de indicadores Satisfação Indicadores / Métodos	• Medicamento manipulado • Medicamento preparado para distribuição, identificado com DCI, lote, validade e dose

Recursos / Equipamentos / Meios	Competências / Funções Associadas	Métodos / Procedimentos / Normas	Indicadores
Balança, material de laboratório, frascos	Farmacêuticos	PO2-Proc1-Produção de medicamentos	Custo de inutilizações devido ao mau funcionamento da máquina de re-embalagem
Máquina de re-embalar, fita de re-embalagem, bisturi	TDT	PO2-Proc2-Re-embalagem e etiquetagem de medicamentos	
Impressora, tesoura, etiquetas e elásticos	AT		
EPI's	AO	PO2-Proc2-IT1-Normas de funcionamento da máquina de re-embalagem	

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

4.3.2.3. PO 3: Distribuição de Medicamentos e Outros Produtos Farmacêuticos

ENTRADAS	Recursos	Competências	SAÍDAS
• Medicamentos • Outros produtos farmacêuticos • Prescrição médica • Justificação clínica • Receitas de Estupefacientes/Benzodiazepinas • Impresso de registo de Hemoderivados • Pedidos de satisfação dos SC • Lista de reposição de stocks nivelados • Pedidos de satisfação semanal por análise de consumo	Exigências	Satisfação	• Medicamento manipulado • Medicamento preparado para distribuição, identificado com DCI, lote, validade e dose

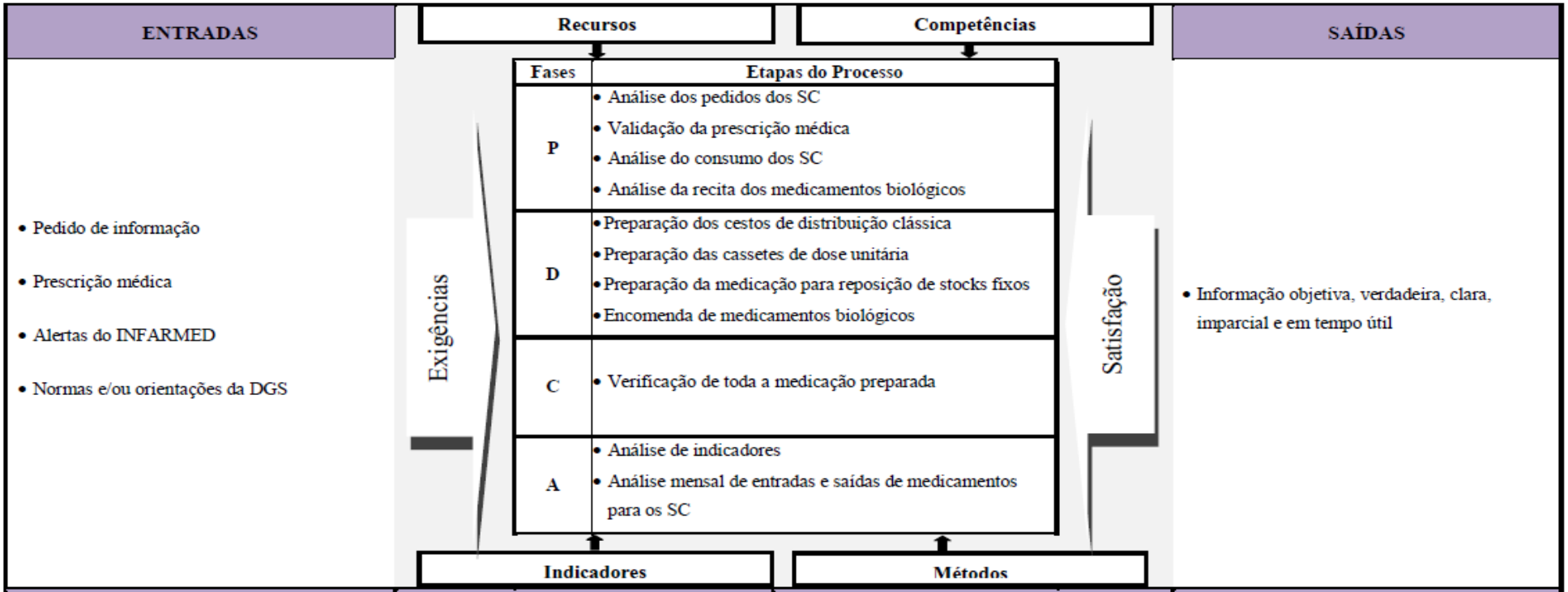
Fases	Etapas do Processo
P	• Análise dos pedidos dos SC • Validação da prescrição médica • Análise do consumo dos SC • Análise da recita dos medicamentos biológicos
D	• Preparação dos cestos de distribuição clássica • Preparação das cassetes de dose unitária • Preparação da medicação para reposição de stocks fixos • Encomenda de medicamentos biológicos
C	• Verificação de toda a medicação preparada
A	• Análise de indicadores • Análise mensal de entradas e saídas de medicamentos para os SC

Indicadores	Métodos

Recursos / Equipamentos / Meios	Competências / Funções Associadas	Métodos / Procedimentos / Normas	Indicadores
SGICM; SONHO; eResult	Farmacêuticos	PO3-Proc1-Distribuição de medicamentos controlados	Nº EA preparação das gavetas/Nº gavetas preparadas
Acesso à Internet	TDT	PO3-Proc2-Distribuição clássica	Nº EA na validação da prescrição médica/Nº validações efetuadas
Telefone	AT	PO3-Proc3-Distribuição por reposição de stocks fixos	
Fax	AO	PO3-Proc4-Distribuição individual diária em DU	Nº EA na preparação dos cestos/Nº cestos preparados
Impressos	Enfermeiros Chefes	PO3-Proc5-Distribuição de medicamentos a clientes externos	Nº EA na distribuição de estupefacientes/Nº pedidos de estupefacientes preparados e entregues
		PO3-Proc6-Distribuição de gases medicinais	
		PO3-Proc7-Controlo das movimentações	Diferença entre as existências físicas e informáticas

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

4.3.2.4. PO 4: Serviço de Informação

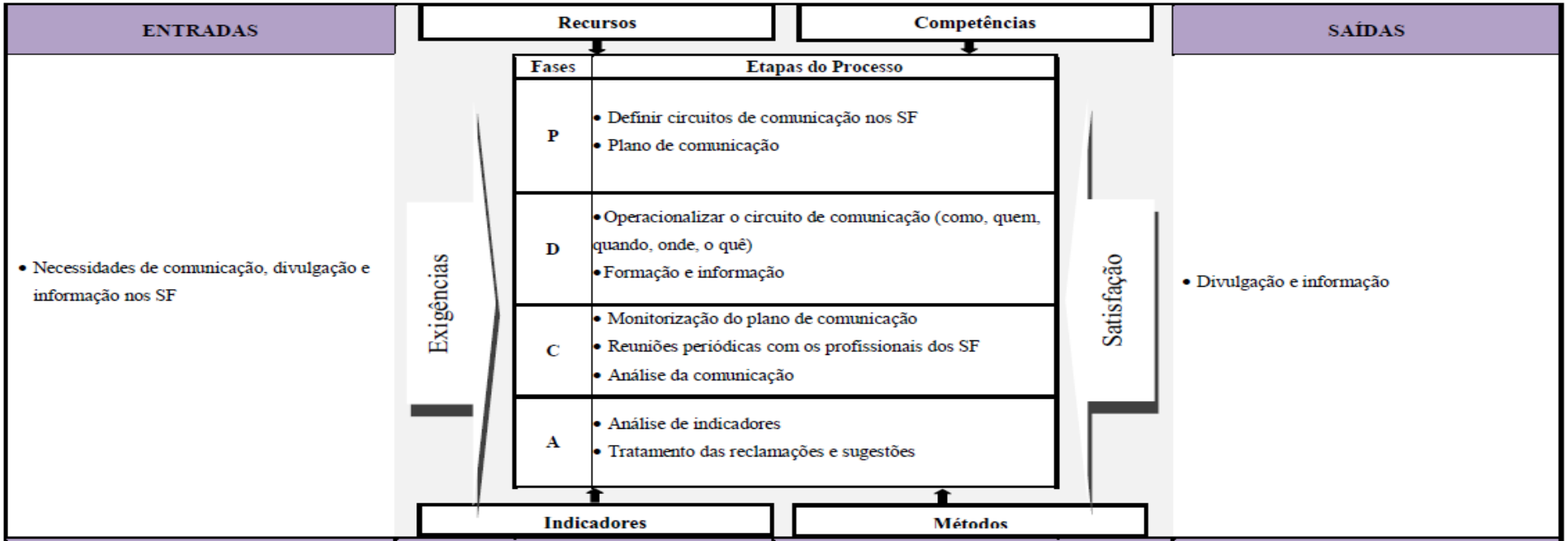


Recursos / Equipamentos / Meios	Competências / Funções Associadas	Métodos / Procedimentos / Normas	Indicadores
SGICM; SONHO; eResult	Farmacêuticos	PO4-Proc1-Fornecimento de Informação	Relatório analítico da informação fornecida
Acesso à Internet			
Telefone			
Fax			
Livros científicos			

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

4.3.3. Processos de Suporte

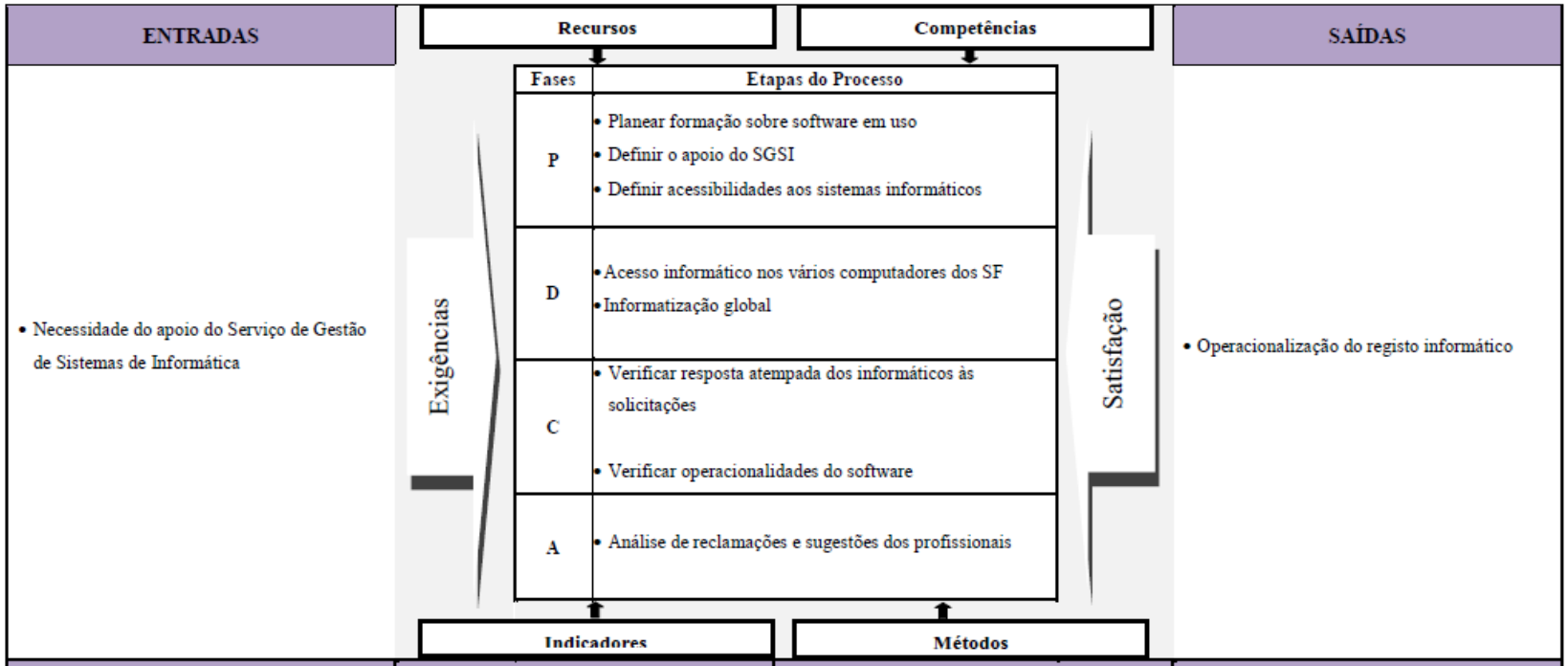
4.3.3.1. PS 1: Comunicação Interna e Externa



Recursos / Equipamentos / Meios	Competências / Funções Associadas	Métodos / Procedimentos / Normas	Indicadores
Quadros de fixação	Farmacêuticos	PS1-Proc1-Circuito de comunicação interna nos SF	Grau de satisfação dos clientes internos
Telefone	TDT	PS1-Proc1-Circuito de comunicação externa nos SF	Grau de satisfação dos clientes externos
Fax	AT		
Acesso à Internet	AO		
	Clientes internos		
	Clientes Externos		

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

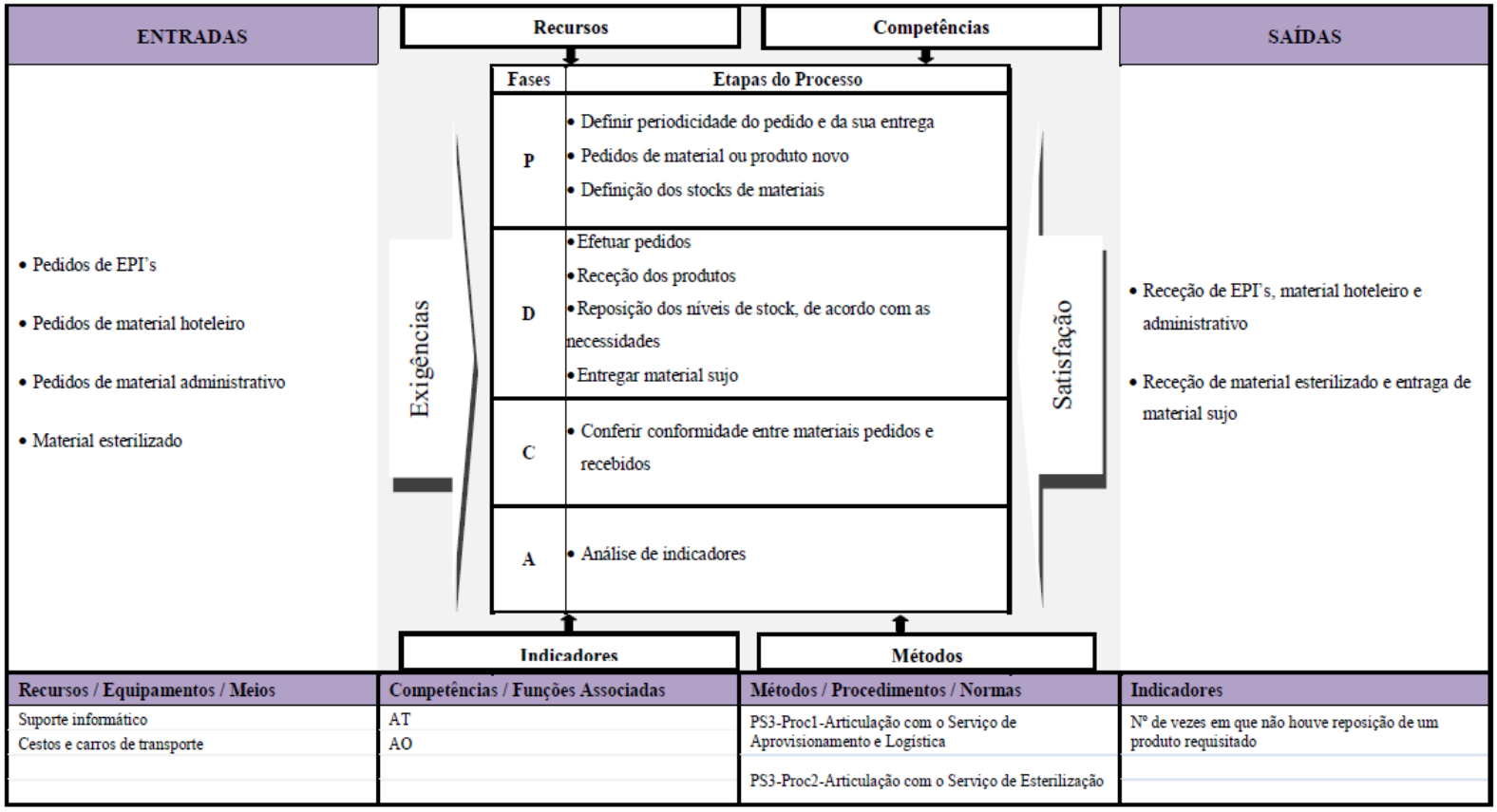
4.3.3.2. PS 2: Tecnologias da Informação e Comunicação



Recursos / Equipamentos / Meios	Competências / Funções Associadas	Métodos / Procedimentos / Normas	Indicadores
Hardware	Farmacêuticos	PS2-Proc1-Articulação com o Serviço de Gestão de Sistemas Informáticos	
Software (SONHO, SGICM, eResults)	TDT		
	AT		
	Profissionais do SGSI		

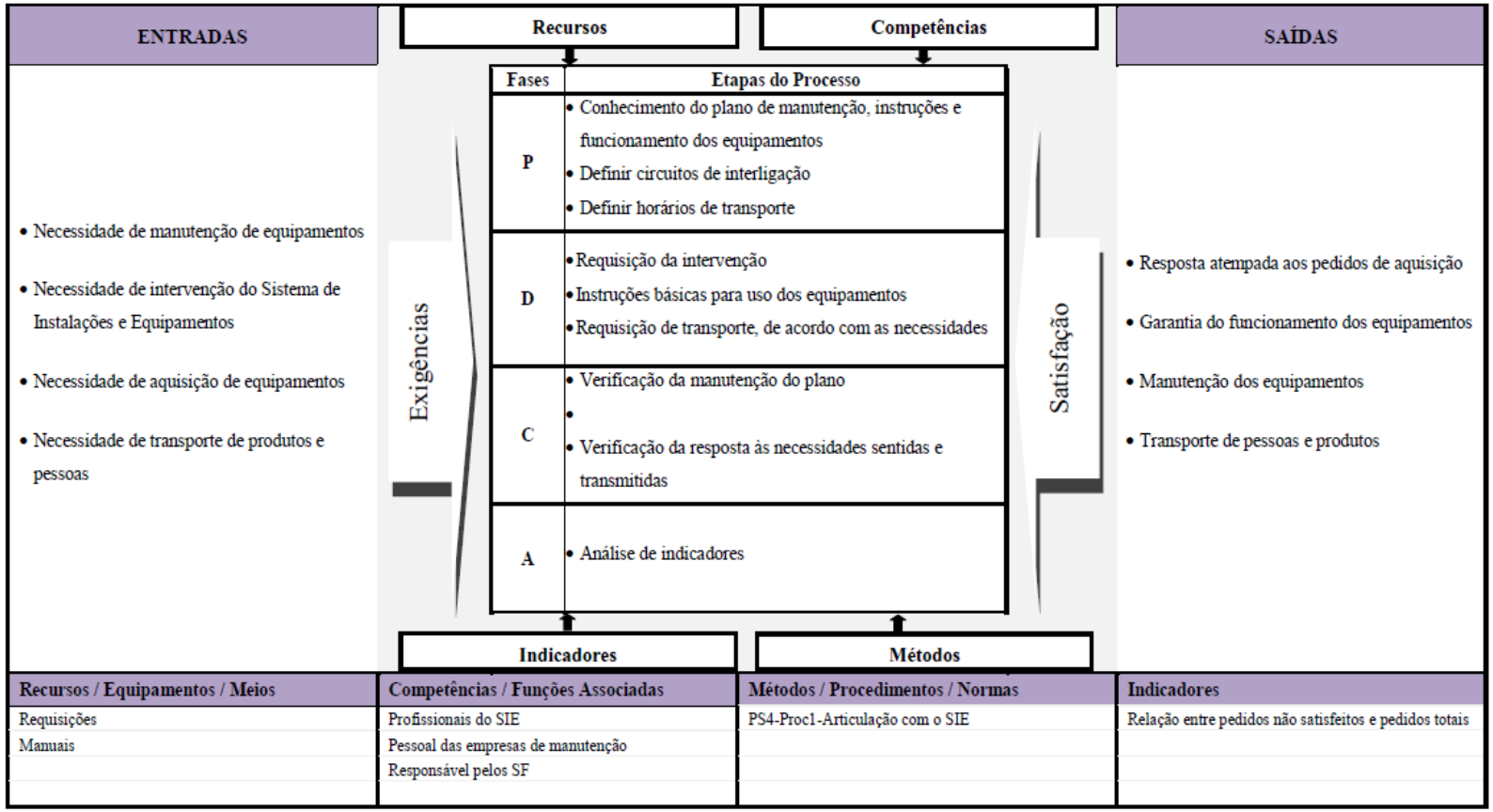
Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

4.3.3.3. PS 3: Fornecimento de Materiais



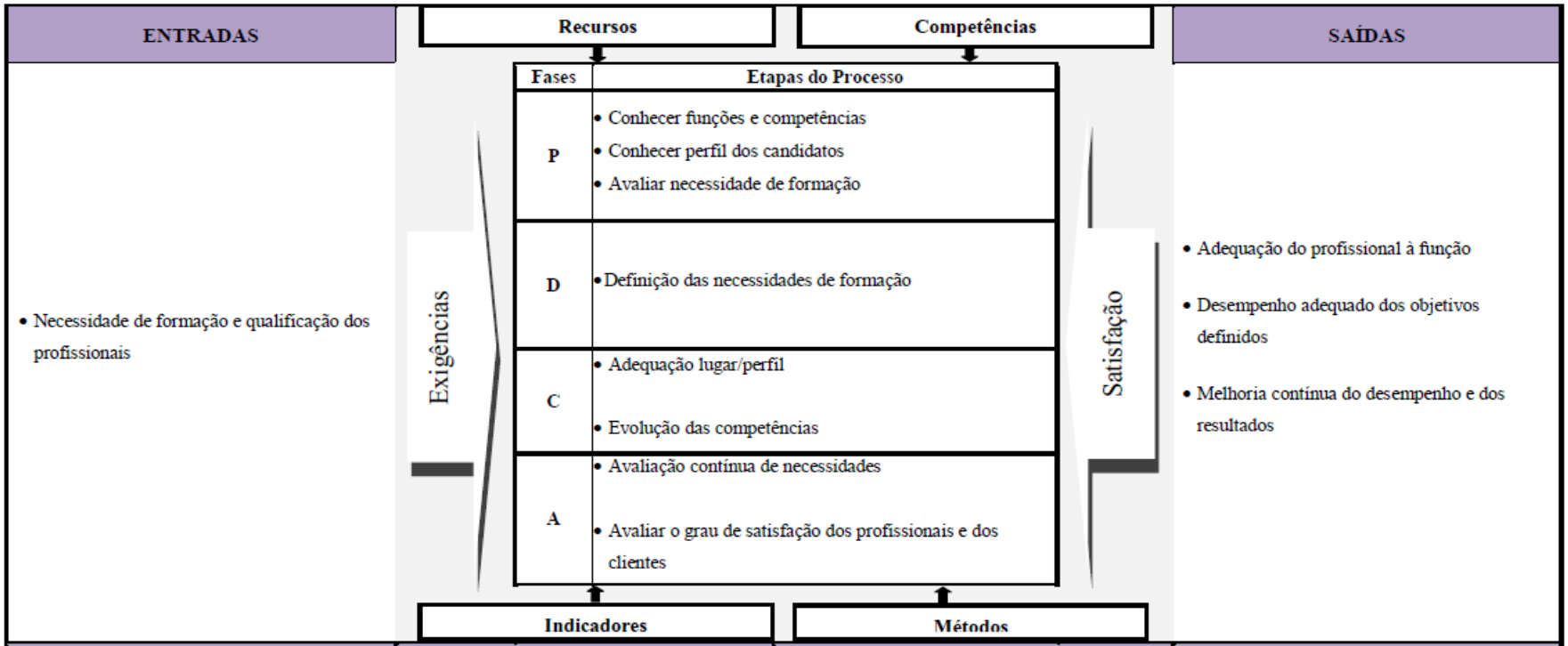
Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

4.3.3.4. PS 4: Serviço de Instalações e Equipamentos



Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

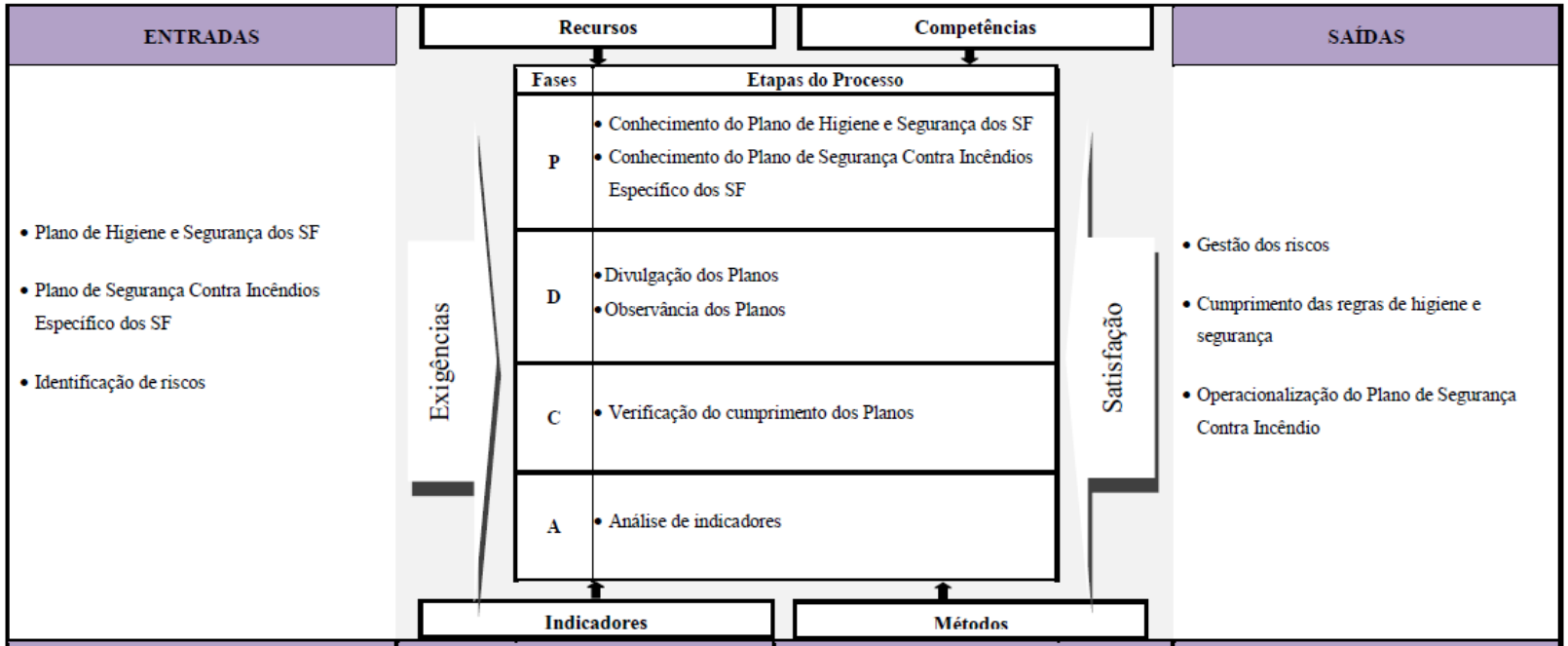
4.3.3.5. PS 5: Qualificação Profissional



Recursos / Equipamentos / Meios	Competências / Funções Associadas	Métodos / Procedimentos / Normas	Indicadores
Suporte curricular	Farmacêuticos	PS5-Prroc1-Formação contínua	Cumprimento de metas pré-definidas
Entrevista	TDT		Grau de satisfação dos profissionais e dos clientes
Definição de perfil	AT		
	AO		

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

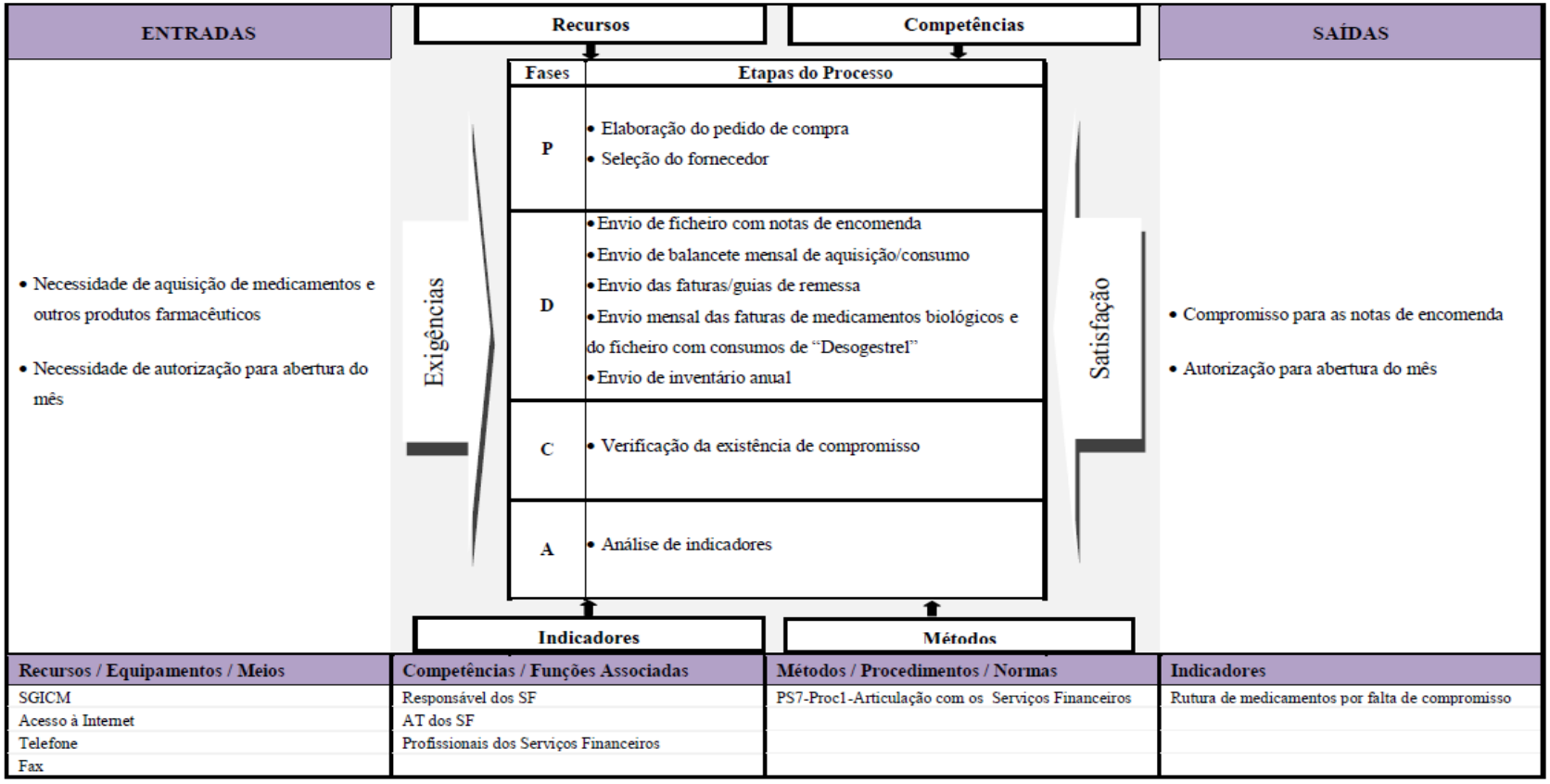
4.3.3.6. PS 6: Serviço de Saúde Ocupacional (Higiene e Segurança no Trabalho)



Recursos / Equipamentos / Meios	Competências / Funções Associadas	Métodos / Procedimentos / Normas	Indicadores
Plano de Higiene e Segurança	Todos os profissionais dos SF	PS6-Proc1-Articulação com o Serviço de Saúde Ocupacional	Nº de acidentes em serviço
Plano de Segurança Contra Incêndio Específico dos SF	Técnico de Saúde Higiene e Segurança no Trabalho		Nº de não conformidades em relação ao Plano de Higiene e Segurança dos SF e ao Plano de Segurança Contra Incêndios Específico dos SF
Protocolos de atuação	SIE		Resposta à emergência, quando necessário
Ofícios apropriados			

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

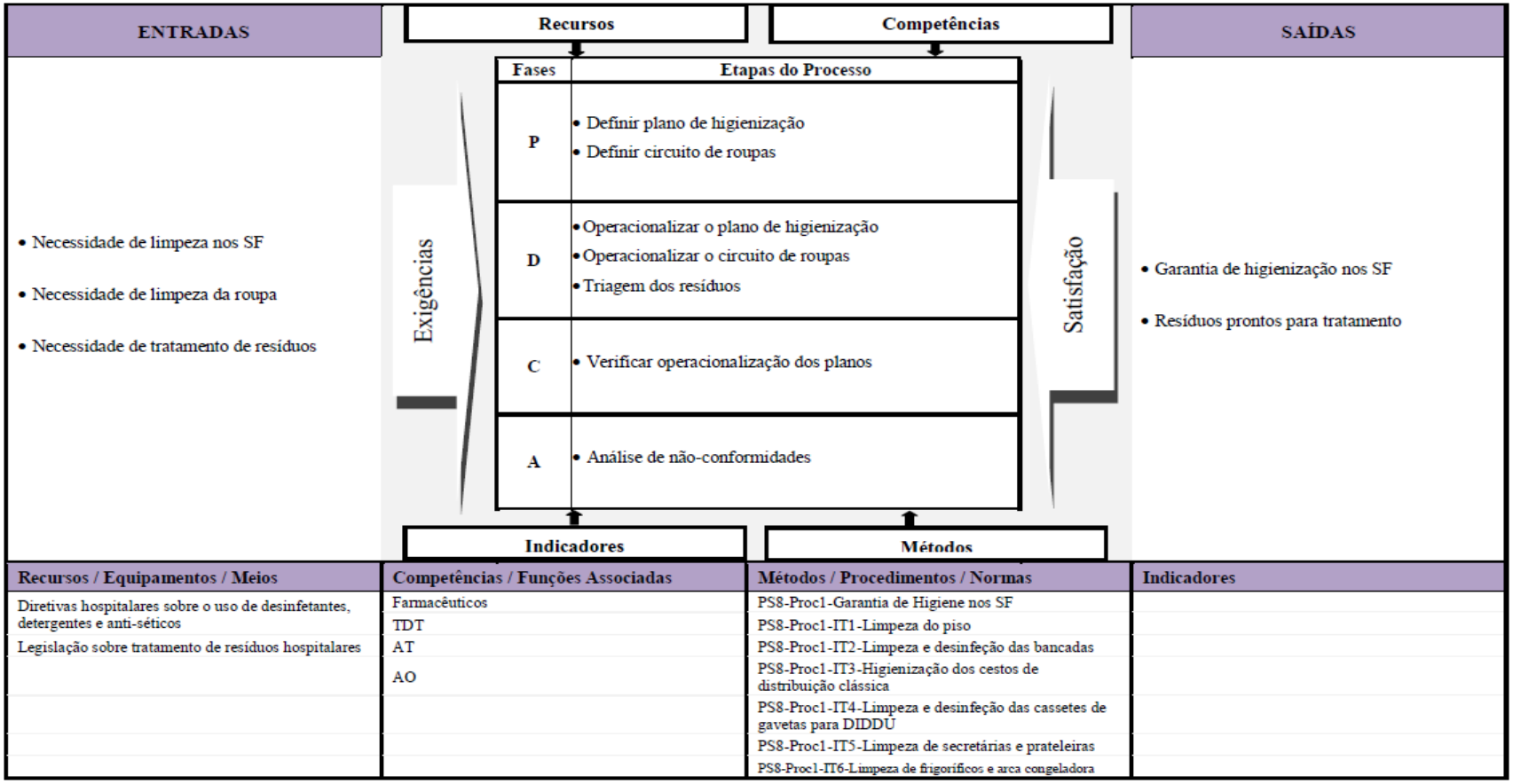
4.3.3.7. PS 7: Serviços Financeiros



Recursos / Equipamentos / Meios	Competências / Funções Associadas	Métodos / Procedimentos / Normas	Indicadores
SGICM	Responsável dos SF	PS7-Proc1-Articulação com os Serviços Financeiros	Rutura de medicamentos por falta de compromisso
Acesso à Internet	AT dos SF		
Telefone	Profissionais dos Serviços Financeiros		
Fax			

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

4.3.3.8. PS 8: Higiene nos SF



Recursos / Equipamentos / Meios	Competências / Funções Associadas	Métodos / Procedimentos / Normas	Indicadores
Diretivas hospitalares sobre o uso de desinfetantes, detergentes e anti-séticos	Farmacêuticos	PS8-Proc1-Garantia de Higiene nos SF	
	TDT	PS8-Proc1-IT1-Limpeza do piso	
Legislação sobre tratamento de resíduos hospitalares	AT	PS8-Proc1-IT2-Limpeza e desinfeção das bancadas	
	AO	PS8-Proc1-IT3-Higienização dos cestos de distribuição clássica	
		PS8-Proc1-IT4-Limpeza e desinfeção das cassetes de gavetas para DIDDU	
		PS8-Proc1-IT5-Limpeza de secretárias e prateleiras	
		PS8-Proc1-IT6-Limpeza de frigoríficos e arca congeladora	

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

PARTE II

Manual de Procedimentos e Intruções de Trabalho

PG 1 – Proc 1 - Revisão pela Gestão

1. Objetivos

O objetivo deste procedimento é estabelecer os critérios para a revisão periódica do Sistema de Gestão da Qualidade no CHPVVC com a finalidade de verificar o seu cumprimento, a eficácia da sua prática e planear a melhoria continua.

2. Âmbito

Este procedimento aplica-se ao CA, à CQSD, aos Diretores de Serviço e abrange todas as atividades definidas no Sistema de Gestão da Qualidade do CHPVVC.

3. Definições

Não existem.

4. Referências

- Manual da Qualidade – Parte I – Capitulo 1;
- Regras definidas pelo Conselho de Administração;
- NP EN ISO 9001:2000 – Sistemas de Gestão da Qualidade – Requisitos – Pontos 0.2 e 5.6.

5. Responsabilidades

Ver fluxograma.

6. Descrição

No âmbito deste Manual, o CA, a CQSD, os Diretores de Serviço, os Responsáveis de Serviço e os Responsáveis por Especialidades realizam revisões ao sistema implementado e planeiam ações em reuniões.

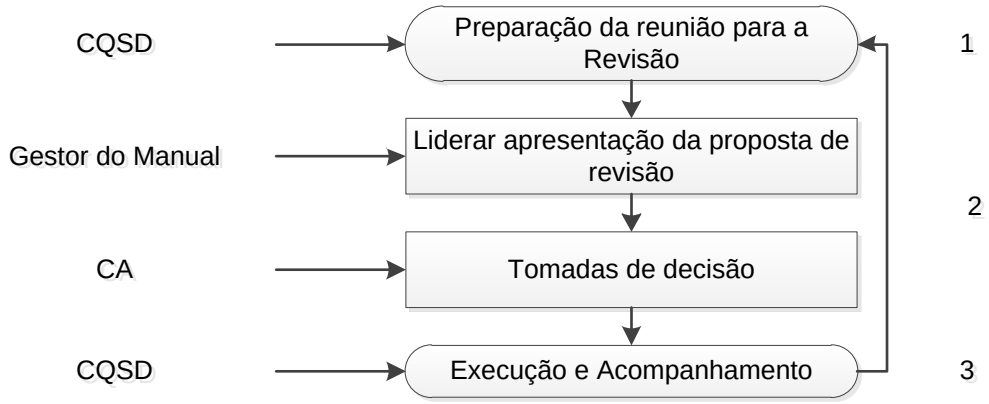
O fluxograma seguinte representa todas as etapas que unificam este processo.

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

Fluxograma

Etapas da Revisão pela Gestão

Responsabilidades



1) Preparação da reunião

(a) Agendamento (data, local, ordem de trabalhos e convocatória);
(b) Recolha de documentos e informação.

Para as reuniões devem ser recolhidos os seguintes elementos:

- Respostas dos clientes a questionários de satisfação;
- Respostas a questionários do funcionamento do CHPVVC (profissionais);
- Propostas de alterações da documentação do sistema;
- Relatórios de auditorias internas e externas;
- Reclamações de clientes;
- Informações sobre não conformidades e respetivas ações corretivas/preventivas;
- Atualização da Política da Qualidade;
- Seguimento dos indicadores e dos objetivos da qualidade.

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

2) Realização da Reunião

(a) Formato da reunião

- Abertura da ordem de trabalhos pelo CA;
- Desenvolvimento da reunião pelo Gestor do Manual:
- Ponto da situação;
- Apresentação dos dados;
- Tomadas de decisão;
- Conclusões sintetizadas pelo Gestor do Manual.

(b) Elaboração de Atas

Na sequência das revisões do Sistema da Qualidade compete a um dos participantes da reunião, designado na mesma, elaborar a respetiva ata que será assinada por todos.

Desta ata constarão, no mínimo, os seguintes elementos:

- Data e local;
- Participantes;
- Assuntos tratados;
- Decisões tomadas;
- Determinação dos responsáveis e prazos para a execução de planos de ação deliberados.

As atas resultantes destas reuniões serão arquivadas pelo Secretariado do CA e pela CQSD.

3) Seguimento

Determinação dos responsáveis e prazos para execução de planos de ação deliberados. Formalização de um sistema de informação ascendente e descendente.

7. Anexos

Não existem.

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

PG 2 – Proc 1 – Elaboração de Procedimentos

1. Objetivos

Este procedimento visa definir as regras para a criação ou alteração de procedimentos e instruções de trabalho do Sistema de Qualidade.

2. Âmbito

É aplicável à CQSD e abrange todas as etapas de elaboração de qualquer procedimento ou instrução de trabalho.

3. Definições

Processo: conjunto de atividades interrelacionadas e interatuantes que transformam necessidades a satisfazer em necessidades satisfeitas.

Procedimento: modo específico de realizar uma atividade ou um processo. Cada procedimento corresponde a um método de organização. Contém o objetivo e âmbito desse método; o que são as atividades, por quem, como, quando e onde são realizadas, que materiais, equipamentos e documentos são usados e como é que o estabelecido é controlado e registado.

4. Referências

- Norma NP EN ISO 9000:2000 – Sistema de Gestão da Qualidade – Fundamentos e Vocabulário;
- Norma NP EN ISO 9001:2000 – Sistema de Gestão da Qualidade – Requisitos – Ponto 0.2.

5. Responsabilidades

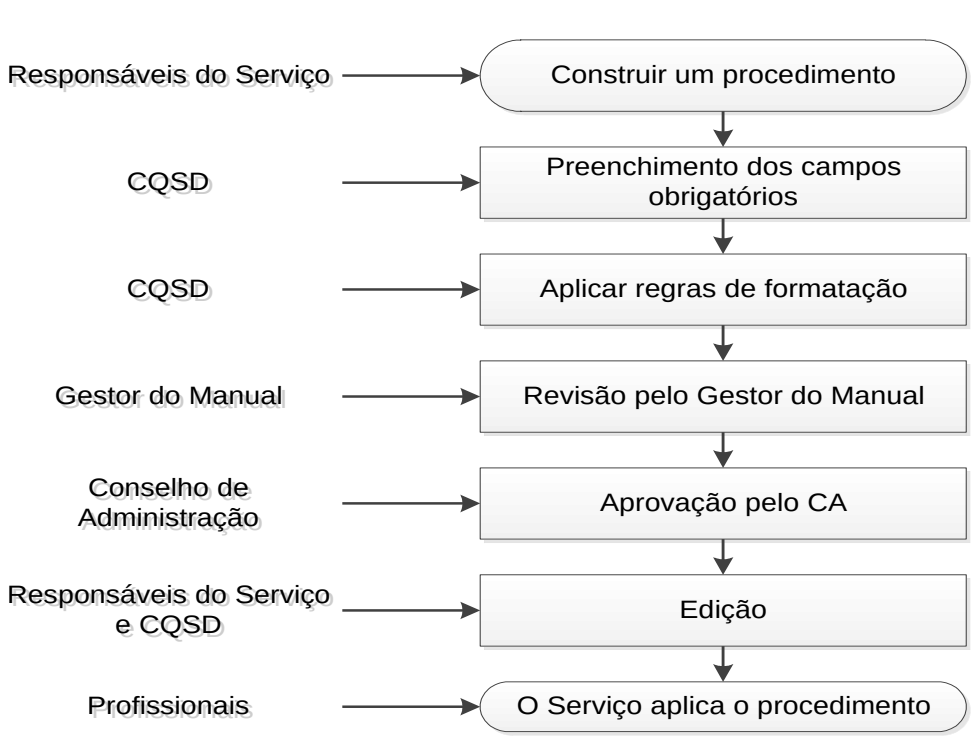
Ver fluxograma.

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

6. Descrição

- Todos os procedimentos e Instruções de Trabalho são redigidos numa folha tipo, criada para o efeito (PG 2 – Proc 1 – Anx 1).
- Sempre que se decida criar ou alterar procedimentos ou instruções de trabalho, os Responsáveis dos Serviços devem elaborar uma proposta de redação que será obrigatoriamente revista pelo Gestor do Manual.
- Só se considera nova edição, após aprovação pelo CA.
- Cada vez que existe uma revisão, edita-se um novo procedimento e dá-se um novo número de edição. A edição anterior é considerada obsoleta, sendo retirada do Manual de Procedimentos.
- A CQSD tem de garantir que os utilizadores do procedimento têm conhecimento desta modificação, através de protocolo. A divulgação compete, também, aos Responsáveis dos Serviços.

Fluxograma



Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

7. Anexos

- PG 2 – Proc 1 – Anx 1 – Folha para Construção de Procedimentos ou IT.

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

PG 2 – Proc 2 – Controlo de Documentos, Dados e Registos

1. Objetivos

Este procedimento visa estabelecer regras para um controlo eficiente dos documentos, dados e registos relativos ao Sistema da Qualidade.

2. Âmbito

Aplica-se à CQSD no que respeita ao Manual da Qualidade, Manual de Procedimentos e Manual de Boas Práticas e sempre que se decida criar ou modificar documentos, dados ou registos relativos ao Sistema da Qualidade.

3. Definições

Documentos da Qualidade: documentos que estabelecem as práticas, os meios e a sequência de atividades relativas à Qualidade.

Registos da Qualidade: documentos que comprovam objetivamente se as atividades inerentes ao Sistema da Qualidade foram ou não cumpridas. Os registos podem ser em suporte de papel, informático ou outro.

Dados da Qualidade: informação (quantitativa e/ou qualitativa) apta a ser trabalhada e avaliada e que serve para documentar um ou mais requisitos descritos no Manual da Qualidade e/ou Manual de Procedimentos.

4. Referências

- Norma NP EN ISO 9000:2000 – Sistemas de Gestão da Qualidade – Fundamentos e Vocabulário.
- Norma NP EN ISO 9001:2000 – Sistemas de Gestão da Qualidade – Requisitos – Pontos 0.2 e 4.2.

5. Responsabilidades

Ver fluxograma.

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

6. Descrição

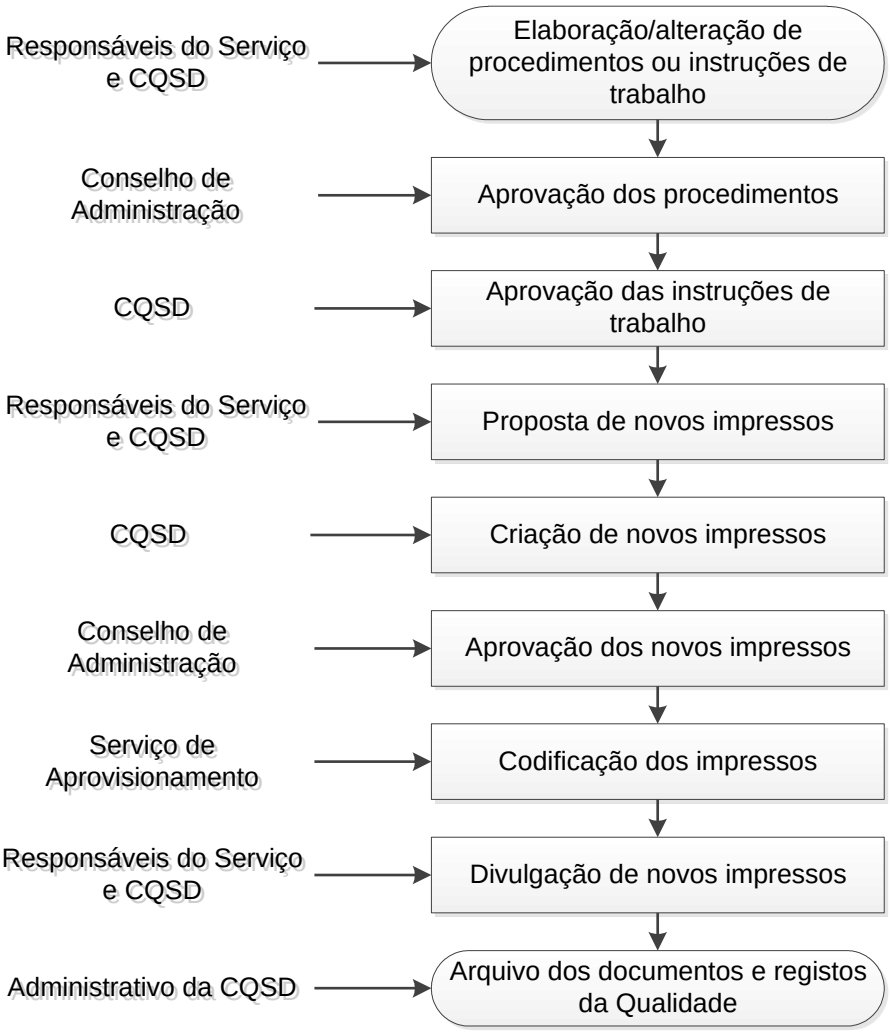
- Os procedimentos são elaborados e alterados pela CQSD e aprovados pelo CA. As instruções de trabalho são elaboradas pela CQSD em conjunto com os Responsáveis dos Serviços e aprovados pelo CA.
- Cabe à CQSD elaborar os novos impressos, cabendo ao Serviço de Aprovisionamento a codificação dos mesmos. Todos os impressos estão listados em lista de impressos que consta da parte III – Anexos deste Manual. Esta lista é atualizada pelo Gestor do Manual.
- Compete ao CA a aprovação dos novos impressos.
- Compete à CQSD o arquivo dos documentos e registos da qualidade conforme tabela seguinte:

Tipos de registos	Local de arquivo	Responsável pelo arquivo	Período de retenção
Ata de reuniões de Revisão pela Gestão	CQSD ou secretariado do CA	Secretariado do CA e Secretariado da CQSD	Sempre
Relatório/auditorias internas ou externas	CQSD	Auditor Coordenador	3 Anos
Planos de ações corretivas	CQSD	Gestores do Risco	3 Anos
Fichas de não conformidade	CQSD	Gestores do Risco	3 Anos
Cópias de reclamação do Livro de Reclamações referentes aos SF	Serviços e CQSD	Responsável do Serviço e Gestores de Risco	3 Anos
Documentos comprovativos do Grupo da Qualidade	CQSD	Secretariado da CQSD	3 Anos
Lista de controlo da distribuição dos Manuais	CQSD	Secretariado da CQSD	3 Anos
Lista de controlo de tomada de conhecimento das revisões	CQSD	Secretariado da CQSD	3 Anos

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

Fluxograma

Responsabilidades



7. Anexos

Não tem.

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

PG 2 – Proc 3 – Auditorias Internas da Qualidade

1. Objetivos

Este procedimento tem como objetivo estabelecer a metodologia para o planeamento, implementação e acompanhamento de auditorias internas da Qualidade.

Pretende criar uma dinâmica de melhoria contínua alicerçada no desenvolvimento de uma cultura de auto avaliação.

2. Âmbito

Aplica-se, de modo periódico, a todos os intervenientes do processo da Qualidade.

3. Definições

Auditoria: processo sistemático, independente e documentado para obter registos ou outra informação objetiva relevante para avaliar um determinado desempenho em função dos objetivos pré-definidos.

Auditor: elemento qualificado para realização de auditorias e independente do serviço auditado.

4. Referências

- NP EN ISO 9000: 2000 – Sistemas de Gestão pela Qualidade – Fundamentos e Vocabulário.

5. Responsabilidades

Ver fluxograma.

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

6. Descrição

6.1 Planeamento

As auditorias são programadas de acordo com planos de auditorias – PG 2 – Proc 3 – Anx 1 – que são elaborados pela CQSD e validados pelo CA. Destes deve constar uma auditoria anual global ao sistema e os critérios que justificarão a necessidade de auditorias intercalares.

O Gestor do Manual e a CQSD propõem a composição da equipa auditora, que é sempre exterior ao serviço a auditar, ainda que possa pertencer ao CHPVVC.

6.2 Desenvolvimento das Auditorias

O desenvolvimento das auditorias internas é feito de acordo com o fluxograma anexo. Cada auditoria dá origem a um relatório de auditoria – PG 2 – Proc 3 – Anx 2.

Qualquer não conformidade detetada durante a auditoria é objeto de ações corretivas, com seguimento e verificação de sua eficácia por parte da equipa que a executou.

6.3 Definição das Ações Corretivas

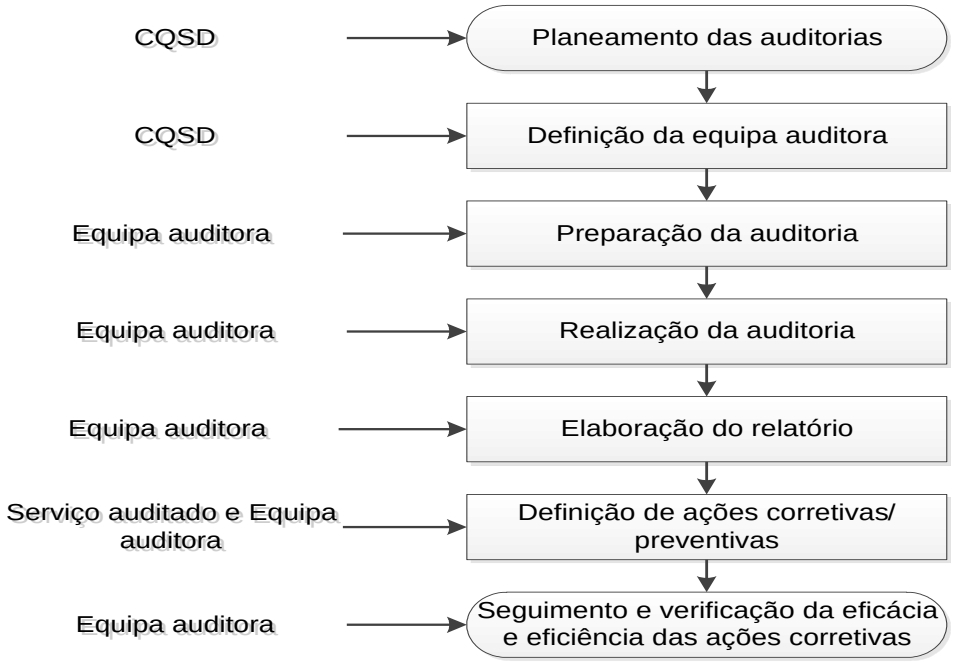
Sempre que seja detetado qualquer desvio em relação ao referencial ou aos documentos em uso, é obrigatória a implementação de ações corretivas – PG 2 – Proc 3 – Anx 3 – para eliminar a não conformidade.

6.4 Seguimento e Avaliação da Eficácia das Ações Corretivas

A equipa auditora responsável pela auditoria deverá comprovar o fecho das ações corretivas certificando assim o seu seguimento e eficácia.

Fluxograma

Responsabilidades



7. Anexos

- PG 2 – Proc 3 – Anx 1 – Plano Anual de Auditorias;
- PG 2 – Proc 3 – Anx 2 – Relatório de Auditoria;
- PG 2 – Proc 3 – Anx 3 – Plano de Ações Corretivas.

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

PG 2 – Proc 4 – Tratamento das Não Conformidades, Ocorrências, Reclamações e Sugestões.

1. Objetivos

Este procedimento tem como objetivo estabelecer regras que visem assegurar que todas as não conformidades, ocorrências, reclamações e sugestões sejam detetadas, documentadas e devidamente analisadas, dando lugar a ações corretivas e/ou preventivas.

2. Âmbito

Este procedimento aplica-se a todos os profissionais do CHPVVC. Abrange as não conformidades e ocorrências detetadas pelos elementos do serviço e as reclamações e sugestões efetuadas pelos utentes e pelos profissionais.

3. Definições

Não conformidade: falta de cumprimento dos requisitos estabelecidos nos procedimentos e nas instruções de trabalho ou qualquer disfunção que conduziu a uma situação de não qualidade;

Ocorrência: episódio ocasional não previsto e que mereça referência especial;

Reclamação: queixa expressamente apresentada pelo cliente;

Sugestão: proposta do cliente ou profissional para introduzir ou alterar algo que está em vigor;

Ação corretiva: intervenções conducentes a eliminar as condições que geraram falhas no Sistema da Qualidade, de modo a evitar a sua repetição;

Ação preventiva: medidas tomadas para prevenir a ocorrência de não conformidades.

4. Referências

- Portaria n.º 355/97 de 28 de Maio – Livro de Reclamações;
- Carta de Direitos e Deveres dos doentes;
- Norma NP EN ISO 9000:2000 – Sistema de Gestão da Qualidade – Fundamento e Vocabulário;

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

- Norma NP EN ISO 9001:2000 – Sistema de Gestão da Qualidade – Requisitos – Pontos 0.2, 8.3 e 8.5.

5. Responsabilidades Referentes a Não Conformidades

Ação	Responsabilidades
Deteção de não conformidades	- Qualquer profissional
Analisar as causas da não conformidade	- Gabinete de Gestão de Risco
Propor soluções	- O profissional que identificou a não conformidade; - O Responsável do Serviço; - O Gabinete de Gestão de Risco; - A CQSD.
Ação preventiva Ação corretiva	- Gabinete de Gestão de Risco - CQSD; - Responsáveis de Serviço.
Aprovação da ação preventiva ou corretiva	- CA
Avaliação da eficácia das soluções implementadas	- CQSD
Elaboração de relatório de não conformidades para apreciação na Revisão pela Gestão	- O Gestor do Manual em colaboração com o Responsável do Serviço.

6. Descrição

6.1. Notificação de Não Conformidade, Ocorrências e Sugestões Gerais

Qualquer profissional pode detetar não conformidades, ocorrências ou apresentar sugestões. Nessa medida, deverá comunicar ao Responsável do Serviço, devendo, em simultâneo, preencher o impresso próprio de notificação (PG2 – Proc 4 – Anx 1) que se encontra na intranet. O referido impresso deverá ser entregue ao responsável do serviço que o fará chegar ao Gabinete de Gestão de Risco. Contudo, o profissional que reporta pode entregar o impresso de notificação diretamente aos Gestores do Risco.

Após 2 dias úteis, os Gestores de Risco fazem chegar ao Diretor/Chefe Responsável um impresso de audição interna aos serviços (PG 2 – Proc 4 – Anx 2). Este, por sua vez , deve fazer uma análise crítica e propor soluções, num prazo de 10 dias úteis.

Posteriormente, os Gestores de Risco analisam a natureza e as causas da notificação e elaboram uma proposta de ação corretiva/preventiva, apresentando-a ao Diretor Clínico e à Enfermeira Diretora após 2 dias úteis.

O Diretor Clínico e a Enfermeira Diretora enviam uma resposta ao Gabinete de Gestão de Risco no prazo de 10 dias úteis, que implementa as ações necessárias.

Uma ação corretiva/preventiva só se considera encerrada quando estiver demonstrada a sua eficácia.

Para além das não conformidades, reclamações e sugestões, a necessidade de implementação de uma ação corretiva/preventiva pode ter origem em:

- ✓ Análise dos registos da qualidade efetuados;
- ✓ Relatório de auditorias internas e externas da Qualidade;
- ✓ Deteção de não conformidades críticas ou sistemáticas nos serviços prestados;
- ✓ Alteração da documentação.

6.2. Notificação de Não Conformidades ao Manual de Procedimentos dos SF

O profissional que detete não conformidades ao manual de procedimentos dos SF deve notificar em impresso próprio (PG2 – Proc 4 – Anx 3), que se encontra disponível nos SF.

A casuística destas notificações é enviada trimestralmente ao Gabinete de Gestão de Risco, pela responsável dos SF.

Os Gestores de Risco analisam a casuística, informam as chefias dos diferentes serviços e propõem soluções em colaboração com o responsável dos SF e com as chefias dos serviços envolvidos.

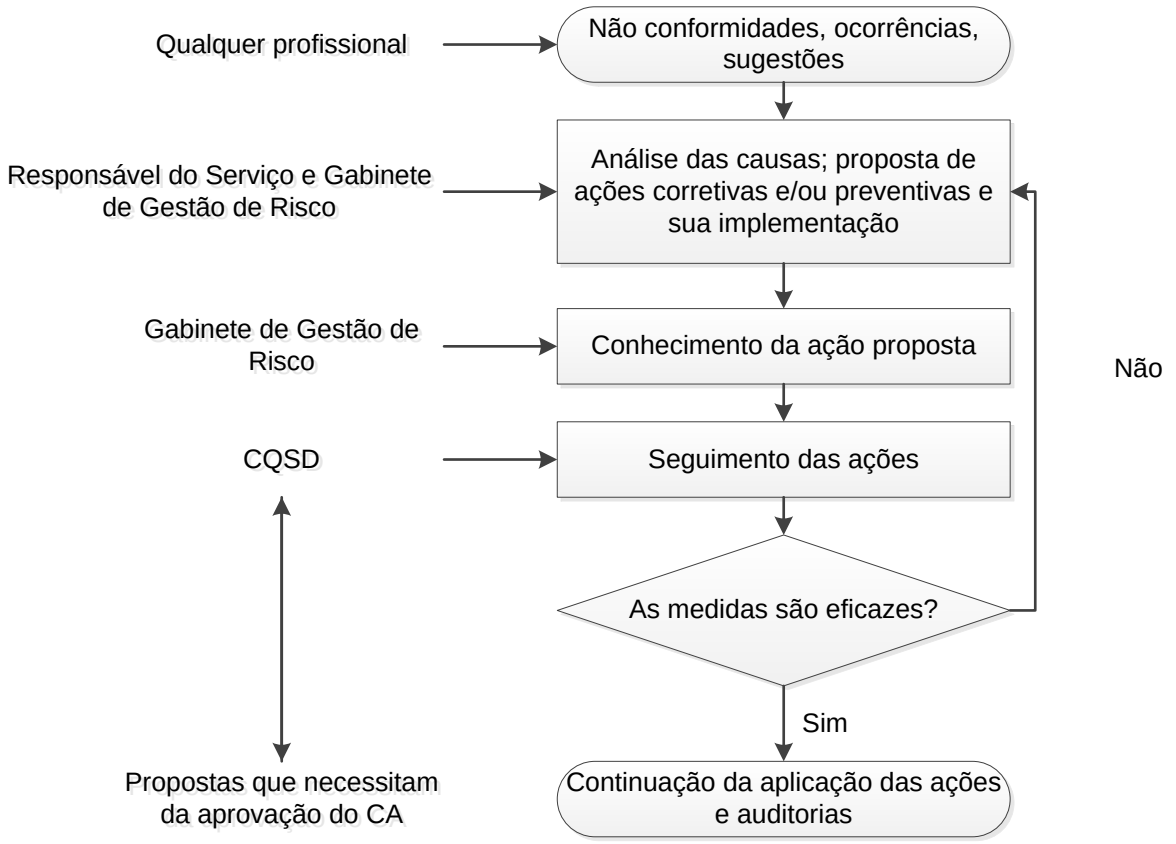
6.3. Folha de Registo de Eventos Adversos dos SF

Qualquer evento adverso decorrente das atividades dos SF deve ser notificado pelo profissional que o deteta através de impresso próprio (PG 2 – Proc 4 – Anx 4).

A casuística destas notificações é analisada pelos SF, servindo de indicador interno de qualidade do serviço, com vista à melhoria contínua.

Fluxograma

Responsabilidades



Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

7. Anexos

- PG 2 – Proc 4 – Anx 1 – Folha de Notificação do CHPVVC;
- PG 2 – Proc 4 – Anx 2 – Audição Interna aos Serviços
- PG 2 – Proc 4 – Anx 3 – Ficha de Não Conformidade ao Manual de Procedimentos dos SF;
- PG 2 – Proc 4 – Anx 4 – Folha de Registo de Eventos Adversos dos SF.

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

PG 3 – Proc 1 – Manual de Procedimentos dos SF

1. Objetivos

O objetivo deste procedimento é implementar o Manual de Procedimentos nos SF.

2. Âmbito

É aplicável a todos os profissionais e a todas as atividades desenvolvidas nos SF qualquer que seja o seu âmbito.

3. Definições

Não tem.

4. Referências

- Regulamento do CHPVVC;
- Manual da Farmácia Hospitalar (Ministério da Saúde);
- Manual de Boas Práticas de Farmácia Hospitalar (Ordem dos Farmacêuticos).

5. Responsabilidades

Ver ponto 6.

6. Descrição

O Manual de Procedimentos dos SF define as regras de funcionamento do serviço. Este Manual é um instrumento de integração de um elemento novo no serviço e de consulta para os demais, sempre que é sentida a necessidade de orientação sobre determinada atividade. Abrange todas atividades desenvolvidas nestes Serviços:

- Aquisição de medicamentos e outros produtos farmacêuticos;
- Armazenamento de medicamentos nos SF;
- Produção de medicamentos, re-embalagem e etiquetagem de medicamentos;
- Distribuição de medicamentos;

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

- Controlo de medicamentos e outros produtos farmacêuticos;
- Fornecimento de informações sobre medicamentos e outros produtos farmacêuticos.

Compete aos Farmacêuticos do Serviço a elaboração ou modificação do Manual de Procedimentos; a aprovação do mesmo é da responsabilidade do CA.

O Manual é de aplicação obrigatória para todos os profissionais do Serviço e prestadores de serviço que exercem funções na mesma.

No Manual são definidas as bases gerais de funcionamento de todos os setores profissionais (Farmacêuticos, TDT, AT e AO).

7. Anexos

Não tem.

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

PG 3 – Proc 2 – Perfil dos Profissionais

1. Objetivos

O objetivo deste procedimento é definir as caraterísticas pessoais e profissionais dos vários elementos (Farmacêuticos, TDT, AT e AO) necessárias para o cumprimento eficaz do Manual da Qualidade.

2. Âmbito

Este procedimento é aplicável a todos os profissionais dos SF.

3. Definições

Não tem.

4. Referências

- Regulamento do CHPVVC;
- Manual de Procedimentos dos SF.

5. Responsabilidades

Ver ponto 6.

6. Descrição

Compete ao Responsável dos SF propor o perfil dos profissionais elegíveis para trabalhar nos SF.

Compete ao CA aprovar a proposta.

7. Anexos

Não tem.

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

PG 3 – Proc 3 – Integração, Orientação, Formação e Ensino nos SF

1. Objetivos

Este procedimento tem por objetivo proporcionar ao funcionário/estagiário recém-chegado ao Serviço um conjunto de informações que facilitem a sua integração e contribuam para a compreensão dos objetivos que os SF se propõem atingir, bem como da sua participação e posicionamento no conjunto de que passa a fazer parte.

Relativamente aos alunos estagiários, o estágio curricular do ciclo de estudo em Ciências Farmacêuticas das Faculdades de Farmácia e dos TDT do Ensino Politécnico visa assegurar a formação de modo a harmonizar-se com as normas de formação e do exercício da atividade profissional definidos para os países da União Europeia.

2. Âmbito

É aplicável a todos os profissionais dos SF.

3. Definições

Não tem.

4. Referências

- Manual de Procedimentos dos SF

5. Responsabilidades

É da competência do Responsável dos SF assegurar que o novo funcionário/estagiário realiza o programa de integração institucional.

Compete ao Responsável dos SF, em colaboração com todos os profissionais do serviço a elaboração do programa de integração interno do Serviço, bem como mantê-lo implementado e atualizado.

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

Cabe ao Responsável dos SF a integração e orientação dos funcionários/estagiários no Serviço.

Os Orientadores Individuais dos Estudantes Estagiários Farmacêuticos e TDT são homologados pelas Comissões Coordenadoras de Estágio das Faculdades de Farmácia e dos Institutos Politécnicos, respetivamente.

6. Descrição

6.1. Integração de Novos Funcionários

A integração do funcionário recém-chegado ao serviço deve ser realizada de acordo com os seguintes passos:

6.1.1. Apresentação ao Responsável de Serviço - Que procederá à sua apresentação à equipa de trabalho dos SF.

6.1.2. Visita – Efetuada pelo orientador de estágio a todos os setores dos SF. Posteriormente, é também realizada uma visita orientada pelo Responsável da Unidade Funcional de Formação à Unidade da Póvoa de Varzim.

6.1.3. Leitura dos Manuais de Procedimentos dos Serviços Farmacêuticos e Contabilísticos e Administrativos

6.1.4. Integração Efetiva - É o responsável pela integração que define o tempo necessário para que esta se processe, considerando a experiência anterior do novo funcionário e as caraterísticas pessoais que for revelando. (Se necessário, propõe estágio orientado em algum(ns) do(s) setor(es) dos SF).

6.1.5. Cronograma de Atividades para Integração de Farmacêuticos

SETOR	TEMPO PREVISTO
Gestão	2 semanas
Distribuição em DU	1 mês
Produção / Re-embalagem	1 semana
Distribuição tradicional	1 mês
Receção de encomendas	
Armazenamento de medicamentos	
Distribuição por stocks fixos	
Distribuição medicamentos de uso controlado	1 mês
Informação de medicamentos	2 semanas

6.1.6. Cronograma de Atividades para Integração de Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica

SETOR	TEMPO PREVISTO
Distribuição em DU	2 meses
Distribuição tradicional	2 meses
Receção de encomendas	
Armazenamento de medicamentos	
Distribuição por stocks fixos	
Preparações galénicas	1 mês

6.1.7. Cronograma de Atividades para Integração de Assistentes Técnicos

SETOR	TEMPO PREVISTO
Entradas e saídas de medicamentos e reagentes	3 semanas
Conferência de faturas	
Impressão de mapas de consumos mensais de todos os serviços	
Colaboração na elaboração de concursos	2 meses
Secretariar o serviço	
Estimativas de consumos e aquisições de medicamentos e reagentes	
Consultas no Catálogo Público de Aprovisionamento da ACSS	2 semanas
Aquisições de medicamentos e consultas de preços a fornecedores	
Funcionamento da Intranet e do correio eletrónico	

6.1.8. Cronograma de Atividades para Integração de Assistentes Operacionais

SETOR	TEMPO PREVISTO
Limpeza diária do serviço	1 semana
Limpeza de áreas que se encontrem sujas durante ou após a execução de uma tarefa	
Lavagem de todos os frascos e outro material necessário à preparação de manipulados	
Separação de resíduos e sua colocação nos respetivos contentores	
Entrega da medicação e reagentes aos Serviços	2 semanas
Transporte dos carros de medicação	
Recolha das folhas de reposição de stock dos SC, receitas de Estupefacientes, Benzodiazepinas e Psicotrópicos, e cestos dos medicamentos distribuídos pelo método tradicional	
Apoio aos TDT na reposição de stocks na DU e stocks fixos	
Apoio aos TDT na receção de encomendas e arrumação dos medicamentos no armazém	

6.2. Integração de Estudantes em Estágio Curricular

6.2.1. Farmacêuticos

O estágio curricular nos SF tem a duração aproximada de 2 meses, que se distribuem da seguinte forma:

MÓDULOS	TEMPO PREVISTO
Gestão e Organização dos Serviços Farmacêuticos Apresentação dos SF ao aluno, pelo Responsável dos SF; Perspetiva global do estágio; Apresentação do Manual de Procedimentos dos SF; Gestão de existências; Seleção de medicamentos, dispositivos médicos e outros produtos farmacêuticos; Receção de produtos farmacêuticos; Armazenamento de produtos farmacêuticos.	2 semanas
Distribuição Conhecimento global dos vários sistemas de distribuição de	

medicamentos existentes e seu enquadramento na legislação em vigor e no Manual de Boas Práticas; Conhecimento dos circuitos, periodicidade e vantagens/desvantagens de cada sistema de distribuição; Conhecimento dos circuitos e legislação vigente sobre Estupefacientes, Psicotrópicos, Benzodiazepinas e Hemoderivados; Dispensa de medicamentos extra-formulário; Políticas de antibióticos, diferença entre antibióticos disponíveis e de reserva; Protocolo de tratamento de ferida do CHPVVC, EPE.	3 semanas
Produção e Controlo Conceito integrado de garantia da qualidade; Preparação de formas farmacêuticas não estéreis; Re-embalagem.	1 semana
Informação e Atividades de Farmácia Clínica Conhecimento dos diferentes tipos de informação; Métodos de seleção, registo e arquivo de informação; Informação passiva e ativa (elaboração de uma resposta); Sensibilização e consciencialização da importância da existência de programas de monitorização de RAM; Sistema de farmacovigilância e meios de notificação; Atividades farmacêuticas na enfermaria; Reuniões periódicas de aperfeiçoamento (ações de formação, sessões clínicas hospitalares, revisões de atualização, etc.); Conhecimento das diferentes comissões técnicas existentes no hospital, legislação, competências, funções e composição multidisciplinar; Informação ao doente em ambiente hospitalar.	2 semanas

6.2.2. Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica

O estágio curricular nos SF tem a duração entre 6 a 8 semanas, que se distribuem da seguinte forma:

Produção de medicamentos Preparações não estéreis.	1 semana
Distribuição de medicamentos Dose unitária;	3 semanas

Tradicional; Reposição por níveis.	
Gestão do Medicamento e Controlo de Qualidade Aquisição e receção de medicamentos; Controlo de qualidade do medicamento; Gestão de stocks.	1 a 2 semanas

7. Anexos

Não tem.

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

PG 3 – Proc 4 – Determinação das Necessidades por Atividades

1. Objetivos

Este procedimento tem por objetivo definir as necessidades de recursos humanos para as diversas atividades exercidas nos SF.

2. Âmbito

Este procedimento é aplicável a todos os profissionais dos SF.

3. Definições

Não tem.

4. Referências

- Regulamento do CHPVVC;
- Manual de Procedimentos dos SF;
- Manual da Farmácia Hospitalar (Ministério da Saúde);
- Manual de Boas Práticas da Farmácia Hospitalar (Ordem dos Farmacêuticos).

5. Responsabilidades

É da responsabilidade do Responsável dos SF assegurar que todos os funcionários desempenhem as suas funções, atividades e responsabilidades; compete a cada funcionário desempenhar as funções, as atividades e que lhe foram confiadas, com as responsabilidades inerentes.

Ver ponto 6.

6. Descrição

Compete ao Responsável dos SF propor os profissionais para cada atividade.

Compete ao CA aprovar a composição dos SF.

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

As necessidades humanas para o funcionamento dos SF são definidas pela atividade realizada, respeitando o definido para cada grupo profissional e tendo em consideração a máxima eficácia e eficiência possíveis.

6.1. Afetação de Recursos Humanos por Área de Atividade

	Farmacêutico Hospitalar	TDT	AT	AO
Seleção e aquisição de medicamentos	1(TP)		1	
Receção e armazenamento de medicamentos e produtos farmacêuticos		1(TP)	1	1(TP)
Produção, re-embalagem e etiquetagem de medicamentos	1(TP)	1(TP)		1(TP)
Distribuição	2+1(TP)	3+1(TP)		2(TP)
Informação de medicamentos	3(TP)			
Garantia da qualidade/Controlo da qualidade	TP	TP	TP	TP

TP – Tempo Parcial

6.2. Funções, Atividades e Responsabilidades Gerais dos Profissionais dos SF

6.2.1. Farmacêuticos

- Gestão do medicamento (seleção, aquisição, armazenamento, controlo e distribuição);
- Gestão de outros produtos farmacêuticos (dispositivos médicos, reagentes, etc.);
- Principais responsáveis pela implementação e monitorização da política de medicamentos, definida no Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos (FHNM) e pela Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT);
- Manipulação de medicamentos;
- Controlo de matérias-primas e produtos acabados;
- Participação em Comissões Técnicas e outras comissões a nomear pelo Conselho de Administração (CA): Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), Comissão de Ética (CE), etc.
- Participar nas diferentes vertentes da Farmácia Clínica junto dos clínicos prescritores;

- Colaboração na elaboração de protocolos terapêuticos;
- Informação sobre medicamentos;
- Desenvolvimento de ações de formação.

6.2.2. TDT

- Preparação da medicação dos SC em Dose Unitária (DU);
- Verificação e preparação da medicação dos Serviços com reposição por stocks nivelados e respetivo débito informático;
- Reposição de stocks dos SC em DU;
- Preparação da medicação das requisições diárias e semanais dos SC e respetivo débito informático;
- Preparações Farmacêuticas (antissépticos, desinfetantes e pesagens);
- Controlo da re-embalagem e etiquetagem de formas sólidas;
- Receção dos produtos farmacêuticos e orientação da respetiva colocação no armazém pelo AO;
- Verificação mensal dos prazos de validade;
- Dispensa de medicamentos a doentes em regime de ambulatório (Desogestrel);
- Preparação da medicação para os doentes da UCA e respetivo débito informático;
- Colaboração na gestão de stocks de medicamentos;
- Colaboração em estágios de pré-graduação de Técnicos de Farmácia;
- Inventário.

6.2.3. AT

- Secretariar o Serviço:
- Atendimento telefónico de primeira linha;
- Emissão de notas de serviço interna, ofícios, declarações, envio de faxes a fornecedores;
- Manutenção informática de fornecedores;
- Arquivo de documentos;
- Receção e expedição de correspondência;
- Emissão e elaboração de etiquetas de medicação e vários rótulos dos SF;
- Verificar semanalmente faltas de material administrativo, consumo hoteleiro e clínico;
- Consultas para aquisição de medicamentos no catálogo público de aprovisionamento da ACSS;

- Aquisição de medicamentos, outros produtos farmacêuticos e produtos dos serviços de Patologia Clínica e Imunohemoterapia (emissão de notas de encomenda);
- Receção e conferência de faturas com a respetiva nota de encomenda, registo informático e respetivo protocolo para a Contabilidade;
- Colaboração com os TDT na receção de encomendas de medicamentos e outros produtos farmacêuticos, conferência e registo no protocolo;
- Registo no sistema informático de entradas de medicamentos e outros produtos farmacêuticos;
- Processamento mensal e envio em ficheiro Excel, das compras efetuadas através do catálogo de aprovisionamento da ACSS;
- Colaboração no fecho do mês (emissão de listagens de consumos por produto dos vários SC, fecho do mês no sistema informático e emissão de balancetes finais);
- Elaboração mensal de mapas e gráficos comparativos de consumos de medicamentos dos vários SC e análise ABC dos 20 mais consumidos por SC valor/quantidade;
- Colaboração na realização do inventário do serviço (emitir listagens por produto a zero, iniciar inventário no sistema informático, colocar as existências, processar inventário e emissão de listagens de acertos finais).
- Elaboração trimestral dos mapas enviados pela contabilidade dos medicamentos fornecidos em ambulatório (planeamento familiar, artrite reumatoide e outras patologias).

6.2.4. AO

- Limpeza diária do serviço;
- Limpezas diárias específicas durante ou após a execução de uma tarefa;
- Lavagem de todos os frascos e outro material necessários à preparação de manipulados;
- Entrega da medicação aos SC;
- Armazenamento de soluções injetáveis de grande volume e inflamáveis;
- Recados internos;
- Apoio aos TDT na reposição de stocks dos serviços em DU e stocks nivelados;
- Transporte dos carros de medicação;
- Apoio à receção de encomendas e arrumação dos medicamentos no armazém sob orientação de um TDT;
- Recolha dos cestos dos SC para reposição de medicação dos armários do recurso e receitas de Estupefacientes, Psicotrópicos e Benzodiazepinas;
- Entrega de Estupefacientes, Psicotrópicos e Benzodiazepinas nos SC;
- Separação de resíduos e sua colocação nos respetivos contentores;

- Re-embalagem de medicamentos.

7. Anexos

Não tem.

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

PG 3 – Proc 5 – Perfil do Cliente

1. Objetivos

O objetivo deste procedimento é definir as caraterísticas dos clientes dos SF.

2. Âmbito

Este procedimento é aplicável aos clientes internos e aos clientes externos.

3. Definições

Clientes Internos: são todos os profissionais do CHPVVC;

Clientes Externos: utentes abrangidos por legislação da DGS.

4. Referências

- Manual de Procedimentos dos SF;
- Despacho 18419/2010;
- Despacho 12782/98;
- Decreto-Lei nº75/2013.

5. Responsabilidades

Ver ponto 6.

6. Descrição

Os SF possuem autonomia técnica e científica, sujeitos à orientação geral do CA do CHPVVC, perante os quais respondem pelos resultados do seu exercício, para assegurar a terapêutica medicamentosa aos doentes, a qualidade, eficácia e segurança dos medicamentos, integrando as equipas de cuidados de saúde.

Desta forma, é da responsabilidade dos SF a distribuição de medicamentos e produtos farmacêuticos a todas as especialidades/valências do CHPVVC de forma a satisfazer as necessidades terapêuticas dos doentes.

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

Os SF estão também encarregues de dispensar medicação aos utentes abrangidos pela legislação supramencionada.

7. Anexos

Não tem.

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

PG 3 – Proc 6 – Monitorização Qualitativa e Quantitativa do Desempenho

1. Objetivos

Este procedimento tem por objetivo coligir informação quantitativa e qualitativa necessária à introdução de medidas corretivas que melhoram o desempenho dos SF e dos profissionais.

2. Âmbito

É aplicável a todos os profissionais dos SF.

3. Definições

***Avaliação de desempenho dos profissionais*:** processo de avaliação individual, tendo em consideração a sua produtividade e a qualidade no exercício das suas diferentes atividades.

***Avaliação de desempenho dos SF*:** processo de avaliação do modo de funcionamento dos SF com recurso a inquéritos de satisfação de clientes.

4. Referências

- Lei nº 66-B/2007 – Regulamenta o Sistema Integrado de Gestão e Avaliação do Desempenho na Administração Pública (SIADAP);
- Decreto-Lei nº 564/99 – SIADAP específico da carreira.

5. Responsabilidades

Ver ponto 6.

6. Descrição

6.1 Avaliação de Desempenho dos Profissionais

A avaliação de desempenho dos profissionais dos SF é realizada de acordo com a legislação em vigor, sendo a avaliação dos Técnicos Superiores de Saúde (Farmacêuticos), Assistentes

Técnicos e Assistentes Operacionais realizada segundo a Lei nº 66-B/2007 e a avaliação dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica segundo o Decreto-Lei nº 564/99.

6.1.2 Competências

Compete ao Responsável dos SF fazer a monitorização do desempenho de todos os profissionais dos SF.

Compete ao CA nomear um membro para avaliar o Responsável dos SF.

Compete ao Responsável pelos SF a avaliação dos Técnicos Superiores de Saúde (Farmacêuticos) e dos AT.

Compete ao Responsável pelos SF em parceria com o Técnico mais graduado dos SF a avaliação dos TDT.

Compete ao Responsável pelos SF em parceria com um membro nomeado pelo CA a avaliação do Técnico mais graduado.

Compete ao Encarregado Geral Operacional a avaliação dos AO tendo em consideração a monitorização do desempenho realizada pelo Responsável dos SF.

6.2 Avaliação de Desempenho dos SF

A avaliação de desempenho dos SF é realizada com base na análise dos dados recolhidos pelos inquéritos de satisfação dirigidos quer aos clientes internos (PG 3 – Proc 5 – Anx1) quer aos clientes externos (PG 3 – Proc 5 – Anx 2).

O inquérito para clientes internos é respondido anualmente pelas chefias dos vários serviços por recolha de opinião de todos os profissionais do respetivo serviço.

O inquérito para clientes externos é respondido anualmente pelos utentes abrangidos pela legislação cuja dispensa é efetuada pessoalmente ao balcão de atendimento dos SF.

Compete ao Responsável dos SF, de acordo com os dados obtidos pela avaliação de desempenho, pelas não conformidades relatadas e tratadas ou pelos resultados dos inquéritos de avaliação do grau de satisfação de clientes propor:

- Formação específica adaptada às funções e competências;
- Ações de melhoria, que se pretende contínua.

7. Anexos

- PG 3 – Proc 6 – Anx 1 – Inquérito de Satisfação de Clientes Internos;
- PG 3 – Proc 6 – Anx 2 – Inquérito de Satisfação de Clientes Externos.

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

PO 1 – Proc 1 – Aquisição de Medicamentos e Outros Produtos Farmacêuticos

1. Objetivos

Este procedimento tem como objetivo garantir a existência de stocks para um período médio de um mês, para que a rutura nunca seja atingida e não haja um excesso de medicamentos em stock.

2. Âmbito

Este procedimento aplica-se aos Serviços Farmacêuticos do CHPVVC, EPE.

3. Definições

Aquisição: Procedimento que permite aos SF possuir medicamentos e outros produtos farmacêuticos, em qualidade e quantidade, necessários para satisfazer todas as necessidades dos utentes do CHPVVC, EPE

4. Referências

- Manual de Procedimentos Administrativos e Contabilísticos dos Serviços Farmacêuticos;
- Manual de Procedimentos dos SF.

5. Responsabilidades

É da responsabilidade do Responsável dos SF manter este procedimento atualizado e implementado.

6. Descrição

As aquisições dos medicamentos fazem-se de acordo com as necessidades, utilizando-se o catálogo de aprovisionamento público da saúde dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS).

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

Para alguns medicamentos, dispositivos médicos e reagentes da Imunohemoterapia e Patologia Clínica fazem-se concursos públicos de acordo com o Decreto-Lei nº18/2008 de 29 de janeiro.

Conforme o montante a adjudicar há concursos públicos, limitados, consulta prévia e concursos internacionais.

A aquisição dos medicamentos é feita através do Catálogo de Aprovisionamento da Saúde do SPMS.

A aquisição de reagentes da Imunohemoterapia e Patologia Clínica, dietas lácteas e entéricas e reagentes de química seca tem em consideração os concursos públicos realizados pelo Serviço de Aprovisionamento e Logística do CHPVVC.

Para os gases medicinais tem-se feito, até hoje, concurso público, mas posteriormente será um acordo quadro, atendendo a que os mesmos já existem em catálogo, e é obrigatória a sua compra de acordo com despacho ministerial.

Todas as aquisições estão sujeitas a aprovação do CA, mediante envio aos SF de um compromisso.

A compra de medicamentos de uso esporádico, específicos para um doente, é feita diretamente numa farmácia comunitária, após autorização de um membro do CA.

6.1. Aquisição de Estupefacientes, Psicotrópicos e Benzodiazepina

A aquisição de Estupefacientes, Psicotrópicos e Benzodiazepinas é realizado de modo semelhante aos restantes medicamentos, diferindo na obrigatoriedade do preenchimento e envio do modelo nº 1506 da INCM (PO 1 – Proc1 – Anx 1) por correio ao fornecedor.

7. Anexos

- PO 1 – Proc1 – Anx 1 – Modelo nº 1506 da INCM

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

PO 1 – Proc 2 – Receção e Armazenamento de Medicamentos e Outros Produtos Farmacêuticos nos SF

1. Objetivos

Este procedimento tem como objetivo garantir a receção e o armazenamento de medicamentos de forma segura e de fácil acesso.

2. Âmbito

Este procedimento é aplicável aos Serviços Farmacêuticos do CHPVVC, EPE.

3. Definições

Armazéns Centrais: constituídos por um armário metálico móvel, dividido em módulos com prateleiras, que deslizam sobre carris e por prateleiras fixas.

Armazéns Periféricos: compartimentos exteriores situados no logradouro do hospital (para armazenamento de inflamáveis, corretivos da volémia e gases medicinais).

Módulos de Gavetas: conjunto de gavetas plásticas rotuladas e encaixadas numa estrutura metálica destinados aos medicamentos preparados para DU.

Cofre: armário fechado com chave (para armazenamento de Estupefacientes, Psicotrópicos e Benzodiazepinas).

Frigoríficos: com temperatura controlada entre 2 °C e 8 °C.

Arca Congeladora: com temperatura controlada entre -15 °C e -20 °C.

4. Referências

- Manual da Farmácia Hospitalar - Ministério da Saúde.

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

5. Responsabilidades

É da responsabilidade do Farmacêutico Responsável pelos SF manter este procedimento atualizado e implementado.

A aplicação do procedimento é da responsabilidade dos TDT e dos AO dos SF.

6. Descrição

Aquando da receção de medicamentos e outros produtos farmacêuticos são conferidas a qualidade e quantidade dos produtos recebidos por comparação entre a fatura/guia de remessa e a respetiva nota de encomenda.

Depois de rececionados, todos os medicamentos são armazenados no respetivo armazém, por ordem alfabética de Denominação Comum Internacional (DCI) e de acordo com a regra FEFO (First Expired, First Out).

No caso dos medicamentos preparados para dose unitária os de validade mais curta são colocados no interior de um saco com indicação de se gastar em primeiro lugar.

6.1. Medicamentos que Necessitam de Refrigeração

Todos os medicamentos que necessitam de frio são distribuídos pelos dois frigoríficos e uma arca congeladora, com temperatura controlada existente nos SF.

Um frigorífico para Imunoglobulinas, Vacinas e Tuberculina e outro para a restante medicação. Uma arca para acondicionar Dinoprostona, dispositivo de libertação prolongada.

Em caso de avaria proceder conforme as PO 1 – Proc 2 – IT 1 e PO 1 – Proc 2 – IT2.

6.2. Medicamentos Estupefacientes, Psicotrópicos e Benzodiazepinas

Nos SF, os medicamentos Estupefacientes, Psicotrópicos e Benzodiazepinas são armazenados num cofre grande, sem segredo.

Nos SC, estes medicamentos são armazenados nos seguintes locais:

- ENFERMARIAS – cofre ou gaveta fechados localizado na sala de enfermagem com stock definido qualitativa e quantitativamente. A chave fica ao cuidado do Enfermeiro Chefe ou seu legal substituto.
- BLOCOS – cofre ou gaveta fechados, com um stock central definido qualitativa e quantitativamente. A chave fica ao cuidado do Enfermeiro Chefe ou seu legal substituto e dos Enfermeiros destacados para a anestesia. Em cada uma das salas e no recobro existe uma caixa com um pequeno stock definido qualitativa e quantitativamente que é reposto no início de cada turno a partir do stock central.
- CARROS DE EMERGÊNCIA E SACOS DE TRANSPORTE DO DOENTE CRÍTICO DOS SERVIÇOS CLÍNICOS – existe stock definido qualitativa e quantitativamente em carro e saco selado, da responsabilidade dos enfermeiros chefes para tal designados.

6.3. Medicamentos Hemoderivados

No armário metálico móvel (albumina) ou num frigorífico dos SF; em frigoríficos fechados no serviço de Urgência e no Serviço de Medicina Mulheres (para consumo durante o período de encerramento dos SF), sendo a posse das chaves da responsabilidade do Chefe de Equipa da Urgência ou do Médico de Serviço na Unidade de Vila do Conde.

6.4. Medicamentos Inflamáveis

Em armazém periférico exterior ao hospital.

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

6.5. Medicamentos Corretivos da Volémia

Em armazém periférico exterior ao hospital.

6.6. Gases Medicinais

Armazenados no logradouro do hospital junto à central de gases medicinais.

6.7. Medicamentos Gerais

No armazém central localizado nos SF – prateleiras móveis.

Medicamentos de grande volume – prateleiras fixas.

6.8. Medicamentos Preparados para Dose Unitária

Em módulos de gavetas.

NOTA: Todas as conferências são assinadas e datadas pelo profissional que confere.

7. Anexos

Não tem.

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

PO 1 – Proc 2 – IT 1 – Como Proceder em Caso de Avaria de um Frigorífico

1. Objetivos

O objetivo desta Instrução de Trabalho é descrever o modo de atuação perante uma avaria de um frigorífico nos SF.

2. Âmbito

É aplicável aos profissionais dos SF e aos profissionais do Serviço de Instalações e Equipamentos (SIE).

3. Descrição

Em caso de avaria de um dos frigoríficos todos os medicamentos nele armazenados devem de imediato ser transferidos para outro.

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

PO 1 – Proc 2 – IT 2 – Como Proceder em Caso de Avaria da Arca Congeladora

1. Objetivos

O objetivo desta Instrução de Trabalho é descrever o modo de atuação perante uma avaria na arca congeladora nos SF.

2. Âmbito

É aplicável aos profissionais dos SF e aos profissionais do SIE.

3. Descrição

Em caso de avaria da arca congeladora, a Dinoprostona deve ser colocada numa arca igual existente no Bloco de Partos.

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

PO 1 – Proc 3 – Controlo de Medicamentos e Outros Produtos Farmacêuticos

1. Objetivos

Este procedimento tem como objetivo estabelecer normas relativas ao controlo de medicamentos e outros produtos farmacêuticos nos SF e nos SC.

2. Âmbito

É aplicável aos Serviços Farmacêuticos e Serviços Clínicos do CHPVVC, EPE.

3. Definições

Controlo: verificação de quantidades e qualidade (forma farmacêutica, dose, lote e prazo de validade) dos medicamentos e outros produtos farmacêuticos armazenados nos SF e existentes nos vários SC.

4. Referências

- Manual de Procedimentos dos SF

5. Responsabilidades

É da responsabilidade do Farmacêutico Responsável pelos SF manter este procedimento atualizado e implementado.

É da responsabilidade do Enfermeiro Chefe do SC manter este procedimento atualizado e implementado.

É da responsabilidade dos Farmacêuticos:

- O controlo regular dos medicamentos e outros produtos farmacêuticos armazenados nos SC;
- O controlo das quantidades dos medicamentos e outros produtos farmacêuticos em armazém;
- Registo de produtos inutilizados por centro de custo/valência em impresso próprio;
- Elaboração de mapas de inutilização por centro de custo/valência.

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

É da responsabilidade dos TDT:

- A verificação e registo bi-semanal dos medicamentos a encomendar;
- Registo de produtos inutilizados por centro de custo/valência em impresso próprio;
- O controlo mensal dos prazos de validade dos medicamentos cuja validade termina nos três meses seguintes.

É da responsabilidade do Enfermeiro Chefe ou seu legal substituto:

- O controlo das quantidades e prazos de validade dos medicamentos armazenados no seu armário de recurso;
- Informar os SF sobre medicamentos cujo prazo de validade expira nos próximos três meses.

6. Descrição

6.1. Aquisição de Medicamentos e Outros Produtos Farmacêuticos

Sempre que é necessário encomendar medicamentos, os TDT fazem um registo que é validado pelo Responsável dos SF.

6.2. Receção de Medicamentos e Outros Produtos Farmacêuticos

Para todos os medicamentos que dão entrada nos SF confere-se, no ato da receção, a qualidade e quantidade dos produtos recebidos por comparação entre a fatura/guia de remessa e a respetiva nota de encomenda, sendo registado o lote e prazo de validade correspondentes. Esta função compete aos TDT, AT ou Farmacêuticos.

Na receção de Hemoderivados o TDT confere para além da quantidade, dosagem, lote e prazo de validade, a existência do Certificado de Aprovação para Utilização Terapêutica do INFARMED. Após esta validação, o TDT armazena os referidos medicamentos em local específico a eles destinado. Posteriormente, regista o tipo de medicamento, lote, prazo de validade, laboratório fornecedor e o certificado do INFARMED em folha própria (PO 1 – Proc 3 – Anx 1). Os documentos supracitados (certificado de aprovação para utilização terapêutica do

INFARMED e a cópia da nota de encomenda) são arquivados em pasta própria. Para a Albumina Humana, é registada a sua entrada na ficha de prateleira (PO 1 – Proc 3 – Anx 2).

No caso dos medicamentos Estupefacientes, Psicotrópicos e Benzodiazepinas além do controlo comum a todos os medicamentos, aquando da entrada e armazenamento destes medicamentos nos SF é realizado um registo em ficha de prateleira (PO 1 – Proc 3 – Anx 2) e o duplicado da fatura é arquivado em pasta própria. Posteriormente uma Farmacêutico dá entrada no sistema informático, validando todo o processo anterior.

6.3.Armazenamento de Medicamentos e Outros Produtos Farmacêuticos

Durante a primeira semana de cada mês o TDT responsável retira do sistema informático as listagens dos medicamentos a expirar nos próximos três meses, atualizando o sistema de acordo com as existências reais. Deve informar o Responsável dos SF da necessidade de troca, aquisição e/ou destruição dos medicamentos a expirar. O TDT deve ainda informar o responsável do SC da necessidade de verificação e troca de produtos.

O Enfermeiro Chefe ou seu legal substituto, sempre que achar oportuno, deve informar os SF dos medicamentos que necessita trocar por validade mais longa.

Todos os medicamentos cuja validade expirou ou inutilizados quer nos SC quer nos SF são registados em mapas por centro de custo/valência (PO 1 – Proc 3 – Anx 3), sendo estes enviados aos respetivos diretores, enfermeiros chefe e ao CA.

Semanalmente, procede-se a um inventário dos medicamentos e produtos farmacêuticos de maior rotação. Anualmente, procede-se a um inventário de todos os medicamentos e produtos farmacêuticos.

NOTA: Todas as conferências são assinadas e datadas pelo profissional que confere.

7. Anexos

- PO 1 – Proc 3 – Anx 1 – Registo de Entrada de Hemoderivados
- PO 1 – Proc 3 – Anx 2 – Ficha de Prateleira
- PO 1 – Proc 3 – Anx 3 – Mapa de Inutilização por Centro de Custo/Valência

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

PO 2 – Proc 1 – Produção de Medicamentos

1. Objetivos

Este procedimento tem como objetivo regulamentar a preparação de algumas formas farmacêuticas em doses adequadas às necessidades do Centro Hospitalar.

A preparação de formas farmacêuticas nos SF deste Centro Hospitalar destina-se a:

- Satisfazer necessidades dos SC;
- Fracionamento de comprimidos;
- Preparação de soluções extemporâneas de baixo consumo.

2. Âmbito

Este procedimento é aplicável aos Serviços Farmacêuticos do CHPVVC, EPE.

3. Definições

Substância Ativa: Toda a matéria de origem humana, animal, vegetal ou química, à qual se atribui uma atividade apropriada para constituir um medicamento.

Forma Farmacêutica: Estado final que as substâncias ativas apresentam depois de submetidas às operações farmacêuticas necessárias, a fim de facilitar a sua administração e obter o maior efeito terapêutico desejado.

Matéria-Prima: Toda a substância, ativa ou não, que se emprega na preparação de um medicamento, quer permaneça inalterável quer se modifique ou desapareça no decurso do processo.

Excipiente: Toda a matéria-prima que, incluída nas formas farmacêuticas, se junta às substâncias ativas ou suas associações, para lhes servir de veículo, possibilitar a sua preparação e a estabilidade do medicamento, modificar as suas propriedades organoléticas ou determinar as propriedades físico-químicas do medicamento e a sua bio disponibilidade.

4. Referências

- Boas Práticas da Farmácia Hospitalar – Ordem dos Farmacêuticos;
- Farmacopeia Portuguesa VI;
- Portaria nº 594/2004 de 2 de Junho, publicado no Diário da Republica – I série B.

5. Responsabilidades

É da responsabilidade do Farmacêutico Responsável pelos SF manter este procedimento atualizado e implementado.

É da responsabilidade dos Farmacêuticos:

- Supervisionar e controlar a preparação de medicamentos manipulados;
- Preparar medicamentos manipulados;
- Supervisionar as fichas de preparação;
- Rever e atualizar procedimentos;
- Selecionar os profissionais e avaliar a competência técnica e experiência e proceder à atribuição de funções adequadas, tendo em conta a respetiva competência e experiência;
- Solicitar a aquisição de matérias-primas, equipamento e manutenção deste, sempre que não exista um contrato de serviços de manutenção, da instituição com uma determinada empresa;
- Estabelecer normas básicas de higiene dos profissionais, abrangendo no mínimo os seguintes aspetos:
  - ✓ Proibição de comer e fumar no local de preparação, bem como de realizar qualquer prática anti-higiénica ou outras suscetíveis de o contaminarem;
  - ✓ Uso de equipamento de proteção a cada preparação (bata, luvas, máscara, gorro, etc.)
  - ✓ Periodicidade da substituição regular do equipamento de proteção e situações específicas que também o exigem;
  - ✓ Afastamento temporário, das atividades de preparação, de pessoas com doenças infeciosas ou lesões da pele.
- Ensino.

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

É da responsabilidade dos TDT:

- Preparar medicamentos manipulados;
- Registar a preparação;
- Controlar os stocks de matérias-primas, material e produto acabado;
- Ensino.

É da responsabilidade dos AO:

- Limpeza de material e equipamento;
- Limpeza das instalações da Secção de Farmacotecnia e das zonas anexas.

6. Descrição

6.1. Organização e Funcionamento

A organização da Secção de Farmacotecnia baseia-se em normas gerais necessárias à atividade do setor.

A preparação de medicamentos assenta nas normas de Boas Práticas de Fabrico.

A mecânica de funcionamento deve assegurar o acesso em qualquer momento a uma informação completa sobre todos os aspetos de interesse relativos ao processo de preparação e garantia de qualidade dos produtos. Para isso, existe um registo constituído por documentos normalizados.

Cada etapa do processo de preparação tem que se desenvolver em condições tais que resulte possível garantir o nível de qualidade requerido no produto acabado.

6.2. Instalações e Equipamento

As instalações e equipamentos estão relacionados com o tipo e nível de exigência das preparações farmacêuticas a executar. No setor de Farmacotecnia desta instituição apenas se elaboram preparações não estéreis.

A secção de preparação de medicamentos é constituída por um setor de preparações não - estéreis. Esta área inclui:

- Zona de pesagem;
- Zona de preparação de soluções extemporâneas e fracionamento de comprimidos;
- Zona de lavagem do material.

A secção de preparação de medicamentos dispõe do seguinte equipamento:

- Balança monoprato;
- Máquina de selar plástico;
- Material vário de laboratório – almofarizes, balões de vidro, espátulas, bisturi, etc.

Existe uma área de armazenamento de matérias-primas e produtos acabados.

Existe uma área de produtos inflamáveis e tóxicos com condições de segurança adequadas localizada fora dos SF.

6.3.Planificação da Produção de Medicamentos

A preparação tem em conta as normas de Boas Práticas de Fabrico de medicamentos.

É autorizada às farmácias hospitalares a preparação de medicamentos para serem utilizados pelos doentes em internamento, nos SC do hospital e pelos doentes em ambulatório quando tal se justifica.

A planificação da Farmacotecnia é elaborada tendo em conta os pedidos dos SC.

As soluções preparadas são validadas e, posteriormente, enviadas ao SC no mesmo dia em que são requisitadas.

6.4.Preparação de Medicamentos

Para cada fórmula farmacêutica existem sempre dois tipos de fichas:

FICHA DE PREPARAÇÃO (PO 2 – PROC 1 - ANX 1) - Contem toda a informação necessária ao processo de fabrico nas condições pré-fixadas:

- Nome do medicamento;
- Forma farmacêutica;
- Nº de lote de fabrico;
- Data de fabrico;

- Composição qualitativa e quantitativa, incluindo as matérias-primas, quantidades e nº de lote respetivo;
- Nº de unidades obtidas;
- Prazo de validade;
- Identificação do profissional que efetuou a preparação (Farmacêutico ou TDT)
- Identificação do Farmacêutico que validou a preparação.

FICHA TÉCNICA (PO 2 – PROC 1 - ANX 2) – Indica a fórmula e específica as instruções técnicas (procedimentos) para a preparação da forma farmacêutica, assim como informações específicas consideradas de interesse e bibliografia.

Estas fichas encontram-se organizadas em ficheiros de fácil acesso e utilização.

6.4.1. Matérias-Primas

As matérias-primas encontram-se organizadas e armazenadas num armário específico para este efeito.

Quando se pretende executar uma fórmula farmacêutica, esta inicia-se pela seleção e conferência das matérias-primas necessárias de acordo com a ficha de preparação.

6.4.2.Material de Embalagem

Material adequado às preparações executadas:

- Soluções: frascos de vidro âmbar com rolha de rosca.

- Comprimidos Fracionados: bolsa formada por fita de alumínio e outra de celofane de cor âmbar (PO 2 – Proc 2)

6.4.3.Preparação Propriamente Dita

Os procedimentos para a preparação de medicamentos não estéreis estão descritos nas fichas técnicas para cada forma e fórmula farmacêutica.

Os medicamentos não estéreis preparados nos SF englobam as soluções extemporâneas e doses fracionadas de comprimidos.

Antes de iniciar a preparação do medicamento manipulado, o Farmacêutico deverá assegurar-se:

- Da segurança do medicamento no que respeita às dosagens das substâncias ativas e à existência de incompatibilidades e interações que possam pôr em causa a ação do medicamento ou a segurança do doente;
- Que estão disponíveis todas as matérias-primas, corretamente rotuladas e com prazos de validade em vigor, bem como os equipamentos utilizados na sua preparação, os quais devem apresentar-se em bom estado de funcionamento e limpeza;
- Que no ato da preparação apenas existem na mesa de trabalho os componentes necessários para a produção da formulação em causa;
- Que a utilização de matérias-primas e materiais de embalagem é realizada de modo a cumprir a regra de que se utilizam primeiro aquelas cuja validade caduca primeiro.

Os métodos de preparação devem ser tais que permitam que o produto final, além de possuir o teor de substância ativa pretendido, satisfaça as exigências da monografia genérica sobre a forma farmacêutica que está inscrita na Farmacopeia Portuguesa, salvo exceção autorizada e justificada.

As operações devem ser padronizadas, sobretudo quando se trate de preparações a ser repetidas, de modo a garantir a reprodutibilidade da qualidade final do medicamento manipulado.

7. Anexos

- PO 2 – Proc 1 – Anx 1 – Ficha de Preparação;
- PO2 – Proc 1 – Anx 2 – Ficha Técnica.

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

PO 2 – Proc 2 – Re-embalagem e Etiquetagem de Medicamentos

1. Objetivos

Este procedimento tem como objetivo normalizar:

- O fornecimento dos medicamentos nas condições que garantam que a administração possa fazer-se corretamente, na dose prescrita e no momento indicado;
- O envio dos medicamentos perfeitamente identificados e sempre que possível em DU dos SF para todos os SC;
- Reaver os medicamentos com garantia de serem reaproveitados.

2. Âmbito

É aplicável aos Serviços Farmacêuticos do CHPV/VC, EPE.

3. Definições

É o procedimento pelo qual se acondiciona um medicamento para que possa ser administrado ao doente na dose prescrita pelo Médico.

A re-embalagem do medicamento exige os seguintes requisitos:

- Conter uma quantidade de medicamento destinado a uma só toma ou conter uma só unidade de dosificação (embalagem com uma cápsula ou um comprimido);
- Proporcionar uma adequada proteção do conteúdo frente aos agentes ambientais (luz, humidade, calor, etc.);
- Permitir uma identificação fácil, precisa e completa;
- Garantir uma embalagem de abertura fácil, rápida e segura.

4. Referências

- Manual da Farmácia Hospitalar – Ministério da Saúde;
- Boas Práticas de Farmácia Hospitalar – Ordem de Farmacêutico.

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

5. Responsabilidades

É da responsabilidade do Farmacêutico Responsável pelos SF manter este procedimento atualizado e implementado.

Na re-embalagem dos medicamentos, é da responsabilidade dos Farmacêuticos:

- Supervisionar e orientar o fracionamento e re-embalagem dos medicamentos, sempre que necessário.

Na re-embalagem, é da responsabilidade dos TDT:

- Supervisionar e orientar a área de re-embalagem;
- Verificar os pedidos efetuados pela secção de distribuição;
- Supervisionar e controlar os medicamentos fracionados antes da re-embalagem;
- Identificar as doses re-embaladas se necessário;
- Verificar o produto final;
- Controlar os stocks dos medicamentos re-embalados;
- Requisitar inspeção e verificação do equipamento;
- Registar os medicamentos que re-embala;
- Efetuar registo e elaborar ficheiro de medicamentos re-embalados.

Na re-embalagem, é da responsabilidade dos AO:

- Re-embalar formas farmacêuticas sólidas para uso oral, que se destinam a todo o tipo de distribuição de medicamentos.
- Fracionar medicamentos segundo indicação dos TDT.

É da responsabilidade dos TDT da área de Distribuição:

- Registar os pedidos de Re-embalagem preenchendo impresso próprio (PO 2 – Proc 2 – Anx1);

É da responsabilidade dos TDT na etiquetagem:

- Selecionar os medicamentos a etiquetar.

- Elaborar as etiquetas no sistema informático.
- Imprimir e colar etiquetas.

6. Descrição

Devem ser re-embaladas:

- Formas farmacêuticas sólidas orais, quando não é possível adquiri-las com apresentação e identificação adequadas à distribuição em DU (ex.: medicamentos "a granel" e blister sem identificação por comprimido de reduzidas dimensões).

- Formas farmacêuticas sólidas orais que necessitam de fracionamento para corresponderem à dose prescrita (ex.: dose que implica administrar metade ou um quarto de comprimido) obtidas na produção.

Devem ser etiquetadas:

- Formas farmacêuticas sólidas orais, quando não é possível adquiri-las com apresentação e identificação adequadas à distribuição em DU quando as suas dimensões permitem a identificação com rótulo legível.

A re-embalagem e etiquetagem são feitas:

- Com segurança e higiene;

- Em condições que permitem uma boa conservação e armazenamento;

- Com economia: dado que as boas condições de manipulação dos medicamentos em doses unitárias, melhoram o controlo dos prazos de validade, de inventário e de possível reciclagem ou revertência dos mesmos;

- Em zona específica com equipamento próprio, utilizando um conjunto de operações, incluindo o acondicionamento e a rotulagem.

6.1. Instalações e Equipamentos

A zona de re-embalagem de medicamentos encontra-se anexa ao armazém central.

Utilizam-se bisturis para fracionamento de comprimidos.

Utiliza-se um método semi-automático para a re-embalagem de formas farmacêuticas sólidas para uso oral. Recorre-se a uma máquina de embalagem em tira contínua.

Na etiquetagem, utilizam-se etiquetas autocolantes e impressora.

6.2. Funcionamento do Setor de Re-embalagem

É re-embalado apenas um medicamento de cada vez, não devendo nunca existir outros medicamentos na área da re-embalagem. No fim da re-embalagem de um produto retiram-se todas as unidades excedentes e efetua-se a limpeza do equipamento.

Os rótulos e saquetas com timbragem não utilizadas são retiradas.

Deve-se conhecer as caraterísticas dos produtos a re-embalar com a finalidade de se poder garantir a estabilidade do medicamento re-embalado (sua composição, eventuais alterações com a luz e a humidade, requisitos para o seu armazenamento, etc.)

Antes de iniciar a operação de re-embalagem, fazer uma avaliação organolética do medicamento – cor, cheiro e aspeto; verificar ainda o seu correto fracionamento..

O TDT que necessita do medicamento a re-embalar faz chegar ao AO o pedido acompanhado dos medicamentos destinados à re-embalagem.

No setor de re-embalagem o TDT organiza as providências necessárias para responder ao pedido, logo que possível.

Para re-embalar formas sólidas orais para a distribuição, o AO procede à introdução no computador da máquina de re-embalar das informações que vão constar do rótulo e o TDT verifica e confere as informações introduzidas. Seguidamente, na máquina de re-embalar, os comprimidos, cápsulas ou drageias são colocados manualmente no prato da máquina, que o AO coloca numa bolsa. Esta bolsa é formada por uma tira de papel de alumínio opaca na qual o rótulo é impresso, e uma tira de celofane de cor âmbar, seladas pela ação do calor.

As normas de funcionamento da máquina de re-embalagem estão descritas no PO 2 – Proc 2 – IT 1.

6.3. Controlo/Registo da Re-embalagem

No impresso que serve para registo:

- Descrição completa do medicamento ou produto a re-embalar fazendo constar nome, dose e forma farmacêutica;
- Identificação do medicamento (nome comercial, lote, validade e quantidade);
- Informação de re-embalagem (lote, validade e quantidade);
- Identificação do TDT que verificou a re-embalagem e que introduziu no computador as informações que constam no rótulo;
- Identificação do AO que re-embalou.

6.4. Prazo de Validade

Os medicamentos que não se retiram do blister têm um prazo de validade igual ao da embalagem original.

Os medicamentos a granel, que se retiram do blister ou que se fracionam têm uma validade correspondente a 25% do tempo compreendido entre a data de re-embalagem e a data de validade do laboratório produtor – nunca excedendo os 6 meses.

6.5. Rótulo

Cada unidade re-embalada ou etiquetada tem que estar devidamente identificada.
Obrigatoriamente tem que constar:

- Denominação comum internacional ou designação registada;
- Dose (expressa em números);
- A unidade de medida ou atividade deve ser expressa através de abreviaturas que se ajustem ao sistema internacional;
- Número de lote de origem;
- Prazo de validade

7. Anexos

- PO 2 – Proc 2 – IT 1 – Normas de Funcionamento da Máquina de Re-embalagem
- PO 2 – Proc 2 – Anx1 – Registo de Embalagem

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

PO 2 – Proc 2 – IT 1 – Normas de Funcionamento da Máquina de Re-embalar

1. Objetivos

O objetivo desta Instrução de Trabalho é descrever o modo de funcionamento da máquina de re-embalar.

2. Âmbito

É aplicável aos AO dos SF.

3. Descrição

No início e no fim do funcionamento, entre a re-embalagem de cada lote de medicamentos (iguais ou diferentes) e depois de qualquer reparação, a máquina deve ser limpa do seguinte modo:

- Limpeza a seco com compressa de gaze limpa;
- Desinfeção com gaze humedecida com álcool a 70º;
- Secagem.

A máquina deve permanecer coberta quando não estiver em uso.

O AO que procede à re-embalagem tem de usar:

- Avental descartável.
- Máscara (mudará sempre que necessário)
- Luvas (mudará sempre que mudar o medicamento)
- A máquina é calibrada e verificada quando é preciso, por técnicos da empresa que comercializa a máquina.

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

PO 3 – Proc 1 – Distribuição e Fornecimento de Medicamentos Controlados aos SC

1. Objetivos

Este procedimento tem como objetivo garantir a segurança e o controlo de medicamentos Hemoderivados, Estupefacientes, Psicotrópicos e Benzodiazepinas nos SF e nos SC.

2. Âmbito

É aplicado aos Serviços Farmacêuticos e Serviços Clínicos do CHPVVC, EPE.

3. Definições

Hemoderivados: medicamentos derivados do plasma humano. Os medicamentos Hemoderivados são adquiridos e dispensados de acordo com o Despacho nº 11291/97 (2ª série), da Secretaria de Estado da Saúde, publicado no D. R. nº 267 de 18 de Novembro de 1997. Este resultou da necessidade de organizar e uniformizar ficheiros hospitalares que registem com rigor, a identificação dos lotes/fabricantes/distribuidores dos medicamentos Hemoderivados e dos doentes aos quais são administradas unidades medicamentosas dos mesmos, a fim de que se possa, credivelmente, investigar a eventual relação de causalidade entre a administração terapêutica destes medicamentos e a deteção de doença infeciosa transmissível pelo sangue.

Estupefacientes, Psicotrópicos e Benzodiazepinas: substâncias que, em consequência da sua administração repetida, provocam estados de intoxicação crónica e dependência física e psíquica. O controlo destas substâncias, devido a estas caraterísticas, rege-se pelo decreto regulamentar nº 61/94 do D.R. nº 236 I série, entretanto, transformado na portaria nº 981/1998 do D.R. nº 216 de 18 de Setembro de 1998 II série, que aprova os modelos das receitas médicas para os medicamentos constantes das tabelas de Estupefacientes, Psicotrópicos e Benzodiazepinas, os registos dos movimentos de entradas e saídas das substâncias e suas preparações.

Cofre, Armário Fechado: locais onde os Estupefacientes, Psicotrópicos e Benzodiazepinas são armazenados com segurança.

Stock dos Serviços Farmacêuticos: lista qualitativa e quantitativa do conjunto de Estupefacientes, Psicotrópicos e Benzodiazepinas existentes nos SF.

Stock de Enfermaria: lista qualitativa e quantitativa de Estupefacientes, Psicotrópicos e Benzodiazepinas existentes nos vários SC.

4. Referências

- Despacho nº 1051/2000;
- Decreto Regulamentar nº 61/94 de 12 de outubro;
- Decreto-Lei 15/93 de 22 de janeiro
- Portaria nº981/98 de 8 de junho.

5. Responsabilidades

É da responsabilidade do Farmacêutico Responsável pelos SF manter este procedimento atualizado e implementado.

A aplicação do procedimento é da responsabilidade de todos os Farmacêuticos nos SF, dos Médicos e Enfermeiros nos SC.

6. Descrição

6.1. Medicamentos Hemoderivados

São dispensados por este tipo de distribuição todos os medicamentos derivados do sangue existentes nos SF (albumina humana, imunoglobulinas específicas e inespecíficas). O controlo do plasma vírus inativado é realizado pelo Serviço de Hemoterapia, permitido pelo Despacho nº 1051/2000.

A requisição de Hemoderivados é feita pelo Médico prescritor em impresso próprio – modelo nº 1804 da Imprensa Nacional Casa da Moeda (PO 3 – Proc 1 – Anx 1), constituído por duas vias: *Via Farmácia e Via Serviço.*

Depois de preenchido pelo Médico, este modelo é enviado aos SF onde é validado por um Farmacêutico.

O Farmacêutico atribui à requisição um número sequencial, regista o medicamento, quantidade, lote, fornecedor e o número do Certificado do INFARMED. Regista a saída, de imediato, por doente no sistema informático.

Para a Albumina Humana, prescrita em DU, é registado pelo TDT em impresso próprio (PO 3 – Proc 1 – Anx 2), a data, o nome do doente, o SC, o número de cama e o número de registo sequencial, quantidade diária, o lote, o laboratório, o fornecedor e o número de registo do Certificado de INFARMED.
A *Via Serviço* fica no processo clínico do doente para serem registados todas as administrações.
É fornecida a quantidade diária, no carro de DU, sendo cada unidade identificada com nome do doente, cama, serviço e condições de armazenamento. É enviado ao SC com o modelo 1804 que, depois de assinado pelo enfermeiro, devolve aos SF a *Via Farmácia*. No final do tratamento a *Via Serviço* é enviada aos SF para validar e registar os lotes enviados de acordo com o PO 3 – Proc 1 – Anx 2.
O limite de tratamento para este medicamento é de 3 dias, findo os quais, o médico prescritor deve preencher novo modelo se achar necessário prolongar o tratamento.

Todos os outros Hemoderivados são entregues diretamente a um AO ou Enfermeiro do serviço requisitante, que assina a receção.

A *Via Farmácia* é arquivada em pasta própria por ordem crescente de nº sequencial nos SF. No caso da Albumina Humana é anexado à *Via Farmácia* o PO 3 – Proc 1 – Anx 2.

Todos os medicamentos utilizados têm que possuir um registo no modelo nº 1804 da INCM, que vem aos SF para atribuição do registo sequencial e dar a respetiva saída no sistema informático.

Nos SC o Enfermeiro que administra o Hemoderivado ao doente é responsável pelo registo da administração na *Via Serviço* do modelo nº 1804. Depois de concluída toda a terapêutica o Enfermeiro arquiva a *Via Serviço* no processo clínico. Quando é interrompido o tratamento o Enfermeiro fica obrigado a devolver as unidades remanescentes aos SF.

No Serviço de Urgência da Unidade da Póvoa de Varzim e no Serviço de Medicina Mulheres da Unidade de Vila do Conde, existe um stock avançado de medicamentos Hemoderivados predefinido pela CFT.

Este stock só é utilizado fora do horário dos SF, de acordo com as normas aprovadas em anexo (PO 3 – Proc 1 – Anx 3).

6.2. Medicamentos Estupefacientes, Psicotrópicos e Benzodiazepinas

São dispensados por este tipo de distribuição todos os medicamentos constantes nas tabelas I A, e II C do Decreto-Lei 15/93 de 22 de janeiro, que incluem os estupefacientes utilizados no Centro Hospitalar.

Sempre que necessitem de repor o seu stock, os Enfermeiros Chefes enviam as requisições – modelo nº 1509 da INCM (PO 3 – Proc 1 – Anx 4), até às dez horas e trinta minutos de cada dia, aos SF. O Farmacêutico verifica se as requisições recebidas estão devidamente preenchidas, fornece os medicamentos requisitados debitando a sua saída na respetiva ficha de prateleira.

As requisições rececionadas depois desta hora são fornecidas apenas no dia seguinte.

O Farmacêutico responsável avia as receitas recebidas e dá saída no sistema informático por doente. Outro Farmacêutico confere as receitas e os medicamentos antes da saída para os SC. Depois de rececionados, nos SF, os originais das receitas são arquivados em pasta própria por meses.

Nos SC com DU, estes medicamentos são fornecidos na gaveta do doente e as saídas são dadas automaticamente, por doente, no sistema informático.

O transporte destes medicamentos, na Unidade da Póvoa de Varzim, é feito por um AO dos SF, que os entrega diretamente ao Enfermeiro Chefe ou Enfermeiro responsável por turno, entre as 12:30 horas e as 15:00 horas; este depois de conferir assina e devolve o original da requisição, pelo mesmo AO, aos SF.

Na Unidade de Vila do Conde, o transporte é feito por um AO, em cofre fechado, que efetua os mesmos procedimentos da Unidade da Póvoa de Varzim.

No caso dos injectáveis, dos prescritos em SOS (não fornecidos em DU) e dos medicamentos prescritos fora do horário da DU, o Enfermeiro retira do stock o medicamento que necessita e preenche o modelo nº 1509 da INCM. O Enfermeiro Chefe ou seu legal substituto envia, quando necessário, as requisições aos SF, para ser reposto o stock, sendo estas assinadas pelo Diretor do Serviço ou seu legal substituto.

NOTA: Todas as conferências são assinadas e datadas pelo profissional que confere.

7. Anexos

- PO 3 – Proc 1 – Anx 1 – Modelo nº 1804 da INCM;
- PO 3 – Proc 1 – Anx 2 – Impresso de Registo de Albumina na Dose Unitária dos SF;
- PO3 – Proc 1 – Anx 3 – Normas de Utilização dos Hemoderivados que se Encontram nos Frigoríricos da Urgência e no Serviço de Medicina Mulheres;
- PO 3 – Proc 1 – Anx 4 – Modelo nº 1509 da INCM.

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

PO 3 – Proc 2 – Distribuição Clássica de Medicamentos

1. Objetivos

Este procedimento tem como objetivo normalizar a distribuição clássica de medicamentos.

2. Âmbito

É aplicável aos Serviços Farmacêuticos e Serviços Clínicos do CHPVVC, EPE.

3. Definições

Distribuição Clássica: fornecimento de medicamentos para reposição das quantidades previamente estabelecidas de cada SC.

4. Referências

- Boas Práticas da Farmácia Hospitalar – Ordem dos Farmacêuticos;
- Manual de Farmácia Hospitalar – INFARMED.

5. Responsabilidades

É da responsabilidade do Farmacêutico Responsável pelos SF supervisionar a atualização e implementação deste procedimento. A sua aplicação é da responsabilidade dos Farmacêuticos, TDT e AO nos SF e dos Enfermeiros nos SC.

6. Descrição

A distribuição clássica de medicamentos e outros produtos farmacêuticos aplica-se a todos os SC para fornecimento de certos medicamentos tais como:

Soluções e suspensões orais, pomadas e cremes, material de penso, antissépticos e desinfetantes, reagentes de diagnóstico rápido e soluções injetáveis de grande volume.
Nos SC que não possuem DU, este tipo de distribuição aplica-se sempre que for necessário.

6.1. Requisição pelos SC

Cada Serviço tem um stock específico, previamente estabelecido entre o Diretor de Serviço, o Enfermeiro Chefe e o Responsável dos SF e a partir do qual se elabora o perfil das requisições para cada SC (PO 3 – Proc 2 – Anx 1).

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

Em cada SC o Enfermeiro chefe ou seu substituto requisita informaticamente os medicamentos de que necessita de acordo com o perfil do seu stock. Posteriormente nos SF, o TDT faz uma impressão da requisição, procedendo logo à sua execução. O abate ao stock é feito automaticamente. Isto para os pedidos efetuados até às 10.30h; fora deste horário todas as requisições, para serem aviadas, carecem de telefonema prévio do Enfermeiro do SC conforme previamente acordado.

Antes da saída para os SC outro TDT confere toda a medicação pedida.

Por fim procede-se ao seu transporte, o qual é realizado pelos AO dos SF.

Por vezes surgem pedidos extraordinários de medicamentos, por rutura de stocks ou por não fazerem parte do perfil. Para serem enviados têm que passar pelos mesmos procedimentos, sendo necessário um aviso prévio do consumo previsto.

Quando o medicamento em causa carece de justificação clínica (PO 3 – Proc 2 – Anx 2), esta deve ser enviada aos SF para análise e autorização para posterior fornecimento.

Para material de penso que necessita de justificação é necessário que da requisição conste a justificação do Enfermeiro Chefe.

NOTA: Todas as conferências são assinadas e datadas pelo profissional que confere.

7. Anexos

- PO 3 – Proc 2 – Anx 1 – Exemplo de Requisição do SC;
- PO 3 – Proc 2 – Anx 2 – Impresso de Justificação de Receituário Extraformulário.

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

PO 3 – Proc 3 – Distribuição de Medicamentos por Reposição de Stocks Fixos

1. Objetivos

Este procedimento tem como objetivo normalizar a distribuição de medicamentos por reposição de stocks fixos.

2. Âmbito

É aplicável aos Serviços Farmacêuticos e Serviços Clínicos do CHPVVC, EPE.

3. Definições

Distribuição por Reposição de Stocks Fixos: fornecimento de medicamentos pelos SF, após verificação do seu consumo, em quantidades que se destinam a repor o stock previamente estipulado para esse serviço.

4. Referências

- Manual da Farmácia Hospitalar – Ministério da Saúde;
- Boas Práticas da Farmácia Hospitalar – Ordem dos Farmacêuticos.

5. Responsabilidades

É da responsabilidade do Farmacêutico responsável pelos SF supervisionar a atualização e implementação deste procedimento. A sua aplicação é da responsabilidade dos Farmacêuticos, TDT e AO nos SF e dos Enfermeiros Chefes e Diretores de Serviço nos SC.

6. Descrição

Em cada SC, os medicamentos estão armazenados em módulos de gavetas, em quantidades e qualidade estipulados previamente pelo Diretor de Serviço, Enfermeiro Chefe e Responsável dos SF.

Os serviços que recebem medicamentos por este tipo de distribuição são:

6.1. Serviços Clínicos sem Internamento

- Bloco de Partos
- Bloco Operatório
- Unidade de Cirurgia Ambulatório
- Urgência

Em dias estipulados um TDT vai ao serviço verificar as quantidades a repor.

Nos SF um TDT procede ao aviamento do stock a repor, regista no sistema informático as quantidades fornecidas, outro TDT confere e um AO transporta o mesmo ao SC.

No caso da urgência, este procedimento aplica-se para a ala pediátrica e para alguns medicamentos da ala de adultos.

6.2. Serviços Clínicos com Internamento

- Pediatria
- Neonatologia
- Obstetrícia / Ginecologia
- Urgência

Diariamente um Farmacêutico valida as prescrições médicas destes Serviços. No dia estipulado, o Farmacêutico imprime o mapa de registos de administrações e contabiliza as quantidades dos medicamentos a repor. Elabora um pedido informático do serviço, que depois é aviado, satisfeito e conferido pelos TDT.

Os medicamentos são transportados aos respetivos serviços, por um AO dos SF.

Sempre que seja necessário um medicamento que não esteja incluído no stock estabelecido ou tenha entrado em rutura, os SF devem rececionar o pedido informático feito pelo Enfermeiro, que será de seguida satisfeito por um TDT.

Quando, para além disto o medicamento em causa carece de justificação clínica, o Enfermeiro envia aos SF a justificação extra formulário (PO 3 – Proc 2 – Anx 2) devidamente preenchida pelo Médico e assinada pelo respetivo Diretor de Serviço, para posterior análise e fornecimento.

NOTA: Todas as conferências são assinadas e datadas pelo profissional que confere.

7. Anexos

- PO 3 – Proc 2 – Anx 2 – Impresso de Justificação de Receituário Extraformulário

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

PO 3 – Proc 4 – Distribuição Individual Diária em Dose Unitária (DIDDU)

1. Objetivos

Este procedimento tem como objetivo normalizar a distribuição individual diária em DU.

2. Âmbito

É aplicável aos Serviços Farmacêuticos e Serviços Clínicos do CHPVVC, EPE.

3. Definições

Distribuição Individual Diária em Dose Unitária: Consiste na dispensa, a partir da interpretação da prescrição médica por parte do Farmacêutico, das doses de medicamento necessários para cada doente para um período de 24 horas, sempre que possível em dose unitária, sendo cada unidade identificada pela DCI dosagem, prazo validade e lote de fabrico.

Neste Centro Hospitalar a DIDDU compreende a distribuição de medicamentos prescritos para administração entre as 15 horas até às 14 horas do dia seguinte.

4. Referências

- Manual da Farmácia Hospitalar – Ministério da Saúde;
- Boas Práticas da Farmácia Hospitalar – Ordem dos Farmacêuticos.

5. Responsabilidades

É da responsabilidade do Farmacêutico responsável pelos SF manter este procedimento atualizado e implementado.

A aplicação do procedimento é da responsabilidade dos Farmacêuticos, TDT e AO dos SF.

6. Descrição

Este sistema de distribuição abrange os serviços de Cirurgia, Medicina Homens, Medicina Mulheres e Ortopedia, cuja prescrição é feita “on-line”.

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

6.1. Procedimento Diário nos SF

Todos os Serviços com DIDDU têm um Farmacêutico responsável, assim como apoio de um TDT. Os medicamentos são distribuídos aos SC, nos carros de DU, por um AO dos SF. Estes carros são constituídos por cassetes fechadas com gavetas, identificadas com o respetivo SC e o dia a que se referem. Todas as gavetas estão rotuladas com o nome e número de cama do doente.

No início da manhã e durante o horário de funcionamento dos SF, cada Farmacêutico responsável pelo seu SC, valida as prescrições médicas, gera mapas de alterações e entrega-os aos TDT para estes procederem às alterações nas gavetas dos doentes. Estes mapas contêm também as altas, transferências de camas e de serviço previamente efetuadas pelo Secretário de Unidade.

À posteriori, o Farmacêutico confere as alterações efetuadas pelos TDT.

Este procedimento vai-se repetindo ao longo da manhã e até às 13:30 horas. A esta hora o Farmacêutico dá saída informática e comunica aos TDT que podem enviar os carros para os respetivos SC pelos AO dos SF.

De seguida, imprime os mapas gerais (que compreendem a medicação de cada doente para o dia seguinte) que entrega aos TDT para iniciarem a preparação das cassetes. No final o Farmacêutico faz a conferência da medicação preparada.

No final da manhã, as cassetes do dia anterior, devolvidas aos SF, são recebidas por um TDT que reverte toda a medicação que não foi administrada à exceção dos Estupefacientes, Psicotrópicos e Benzodiazepinas, uma vez que esta compete aos farmacêuticos.

6.2. Validação da Prescrição Médica

A prescrição médica é validada por um Farmacêutico, podendo este apenas alterar a unidade de medicamento a fornecer, de acordo com o stock dos SF.

A validação da prescrição médica compreende a avaliação dos medicamentos, doses, frequências, incompatibilidades, vias de administração, justificações e duração de tratamento, quando aplicáveis.

Sempre que se verifique alguma não conformidade, o Farmacêutico contacta o Médico prescritor / Médico do doente dando o seu parecer técnico como Farmacêutico Clínico.

6.3. Procedimento nos Serviços de Medicina, Cirurgia e Ortopedia

Os Médicos fazem a prescrição clínica ”on-line”.

A prescrição “on-line” está disponível 24 horas e o Médico prescreve sempre em DCI. Esta prescrição contém sempre informação relativa ao número do processo do doente, nome do doente, idade, SC e número de cama, dieta instituída e outras prescrições não medicamentosas.

6.4. Administrações Imediatas

Sempre que seja necessária determinada medicação que não exista no armário de recurso do SC, o Enfermeiro contacta previamente e envia aos SF através do AO, do seu SC, o “registo de reposição de medicação” (PO3 – Proc 4 – Anx 1) onde indica o medicamento e a quantidade que pretende, o nome do doente e o número da cama.

Se a medicação que se pretende administrar ao doente existir no armário de recurso do respetivo SC, o Enfermeiro retira do armário e faz um pedido de reposição que posteriormente chega aos SF, pelas AO dos SF.

6.5. Processamento de Alterações

Toda a medicação prescrita após a última validação (13:30 horas) é retirada do armário de recurso dos SC, para as próximas 24 horas, ficando o Enfermeiro obrigado a fazer o registo de reposição.

Nos SF, o TDT que repõem a medicação, faz o registo informático do consumo, sendo posteriormente conferido por outro TDT e enviado ao SC por um AO.

NOTA: Todas as preparações e conferências das cassetes são assinadas e datadas pelo profissional que as executou.

7. Anexos

- PO 3 – Proc 4 – Anx 1 – Impresso do Controlo de Stock do Armário de Recurso

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

PO 3 – Proc 5 – Distribuição de Medicamentos a Clientes Externos

1. Objetivos

Este procedimento tem como objetivo normalizar o fornecimento gratuito de medicamentos a doentes abrangidos por legislação específica.

2. Âmbito

É aplicável aos Serviços Farmacêuticos, Serviço de Obstetrícia, Unidade de Cirurgia de Ambulatório do CHPVVC, EPE e doentes externos.

3. Definições

Distribuição de Medicamentos a Clientes Externos: É o fornecimento gratuito do medicamento "Desogestrel" a puérperas após a alta do Serviço de Obstetrícia do CHPVVC, EPE (Despacho 12782/98) e dispensa de anti-inflamatórios e analgésicos aos utentes da UCA, de acordo com deliberação da CFT (Decreto-Lei nº75/2013). Contempla também a dispensa gratuita de medicamentos a doentes abrangidos por legislação da DGS e Ministério da Saúde (Despacho 18419/2010 – medicamentos biológicos).

Horário de Atendimento: Período de tempo em que há Farmacêuticos e TDT disponíveis para a receção da prescrição e dispensa do medicamento.

Validação da Prescrição: Confirmar que todos os dados necessários estão presentes e de acordo com as normas estabelecidas.

4. Referências

- Despacho 12782/98
- Decreto-Lei nº75/2013
- Despacho 18419/2010

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

5. Responsabilidades

É da responsabilidade do Farmacêutico Responsável pelos SF manter este procedimento atualizado e implementado.

Os Farmacêuticos são responsáveis pela validação e fornecimento destes medicamentos, sendo que a distribuição do "Desogestrel" e da medicação para os utentes da UCA pode ser partilhada pelos TDT. No que se refere aos medicamentos biológicos, todo o processo (verificação, validação, informação e cedência) é da responsabilidade apenas dos Farmacêuticos.

6. Descrição

O fornecimento de medicamentos de dispensa gratuita aos doentes efetua-se no balcão de atendimento geral dos SF ("Desogestrel" e medicamentos biológicos), durante o seu horário de funcionamento.

A prescrição do "Desosgestrel", que é feita informaticamente pelo médico aquando da alta da puérpera, é validada pelos Farmacêuticos no ato de fornecimento.

A prescrição dos medicamentos biológicos é feita por médicos externos, com consulta certificada na DGS, em suporte de papel e entregue nos SF pelo utente. Após validação da receita, é elaborada a nota de encomenda. Depois de recepcionado o medicamento o doente é contactado telefonicamente por um AT dos SF.

A prescrição da medicação para os utentes da UCA é realizada em suporte de papel pelo Responsável da Especialidade e enviada com uma semana de antecedência aos SF. Aqui, depois de preparada e identificada por um TDT e conferida por outro, a medicação é acompanhada de informação sobre a sua posologia e frequência de administração. É enviada à UCA no dia da intervenção cirúrgica.

NOTA: Todas as conferências são assinadas e datadas pelo profissional que confere.

7. Anexos

Não tem.

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

PO 3 – Proc 6 – Distribuição de Gases Medicinais

1. Objetivos

Este procedimento tem como objetivo normalizar a distribuição de gases medicinais e garantir a segurança e controlo da sua utilização.

2. Âmbito

É aplicável aos Serviços Farmacêuticos, Serviços Clínicos, Ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) e Serviço de Instalação e Equipamentos (SIE) do CHPVVC, EPE.

3. Definições

Gás Medicinal: gás utilizado com fins terapêuticos e com indicações precisas. Os utilizados no CHPVVC, EPE são o Oxigénio, Ar Respirável, Dióxido de Carbono Medicinal e Protóxido de Azoto.

4. Referências

- Decreto-Lei nº 176/2006 de 30 de agosto.

5. Responsabilidades

É da responsabilidade do Farmacêutico Responsável pelos SF manter este procedimento atualizado e implementado. Compete a este a resolução de todas as não conformidades deste procedimento.

É da responsabilidade dos Farmacêuticos o registo informático dos consumos de gases medicinais nas duas unidades e na SIV;

É da responsabilidade dos TDT na Unidade da Póvoa:

- Zelar pela manutenção das quantidades necessárias até ao próximo pedido;
- Comunicar aos AT as quantidades de Gases Medicinais a encomendar;
- Comunicar à Responsável dos SF qualquer anomalia que ocorra;

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

- Distribuir e registar o consumo das embalagens de reduzidas dimensões (BO5).

É da responsabilidade do SIE na Unidade de Vila do Conde, articulando-se com os SF:

- Rececionar e zelar pela manutenção das quantidades necessários até ao próximo pedido
- Comunicar aos AT dos SF as quantidades de Gases Medicinais a encomendar;
- Comunicar à Responsável dos SF qualquer anomalia que ocorra;
- Distribuir as embalagens de reduzidas dimensões (BO5);

É da responsabilidade dos AO o transporte das embalagens de reduzidas dimensões para os SC.

6. Descrição

As Centrais de Gases são constituídas por várias rampas, sendo as garrafas substituídas por um AO que as controla. Fora do horário deste funcionário, soa um alarme no Serviço de Urgência e o AO de serviço procede à respetiva substituição.

Diariamente o TDT verifica o stock existente junto à Central de Gases Medicinais e transmite aos AT a quantidade a pedir de acordo com as necessidades.

A receção de Gases Medicinais é feita dentro do horário de funcionamento dos SF, por um AO, o qual comunica a um TDT a receção. O TDT verifica se o pedido está conforme e entrega a guia de remessa ao setor administrativo.

As botijas de reduzidas dimensões são rececionadas da mesma forma das anteriores, são armazenadas nos SF e fornecidas aos SC por distribuição clássica.

Este procedimento diz respeito à Unidade da Póvoa de Varzim.

Na Unidade de Vila do Conde o mesmo é efetuado por um funcionário do SIE.

As botijas destinadas à SIV ficam armazenadas na central de gases medicinais. Compete à equipa da SIV assegurar a sua substituição.

7. Anexos

Não tem.

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

PO 3 – Proc 7 – Controlo das Movimentações de Medicamentos e Outros Produtos Farmacêuticos

1. Objetivos

Este procedimento tem como objetivo estabelecer normas relativas ao controlo de medicamentos e outros produtos farmacêuticos nos SF.

2. Âmbito

É aplicável aos Serviços Farmacêuticos e Serviços Clínicos do CHPVVC, EPE.

3. Definições

Controlo: verificação das movimentações dos medicamentos e outros produtos farmacêuticos entre os SF e os SC.

4. Referências

- Manual de Procedimentos dos SF

5. Responsabilidades

É da responsabilidade do Farmacêutico Responsável pelos SF manter este procedimento atualizado e implementado.

É da responsabilidade dos Farmacêuticos:

- O controlo mensal das saídas de medicamentos e outros produtos farmacêuticos para os SC;
- O controlo mensal das entradas e saídas de medicamentos.

6. Descrição

Semanalmente um Farmacêutico efetua o controlo das existências de todos os Hemoderivados e de Estupefacientes, Psicotrópicos e Benzodiazepinas e semanalmente confere as mesmas com o sistema informático.

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

Trimestralmente é enviado ao INFARMED um CD onde constam todos os movimentos de entradas e saídas destes medicamentos.

Antes do fecho do mês são retiradas do sistema informático listagens de consumos por centro de custo/valência; os Farmacêuticos verificam se as saídas foram corretamente debitadas em qualidade e quantidade.

Após o fecho do mês são elaborados mapas comparativos de consumos por centro de custo/valência, analisados pelo Responsável dos SF. Estes mapas são posteriormente enviados aos Diretores de Serviço e ao CA.

7. Anexos

Não tem

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

PO 4 – Proc 1 – Fornecimento de Informação Sobre Medicamentos e Outros Produtos Farmacêuticos

1. Objetivos

Elaborar procedimentos que garantam uma informação objetiva, verdadeira, imparcial e clara em tempo útil, otimizando o uso das fontes de informação.

2. Âmbito

É aplicável aos Serviços Farmacêuticos e Serviços Clínicos do CHPVVC, EPE.

3. Definições

Serviço de Informação de Medicamentos: Atividade dirigida a proporcionar informação sobre medicamentos, dispositivos médicos e outros produtos farmacêuticos e à resolução de problemas específicos.

Informação de Medicamentos: Conhecimentos científicos e técnicos dos medicamentos, dispositivos médicos e outros produtos farmacêuticos que permitem o seu uso apropriado.

4. Referências

- Manual da Farmácia Hospitalar – Ministério da Saúde
- Manual de Boas Práticas da Farmácia Hospitalar – Ordem dos Farmacêuticos

5. Responsabilidades

É da responsabilidade do Responsável dos SF manter este procedimento implementado e atualizado.

A aplicação do procedimento é da responsabilidade dos Farmacêuticos dos SF.

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

6. Descrição

6.1. Receção de Solicitação

As solicitações de informação podem ser colocadas por escrito, por telefone ou pessoalmente, não devendo existir intermediários. É necessário identificar o consultante (médico, enfermeiro, utente, …) obtendo todos os dados necessários, como o nome, meio de contacto, rapidez da resposta, etc., a fim de se estabelecerem prioridades.

6.2. Registo de Pedidos de Solicitação

Todas as consultas são registadas em formulário normalizado (PO 5 – Proc 1 – Anx 1) que inclui:

- número do pedido de informação, data e hora do pedido e da resposta, identificação do consultante, pergunta, farmacêutico que responde e outros dados necessários para a resolução do problema.

6.3. Pesquisa e Seleção de Fontes

O Farmacêutico deve clarificar a pergunta de modo a selecionar rapidamente as fontes disponíveis.

A pesquisa deve ser iniciada por livros e arquivos existentes nos SF. Podem ser consultados - Centros de Informação Nacional, Laboratórios e INFARMED.

A informação obtida das várias fontes é avaliada, interpretada e combinada, realizando-se uma análise crítica dos dados encontrados.

6.4. Elaboração e Comunicação da Resposta

A resposta é sempre fornecida verbalmente e em seguida por escrito.

6.5. Arquivo das Solicitações

Todas as solicitações são posteriormente arquivadas por nº de solicitação.

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

É prestada informação às comissões da instituição (CFT, CE, etc.), sempre que estas o solicitem.

7. Anexos

- PO 4 – Proc 1 – Anx 1 – Impresso Normalizado para Registo de Pedido de Informação e Respetiva Resposta

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

PS 1 – Proc 1 – Circuito de Comunicação Interna nos SF

1. Objetivos

Este procedimento visa estabelecer regras para a comunicação entre os profissionais da equipa multiprofissional dos SF do CHPVVC.

2. Âmbito

È aplicável a todos os profissionais dos SF do CHPVVC.

3. Definições

Comunicação: processo de interação social através de mensagens verbais ou não verbais.

Comunicação Interna: processo de comunicação entre profissionais dos SF.

4. Referências

Não tem

5. Responsabilidades

Ver ponto 6.

6. Descrição

Toda a informação a ser divulgada entre os profissionais dos SF será transmitida pelo Responsável dos SF através de documentos, que serão apresentados da forma entendida como mais conveniente, nomeadamente expositores apropriados ou em reuniões convocadas para o efeito.

As reuniões setoriais ou gerais serão espaços de debate e desenvolvimento de consensos entre os diferentes profissionais dos SF.

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

A informação a transmitir, sob a forma de circulares informativas ou normativas, provém de uma das seguintes entidades:

- Responsável dos SF;
- CA;
- Unidade Funcional de Formação;
- CQSD;
- CFT
- Outras comissões nomeadas pelo CA.

Sempre que for entendido por conveniente, a informação será transmitida individualmente aos profissionais a quem se dirige, com confirmação expressa de que dela tomou conhecimento, quando necessário.

A comunicação interna não específica será feita entre pares ou grupos profissionais, usando a linguagem descrita, sempre de modo a contribuir para a desejada melhoria contínua do Serviço.

7. Anexos

Não tem

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

PS 1 – Proc 2 – Circuito de Comunicação Externa nos SF

1. Objetivos

Este procedimento estabelece as normas de comunicação com pessoas externas aos SF.

2. Âmbito

È aplicável na gestão da comunicação externa dos SF e abrange todos os seus profissionais.

3. Definições

Comunicação: processo de interação social através de mensagens verbais ou não verbais.

Comunicação Externa: processo de comunicação entre os SF e os seus clientes.

4. Referências

- Manual de Procedimentos dos SF

5. Responsabilidades

Ver ponto 6.

6. Descrição

Toda a informação a ser divulgada aos clientes dos SF é transmitida através de comunicação verbal e escrita em suporte de papel ou informático (PS 1 – Proc 2 – Anx 1).

A informação de carácter técnico-científico é da responsabilidade dos Farmacêuticos e a informação sobre procedimentos e faltas é da responsabilidade dos Farmacêuticos e dos TDT. Toda a restante informação carece de aprovação pelo CA.

7. Anexos

- PS 1 – Proc 2 – Anx 1 – Manual de Boas Práticas de Atendimento

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

PS 2 – Proc 1 – Articulação com o Serviço de Gestão de Sistemas Informáticos

1. Objetivos

O objetivo deste procedimento é definir a articulação com o Serviço de Gestão de Sistemas de Informática (SGSI).

2. Âmbito

Este procedimento é aplicável aos profissionais dos SF, a todos os médicos, enfermeiros e profissionais do SGSI.

3. Definições

Acesso Informático: acesso aos diferentes programas utilizados nos SF e à informação neles contida, de acordo com as responsabilidades definidas.

SONHO: Sistema Integrado de Informação Hospitalar.

SGICM: Sistema de Gestão Integrada do Circuito do Medicamento.

eResults: Programa de acesso aos resultados laboratoriais.

SISQUAL: Programa de controlo da assiduidade.

4. Referências

- Regulamento Interno do CHPVVC.

5. Responsabilidades

Ver ponto 6.

6. Descrição

O apoio informático é assegurado pelo SGSI do seguinte modo:

- Compete ao Responsável dos SF reportar ao Serviço de Informática as sugestões ou pedidos para a execução das normas de funcionamento definidas pelo Serviço.

- Compete aos profissionais dos SF, contactar via telefone, o elemento destacado pelo SGSI para a resolução de problemas sempre que estes surjam.

7. Anexos

Não tem.

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

PS 3 – Proc 1 – Articulação com o Serviço de Aprovisionamento e Logística

1. Objetivos

Este procedimento visa definir a forma como os SF se relacionam com o Serviço de Aprovisionamento e Logística.

2. Âmbito

É aplicável a todos os profissionais dos SF.

3. Definições:

Serviço de Aprovisionamento e Logística: responsável pela aquisição, armazenamento e distribuição de material clínico, hoteleiro e administrativo. É também responsável pela abertura de qualquer tipo de concurso e auditorias prévias para a aquisição de produtos farmacêuticos.

EPI's: Equipamento de Proteção Individual.

Material Hoteleiro: todo o material de higiene, conforto e limpeza.

Material Administrativo: todo o material de escritório de uso corrente.

4. Referências

- Regulamento Interno do CHPVVC;
- Normas aplicáveis aos diferentes serviços.

5. Responsabilidades

Ver ponto 6.

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

6. Descrição

Sempre que seja necessário adquirir material ou equipamento novo, o Responsável dos SF formaliza um pedido ao CA (PS 3 – Proc 1 – Anx 1) que em caso de aprovação o envia ao Serviço de Aprovisionamento e Logística.

Em caso de necessidade de abertura de concurso público para aquisição de medicamentos e outros produtos farmacêuticos, o Responsável dos SF envia um pedido ao CA que o reencaminha ao Serviço de Aprovisionamento e Logística para abertura de concurso em plataformas informáticas.

O pedido de material administrativo, hoteleiro e EPI's é feito pelos AT dos SF, semanalmente e em dia definido, de acordo com as necessidades.

7. Anexos

- PS 3 – Proc 1 – Anx 1 – Pedido de Aquisição (Modelo 421 – T)

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

PS 3 – Proc 2 – Articulação com o Serviço de Esterilização

1. Objetivos

Este procedimento tem por objetivo definir a forma como os SF se relacionam com o Serviço de Esterilização.

2. Âmbito

É aplicável a todos os profissionais dos SF.

3. Definições

Serviço de Esterilização: unidade orgânica funcional de apoio clínico, dotada de autonomia técnica, de recursos materiais e humanos próprios, de forma a realizar, centralizadamente, as atividades inerentes à desinfeção ou esterilização de materiais de uso clínico e sua distribuição pelos diferentes serviços utilizadores.

4. Referências

- Normas de Esterilização Europeias – ONS/Apmed (Junho de 2003).

5. Responsabilidades

Ver ponto 6.

6. Descrição

Todos os dias um AO dos SF entrega no Serviço de Esterilização os frascos lavados, prontos a esterilizar. No dia seguinte, o AO dirige-se ao Serviço de Esterilização para levantar os frascos esterilizados.

7. Anexos

Não tem.

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

PS 4 – Proc 1 – Articulação com o Serviço de Instalações e Equipamentos

1. Objetivos

Este procedimento estabelece as normas que definem a articulação com o Serviço de Instalações e Equipamentos (SIE).

2. Âmbito

É aplicável a todos os profissionais dos SF e aos profissionais do SIE.

3. Definições

SIE: serviço responsável pela instalação e manutenção de equipamentos, promove e garante a segurança dos mesmos e das estruturas físicas. É responsável, ainda, pelo transporte de pessoas e materiais entre as duas Unidades e entre o CHPVVC e outras Instituições.

4. Referências

- Regulamento Interno do CHPVVC;
- Circular Normativa Interna aplicável.

5. Responsabilidades

Ver ponto 6.

6. Descrição

Qualquer elemento da equipa que detete uma necessidade referente a equipamentos ou instalações, comunica-a ao Responsável dos SF.

Este, por sua vez, solicita a intervenção do SIE telefonicamente e/ou por escrito. Para ser dado despacho a uma reparação deverá ser preenchido pelas AT um pedido no sistema informático. Se for necessário adquirir material novo ou para substituição, o Responsável dos SF deverá formalizar o pedido em modelo próprio (PS 3 – Proc 1 – Anx 1).

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

Para todos os equipamentos dos SF devem existir folhas de instruções de utilização em português, que estão em local definido e acessíveis a qualquer profissional.

Para satisfazer as suas necessidades, os SF deram conhecimento do seu plano de trabalho ao SIE para que este pudesse organizar a atividade dos motoristas de forma a assegurar o transporte de materiais e pessoas entre as duas Unidades.

Sempre que surja uma necessidade acrescida de transporte (material ou pessoa), o Responsável dos SF envia um pedido informático impresso e assinado (PS 4 – Proc 1 – Anx 1) ao Responsável do SIE para operacionalizar essa necessidade.

7. Anexos

- PS 3 – Proc 1 – Anx 1 – Impresso de Aquisição (Modelo 421 – T)
- PS 4 – Proc 1 – Anx 1 – Formulário de Transporte de Encomendas

PS 5 – Proc 1 – Formação Contínua

1. Objetivos

Este procedimento tem por objetivo garantir uma formação adequada a cada grupo profissional de acordo com as necessidades avaliadas ou manifestadas, com as funções e competências definidas.

Este procedimento deverá também garantir que a formação realizada contribua efetivamente para a melhoria do desempenho e dos resultados, que serão avaliados conforme legislação em vigor.

2. Âmbito

É aplicável a todos os profissionais dos SF.

3. Definições

Unidade Funcional de Formação: serviço do CHPVVC que coordena as atividades formativas internas de acordo com o plano anual aprovado pelo CA.

Plano de Formação: documento aprovado pelo CA que descreve as ações de formação definidas para o ano vigente.

Formações Externas: congressos, simpósios, workshops e reuniões de carácter científico.

4. Referências

- Regulamento da Unidade Funcional de Formação;
- Dec-Lei n.º 50/98 de 11 de Março.

5. Responsabilidades

Ver ponto 6.

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

6. Descrição

Compete aos profissionais do serviço fazer chegar as necessidades de formação sentidas ao Responsável dos SF.

O Responsável dos SF, em caso de necessidade entrará em contacto com a Direção da Unidade Funcional de Formação para informar sobre as formações propostas e quais as selecionadas.

Compete ao Responsável dos SF divulgar as ações de formação do CHPVVC e selecionar os candidatos atendendo as especificidades próprias de cada ação de formação e de cada formando.

7. Anexos

Não tem.

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

PS 6 – Proc 1 – Articulação com o Serviço de Saúde Ocupacional (Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho)

1. Objetivos

Este procedimento tem por objetivo descrever a forma como os SF se relacionam com o Serviço de Saúde Ocupacional (Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho).

2. Âmbito

Este procedimento aplica-se a todos os profissionais dos SF e aos profissionais do Serviço de Saúde Ocupacional (Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho).

3. Definições

***Plano de Emergência*:** é o documento que contem a estrutura da organização de segurança, os procedimentos a seguir e as responsabilidades nas ações de intervenção e de apoio em situações de emergência.

***Plano de Higiene e Segurança*:** documento que contém a avaliação dos riscos e dos comportamentos e medidas a implementar com o objetivo de evitar os acidentes de trabalho e as doenças profissionais.

Referências

- Plano de Emergência do CHPVVC;
- Plano de Higiene e Segurança dos SF.

5. Responsabilidades

Ver ponto 6.

6. Descrição

É da responsabilidade do Responsável dos SF a divulgação de todas as informações cedidas pelo Serviço de Saúde Ocupacional aos profissionais dos SF.

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

É da responsabilidade do Serviço de Saúde Ocupacional em articulação com a Unidade Funcional de Formação propor o treino e a formação convenientes.

É da responsabilidade de todos os profissionais dos SF frequentar formações sobre higiene e segurança no trabalho bem como de respostas a emergência.

É da responsabilidade do Serviço de Saúde a realização da avaliação dos riscos dos SF.

É da responsabilidade de todos os profissionais dos SF responder às questões necessárias à realização da avaliação dos riscos.

Compete a todos os profissionais dos SF declarar qualquer não conformidade relativa ao Plano de Emergência ou ao Plano de Higiene e Segurança dos SF.

7. Anexos

Não tem.

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

PS 7 – Proc 1 – Articulação com os Serviços Financeiros

1. Objetivos

Este procedimento tem por objetivo descrever a forma como os SF se relacionam com os Serviços Financeiros.

2. Âmbito

Este procedimento aplica-se ao Responsável dos SF, aos AT dos SF e aos profissionais dos Serviços Financeiros.

3. Definições

***Compromissos*:** forma pública de assumir uma obrigação de pagamento de uma aquisição (Decreto-Lei nº 127/2012).

Referências

- Manual de Procedimentos Contabilísticos e Administrativos dos Serviços Financeiros;
- Decreto-Lei nº 127/2012.

5. Responsabilidades

Ver ponto 6.

6. Descrição

Para a aquisição de medicamentos é necessária a elaboração de um pedido de compra, efetuado pelo Responsável dos SF e enviado via informática aos AT dos SF. Estes, por sua vez, enviam um ficheiro com as notas de encomenda do dia aos Serviços Financeiros, onde consta o número da nota de encomenda, o valor e as condições de compra. Depois de analisar o ficheiro, os Serviços Financeiros atribuem um número de compromisso a cada nota de encomenda, remetendo-o aos SF. Posteriormente, as notas são enviadas aos fornecedores.

Após a receção e registo informático da entrada do produto nos SF, é enviada aos Serviços Financeiros a fatura/guia de remessa.

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

No final de cada mês, é enviado pelos SF aos Serviços Financeiros um balancete da aquisição/consumo. Caso seja necessário fazer alterações a este documento, os SF necessitam de aprovação por parte dos Serviços Financeiros.

Mensalmente, são enviadas aos Serviços Financeiros as receitas dos medicamentos biológicos dispensados aos utentes abrangidos pelo Despacho 18419/2010. É também enviado um ficheiro com o consumo de “Desogestrel”.

Anualmente, os SF enviam aos Serviços Financeiros o inventário realizado.

7. Anexos

Não tem

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

PS 8 – Proc 1 – Garantia da Higiene nos SF

1. Objetivos

O objetivo deste procedimento é definir regras para a remoção da sujidade e manutenção da limpeza dos diferentes materiais nos SF.

2. Âmbito

É aplicável a todos os profissionais dos SF.

3. Definições

Limpeza: remoção da sujidade por ação mecânica de um detergente, que garante a redução em cerca de 80% dos microrganismos existentes nos materiais e superfícies. Constitui um pré-requisito na descontaminação do equipamento, pois facilita a ação do agente desinfetante ou esterilizante na eliminação de microrganismos, reduz a biocarga social inicial, protege contra a corrosão e torna seguro o manuseamento dos materiais clínicos e dos equipamentos.

Desinfeção: inativação da maior parte dos microrganismos existentes nos materiais e superfícies, quer por ação química, quer por ação física, reduzindo-os entre 90 a 99%.

Manutenção da Limpeza: cumprimento de comportamentos e atitudes que garantem a redução ao mínimo da sujidade.

Resíduos Hospitalares: são resíduos produzidos em unidades de prestação de cuidados de saúde.

4. Referências

- Manual de Vigilância, Prevenção e Controlo da Infeção Hospitalar;
- Portaria 174/97 – DR 53 de 10 de Março I série B – Resíduos Hospitalares.

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

5. Responsabilidades

Ver ponto 6.

6. Descrição

6.1. A Limpeza da Unidade

A limpeza e desinfeção dos materiais e equipamentos dos SF é realizada pelas AO do Serviço de acordo com as seguintes instruções de trabalho:

- PO 2 – Proc 2 – IT 1 – Normas de Funcionamento da Máquina de Re-embalagem;
- PS 8 – Proc 1 – IT 1 – Limpeza do Piso;
- PS 8 – Proc 1 – IT 2 – Limpeza e Desinfeção das Bancadas de Trabalho;
- PS 8 – Proc 1 –IT 3 – Higienização dos Cestos de Distribuição Clássica;
- PS 8 – Proc 1 – IT 4 –Limpeza e Desinfeção das Cassetes de Gavetas de distribuição Unitária;
- PS 8 – Proc 1 – IT 5 – Limpeza de Secretárias e Prateleiras de Armazenamento;
- PS 8 - Proc 1 –IT 6 – Limpeza de Frigoríficos e Arca Congeladora.

6.2. O Circuito das Roupas

É da responsabilidade dos AO dos SF entregar na Rouparia, no início da semana, toda a roupa suja e recolher a roupa limpa.

Sempre que é entregue roupa suja e recolhida a roupa limpa na Rouparia procede-se ao preenchimento do Impresso de Registo de Entrega/Receção de Roupa (PS 8 – Proc 1 – Anx 1).

A limpeza e higienização da roupa é da responsabilidade da Rouparia.

6.3. Os Resíduos Hospitalares

O tratamento dos resíduos hospitalares obedece ao estabelecido no Manual de Vigilância, Prevenção e Controlo da Infecção Hospitalar e na Portaria 174/97 – DR 53 de 10 de Março I série B – referente aos resíduos hospitalares.

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

Todos os profissionais são instruídos para reduzir ao mínimo os resíduos, devendo saber classifica-los de forma a realizarem a sua correta triagem e promoverem o seu acondicionamento apropriado.

É da responsabilidade dos AO o correto acondicionamento, recolha e transporte dos resíduos para os respetivos contentores externos.

A orientação e supervisão da atividade dos AO são da responsabilidade do encarregado Geral Operacional e do Responsável dos SF.

7. Anexos

- PS 8 – Proc 1 – Anx 1 – Registo de Entrega/Receção de Roupa;
- PS 8 – Proc 1 – Anx 2 – Registo da Limpeza de Frigoríficos e Arca Congeladora.

PS 8 – Proc 1 – IT 1 – Limpeza do Piso

1. Objetivos

O objetivo desta Instrução de Trabalho é descrever a limpeza do piso.

2. Âmbito

É aplicável aos AO dos SF.

3. Descrição

A limpeza do piso é efetuada diariamente com recurso a um detergente multiusos diluído em água.

Para além disto, semestralmente é realizada a decapagem do pavimento seguida da colocação de cera líquida para pavimentos duros.

O AO que procede à limpeza do piso tem de usar:

- Avental descartável;
- Luvas.

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

PS 8 – Proc 1 – IT 2 – Limpeza e Desinfeção das Bancadas de Trabalho

1. Objetivos

O objetivo desta Instrução de Trabalho é descrever a limpeza das bancadas de trabalho.

2. Âmbito

É aplicável aos AO dos SF.

3. Descrição

A limpeza das bancadas de trabalho é efetuada diariamente com recurso a um sabão líquido diluído em água, seguida de secagem.

Segue-se uma desinfeção com álcool a 70º.

O AO que procede à limpeza e desinfeção das bancadas tem de usar:

- Avental descartável;
- Luvas.

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

PS 8 – Proc 1 – IT 3 – Higienização dos Cestos de Distribuição Clássica

1. Objetivos

O objetivo desta Instrução de Trabalho é descrever a higienização dos cestos de distribuição clássica.

2. Âmbito

É aplicável aos AO dos SF.

3. Descrição

Quando os cestos de distribuição clássica (pertencentes aos Serviços da sua proveniência) chegam aos SF, retiram-se os produtos neles contidos bem como os sacos plásticos que os revestem e colocam-se novos sacos.

Sempre que os cestos se encontrarem visivelmente sujos deve proceder-se à sua devolução ao SC para limpeza.

O AO que procede à higienização dos cestos de distribuição clássica deve usar:

- Avental descartável;
- Luvas.

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

PS 8 – Proc 1 – IT 4 – Limpeza e Desinfeção das Cassetes de Gavetas para Distribuição Individual Diária em Dose Unitária

1. Objetivos

O objetivo desta Instrução de Trabalho é descrever a limpeza e desinfeção das cassetes com gavetas para distribuição unitária.

2. Âmbito

É aplicável aos AO dos SF.

3. Descrição

Quando as cassetes com gavetas chegam aos SF são limpas com recurso a um sabão líquido diluído em água e secas. Posteriormente são desinfetadas com pastilhas desinfetantes efervescentes diluídas em água e novamente secas.

O AO que procede à limpeza e desinfeção das cassetes de gavetas deve usar:

- Avental descartável;
- Luvas.

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

PS 8 – Proc 1 – IT 5 – Limpeza de Secretárias e Prateleiras de Armazenamento

1. Objetivos

O objetivo desta Instrução de Trabalho é descrever a limpeza das secretárias e prateleiras de armazenamento.

2. Âmbito

É aplicável aos AO dos SF.

3. Descrição

As secretárias são limpas diariamente com um pano humedecido com água.

As prateleiras são limpas do mesmo modo, duas vezes na semana.

O AO que procede à limpeza das secretárias e prateleiras deve usar:

- Avental descartável;
- Luvas.

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

PS 8 – Proc 1 – IT 6 – Limpeza de Frigoríficos e Arca Congeladora

1. Objetivos

O objetivo desta Instrução de Trabalho é descrever a limpeza dos frigoríficos e arca congeladora.

2. Âmbito

É aplicável aos AO dos SF.

3. Descrição

Semanalmente, ou sempre que se verifique conveniente, deve ser efetuada uma limpeza aos puxadores dos frigoríficos e da arca congeladora com sabão diluído em água.

Semestralmente, deve efetuar-se uma limpeza ao frigorífico:

1. Retirar os medicamentos para outro frigorífico;
2. Desligar o aparelho da corrente;
3. Arrastar o frigorífico e limpar o piso onde este se encontrava;
4. Limpar o interior do frigorífico com sabão diluído em água;
5. Passar com água limpa;
6. Secar;
7. Colocar o frigorífico no sítio;
8. Limpar o exterior do frigorífico;
9. Voltar a ligar o frigorífico à corrente eléctrica.

Semestralmente, deve efetuar-se uma limpeza à arca congeladora:

1. Retirar os medicamentos para a arca congeladora do Bloco de Partos;
2. Desligar o aparelho da corrente;
3. Deixar descongelar;
4. Arrastar a arca e limpar o local da bancada onde ela se encontrava;
5. Limpar o interior da arca com sabão diluído em água;
6. Passar com água limpa;
7. Secar;
8. Colocar a arca no sítio;
9. Limpar o exterior da arca;
10. Voltar a ligar a arca à corrente elétrica.

Este plano de limpeza dos aparelhos supracitados deve ser registado em folha própria (PS 8 – Proc 1 – Anx 2).

O AO que procede à limpeza dos frigoríficos e da arca congeladora deve usar:

- Avental descartável;
- Luvas.

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

PARTE III

Anexos

PG 2 – Proc 1 – Anx 1 – Folha para Construção de Procedimentos ou IT

PX W – Proc Z – Título do Proc ou IT

1. **Objetivos**

2. **Âmbito**

3. **Definições**

4. **Referências**

5. **Responsabilidades**

6. **Descrição**

7. **Anexos**

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

PG 2 – Proc 3 – Anx1 – Plano Anual de Auditorias

Área a auditar	Doc. de suporte (Proc + IT)	E.A.	Datas	
			Prevista	Efetiva

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

PG 2 – Proc 3 – Anx2 – Relatório de Auditoria

		O.M. Oportunidade Melhoria	N.C. Não Conformidade	Pistas de Melhoria
1				
2				

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

PG 2 – Proc 3 – Anx3 – Plano de Ações Corretivas

	O.M.	N.C.	Ação Corretiva	Prazo		Responsáveis	Avaliação da eficácia
				Inicio	Fim		
1							
2							

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

PG 2 – Proc 4 – Anx1 – Folha de Notificação do CHPVVC

CENTRO HOSPITALAR

Gabinete de Gestão de Risco

NOTIFICAÇÃO DE Nº

MANUAL DE PREENCHIMENTO

DESCRIÇÃO (Responder aos tópicos: o que aconteceu, com quem, quando, onde, porquê, como e consequências)

Caso exista manual de procedimentos deve ser identificado o ponto de referência

CAUSA RELACIONADA

- ☐ EQUIPAMENTO/MATERIAIS
- ☐ METODOLOGIA DE TRABALHO
- ☐ RECURSOS HUMANOS
- ☐ MEIO ENVOLVENTE

SOLUÇÕES PROPOSTAS

DATA | **PROFISSÃO** | **NOME**

Sugestões: Proposta para introduzir ou alterar algo que está em vigor; Ocorrência: Episódio ocasional não previsto e que merece referência especial; Não conformidades: Falta de cumprimento dos requisitos estabelecidos nos procedimentos e nas instruções de trabalho ou qualquer disfunção que conduza a uma situação de não qualidade.

Nota: Após preenchimento da notificação, deverá guardá-la no computador e posteriormente envia-la como anexo para o e-mail, gr@chpvvc.min-saude.pt

DAP - Notificação — Versão 02

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

PG 2 – Proc 4 – Anx 2 – Audição Interna aos Serviços

COMISSÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO DOENTE

Audição Interna aos Serviços

Assunto: Não Conformidade/ Ocorrência Nº _____

Exmo(a). Senhor(a) Diretor(a), Chefe, Responsável de Serviço,

Face à exposição da *Não Conformidade/ Ocorrência* em epígrafe, recebida no Gabinete de Gestão do Risco, solicita-se a sua colaboração pronunciando-se sobre a mesma. Tal será um contributo importante para a implementação de ações corretivas/ preventivas para a resolução dos problemas identificados.

A presente informação deverá ser remetida ao Gabinete de Gestão do Risco, de acordo com o fluxograma anexo, no prazo de 10 dias úteis, isto é, até ao dia ___/___/_____.

Análise crítica
Ações implementadas / Propostas de medidas a implementar

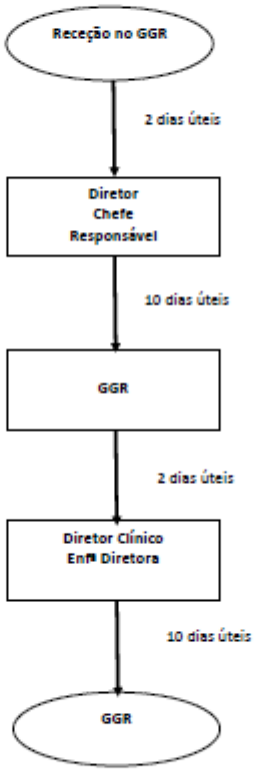
Se precisar utilize p.f. o verso da folha para escrever

Data __/__/_____ Nome: _____ Assinatura: _____

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

COMISSÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO DOENTE

Avaliação Interna aos Serviços



Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

PG 2 – Proc 4 – Anx 3 – Ficha de Não Conformidade ao Manual de Procedimentos dos SF

MANUAL DE PROCEDIMENTOS – SERVIÇOS FARMACÊUTICOS

Ficha
de
NÃO CONFORMIDADE

ID Ponto do Manual:

Breve descrição:

Causa diagnosticada:

- ☐ metodologia de trabalho
- ☐ equipamento
- ☐ recursos humanos
- ☐ articulação com outros serviços
- ☐ aplicação informática de suporte ao processo
- ☐ condições logísticas

Soluções propostas:

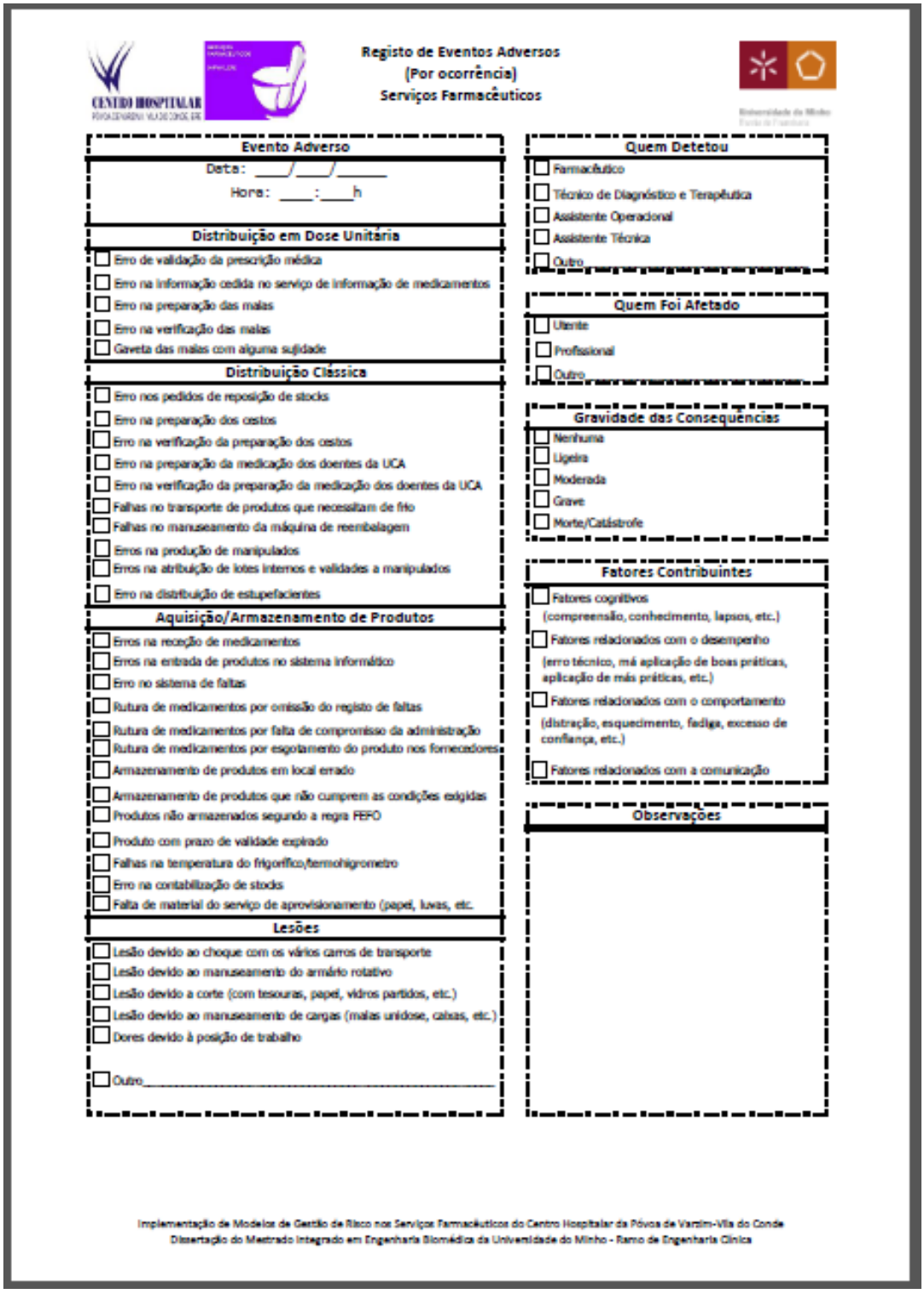
Data ___ / ___ / _____

Assinatura

_____

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

PG 2 – Proc 4 – Anx4 - Folha de Registo de Eventos Adversos dos SF



Registo de Eventos Adversos
(Por ocorrência)
Serviços Farmacêuticos

Evento Adverso

Data: ___/___/_____

Hora: ___:___h

Distribuição em Dose Unitária

- ☐ Erro de validação da prescrição médica
- ☐ Erro na informação cedida no serviço de informação de medicamentos
- ☐ Erro na preparação das malas
- ☐ Erro na verificação das malas
- ☐ Gaveta das malas com alguma sujidade

Distribuição Clássica

- ☐ Erro nos pedidos de reposição de stocks
- ☐ Erro na preparação dos cestos
- ☐ Erro na verificação da preparação dos cestos
- ☐ Erro na preparação da medicação dos doentes da UCA
- ☐ Erro na verificação da preparação da medicação dos doentes da UCA
- ☐ Falhas no transporte de produtos que necessitam de frio
- ☐ Falhas no manuseamento da máquina de reembalagem
- ☐ Erros na produção de manipulados
- ☐ Erros na atribuição de lotes internos e validades a manipulados
- ☐ Erro na distribuição de estupefacientes

Aquisição/Armazenamento de Produtos

- ☐ Erros na receção de medicamentos
- ☐ Erros na entrada de produtos no sistema informático
- ☐ Erro no sistema de faltas
- ☐ Rutura de medicamentos por omissão do registo de faltas
- ☐ Rutura de medicamentos por falta de compromisso da administração
- ☐ Rutura de medicamentos por esgotamento do produto nos fornecedores
- ☐ Armazenamento de produtos em local errado
- ☐ Armazenamento de produtos que não cumprem as condições exigidas
- ☐ Produtos não armazenados segundo a regra FEFO
- ☐ Produto com prazo de validade expirado
- ☐ Falhas na temperatura do frigorífico/termohigrometro
- ☐ Erro na contabilização de stocks
- ☐ Falta de material do serviço de aprovisionamento (papel, luvas, etc.

Lesões

- ☐ Lesão devido ao choque com os vários carros de transporte
- ☐ Lesão devido ao manuseamento do armário rotativo
- ☐ Lesão devido a corte (com tesouras, papel, vidros partidos, etc.)
- ☐ Lesão devido ao manuseamento de cargas (malas unidose, caixas, etc.)
- ☐ Dores devido à posição de trabalho
- ☐ Outro_____

Quem Detetou

- ☐ Farmacêutico
- ☐ Técnico de Diagnóstico e Terapêutica
- ☐ Assistente Operacional
- ☐ Assistente Técnica
- ☐ Outro

Quem Foi Afetado

- ☐ Utente
- ☐ Profissional
- ☐ Outro

Gravidade das Consequências

- ☐ Nenhuma
- ☐ Ligeira
- ☐ Moderada
- ☐ Grave
- ☐ Morte/Catástrofe

Fatores Contribuintes

- ☐ Fatores cognitivos (compreensão, conhecimento, lapsos, etc.)
- ☐ Fatores relacionados com o desempenho (erro técnico, má aplicação de boas práticas, aplicação de más práticas, etc.)
- ☐ Fatores relacionados com o comportamento (distração, esquecimento, fadiga, excesso de confiança, etc.)
- ☐ Fatores relacionados com a comunicação

Observações

Implementação de Modelos de Gestão de Risco nos Serviços Farmacêuticos do Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim-Vila do Conde
Dissertação do Mestrado Integrado em Engenharia Biomédica da Universidade do Minho - Ramo de Engenharia Clínica

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

PG 3 – Proc 6 – Anx1 – Inquérito de Satisfação de Clientes Internos

Inquérito de Satisfação de Clientes Internos

O presente questionário enquadra-se no âmbito da avaliação do desempenho dos SF e baseia-se nas dimensões da Qualidade para a prestação de serviços. Assim, considerando os serviços prestados por este departamento, assinale a alternativa que reflete o seu grau de satisfação sobre cada item, tendo em conta que 1 – Não Satisfeito, 2 – Pouco Satisfeito, 3 – Satisfeito, 4 – Muito Satisfeito e 5 – Totalmente Satisfeito.

Número da Questão	Campo 1 – Aspetos Tangíveis	Grau de Satisfação				
		1	2	3	4	5
1.1	Os SF possuem equipamentos modernos.					
1.2	Os SF apresentam boas instalações e bons equipamentos físicos (mesas, cadeiras, etc.).					
1.3	Os SF têm um aspeto limpo.					
1.4	Os SF estão bem situados e possuem uma boa sinalética.					

Número da Questão	Campo 2 – Confiança	Grau de Satisfação				
		1	2	3	4	5
2.1	Quando um profissional apresenta um problema os SF mostram empenho na sua resolução.					
2.2	Os profissionais dos SF fazem o seu trabalho com eficiência.					
2.3	Os SF mantêm os seus registos atualizados e sem erros.					
2.4	Os profissionais dos SF contribuem para a eficiência, fiabilidade e acessibilidade das terapêuticas.					
2.5	Os SF preocupam-se com a contenção de gastos ou de outros encargos.					

Número da Questão	Campo 3 – Capacidade de Resposta	Grau de Satisfação				
		1	2	3	4	5
3.1	Os profissionais dos SF fornecem um serviço com rapidez e rigor.					
3.2	Os profissionais dos SF estão sempre disponíveis a responder às perguntas que lhe são colocadas.					
3.3	O tempo de espera para o atendimento é reduzido.					
3.4	Os horários em que o serviço é prestado são convenientes.					
3.5	Os profissionais dos SF cumprem os horários estipulados.					
3.6	A burocracia exigida é estritamente indispensável.					

Inquérito de Satisfação de Clientes Internos

Número da Questão	Campo 4 - Segurança	Grau de Satisfação				
		1	2	3	4	5
4.1	O comportamento dos profissionais dos SF inspira segurança.					
4.2	Os profissionais dos SF explicam de forma fiel todos os aspetos relacionados com o medicamento.					
4.3	A informação facultada aos profissionais é clara e suportada cientificamente.					
4.4	É garantida a confidencialidade da informação médica.					

Número da Questão	Campo 5 – Empatia	Grau de Satisfação				
		1	2	3	4	5
5.1	Os profissionais dos SF são sempre simpáticos e corteses.					
5.2	Os profissionais dos SF mostram interesse em escutar as questões e medos dos restantes profissionais.					

Número da Questão	Campo 6 – Profissionalismo e Competências	Grau de Satisfação				
		1	2	3	4	5
6.1	Os profissionais dos SF têm capacidade de estabelecer bons contactos com outros profissionais.					
6.2	Os SF preocupam-se com a saúde e segurança do doente.					
6.3	Os profissionais dos SF têm conhecimentos e competências.					
6.4	Os profissionais dos SF têm experiência.					

Número da Questão	Opinião Geral	Grau de Satisfação				
		1	2	3	4	5
7.1	De uma forma geral, estou satisfeito com a imagem de rigor e eficiência dos SF.					
SUGESTÕES:						

Serviço:_____

Responsáveis pelo preenchimento do questionário:_____

_____

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

PG 3 – Proc 6 – Anx 2 – Inquérito de Satisfação de Clientes Externos

Inquérito de Satisfação

O presente questionário enquadra-se no âmbito da avaliação do desempenho dos Serviços Farmacêuticos (SF) tendo em vista a procura da melhoria contínua e a satisfação das necessidades dos nossos utentes. Assim, considerando os serviços prestados por este departamento, assinale a alternativa que reflete o seu grau de satisfação sobre cada item, tendo em conta que 1 – Não Satisfeito, 2 – Pouco Satisfeito, 3 – Satisfeito, 4 – Muito Satisfeito e 5 – Totalmente Satisfeito.

Satisfação com:	Grau de Satisfação				
	1	2	3	4	5
Desempenho dos profissionais dos SF.					
Facilidade de contacto.					
Tempo de espera.					
Simpatia, empatia, cortesia.					
Clareza das informações fornecidas.					
Resposta a questões colocadas.					
Capacidade de resolução de problemas.					
SUGESTÕES:					

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

PO 1 – Proc 1 – Anx 1 – Modelo nº 1506 da INCM

Anexo VII

REQUISIÇÃO DE SUBSTÂNCIAS E SUAS PREPARAÇÕES COMPREENDIDAS NAS TABELAS I, II, III E IV, COM EXCEPÇÃO DA II-A, ANEXAS AO DECRETO-LEI N.º 15/93, DE 22 DE JANEIRO, COM RECTIFICAÇÃO DE 20 DE FEVEREIRO

N.º_____/____

Nota de Encomenda N.º_____/____

(Nos termos do art. 18.º do Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro.)

Requisita-se a _____

Substâncias activas e suas preparações				Quantidade	
Número de código	Designação	Forma farmacêutica	Dosagem	Pedida	Fornecida

Carimbo da entidade requisitante

Director Técnico ou Farmacêutico Responsável,

N.º de insc. na O. F. |_|_|_|_|_|_|

Data ____/____/____

(assinatura legível)

Carimbo da entidade fornecedora

Director Técnico,

N.º de insc. na O. F. |_|_|_|_|_|_|

Data ____/____/____

(assinatura legível)

Modelo n.º 1506 (Exclusivo da INCM, S. A.)

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

PO 1 – Proc 3 – Anx 1 – Registo de Entrada de Hemoderivados

Registo de Entrada de Hemoderivados – Proteínas Coagulantes 500 U.I

Nome Comercial	Validade	Lote	Laboratório de Origem/Fornecedor	Certificado Infarmed	Data
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

Registo de Entrada de Hemoderivados – Albumina Humana 20%, 50ml

Nome Comercial	Validade	Lote	Laboratório de Origem/Fornecedor	Certificado Infarmed	Data
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____

Registo de Entrada de Hemoderivados – Imunoglobulina Anti-RH, 625 U.I., 1ml

Nome Comercial	Validade	Lote	Laboratório de Origem/Fornecedor	Certificado Infarmed	Data
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

Registo de Entrada de Hemoderivados – Imunoglobulina Anti-RH, 1250 U.I., 2ml

Nome Comercial	Validade	Lote	Laboratório de Origem/Fornecedor	Certificado Infarmed	Data
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____

Registo de Entrada de Hemoderivados – Imunoglobulina Anti-Hepatite B

Nome Comercial	Validade	Lote	Laboratório de Origem/Fornecedor	Certificado Infarmed	Data
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

Registo de Entrada de Hemoderivados – Imunoglobulina Anti-Tetânica

Nome Comercial	Validade	Lote	Laboratório de Origem/Fornecedor	Certificado Infarmed	Data
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____

Registo de Entrada de Hemoderivados
Imunoglobulina Humana Anti-Varicela Zooster

Nome Comercial	Validade	Lote	Laboratório de Origem/Fornecedor	Certificado Infarmed	Data
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

Registo de Entrada de Hemoderivados
Imunoglobulina Humana Polivalente, 50 mg/ml (inespecífica)

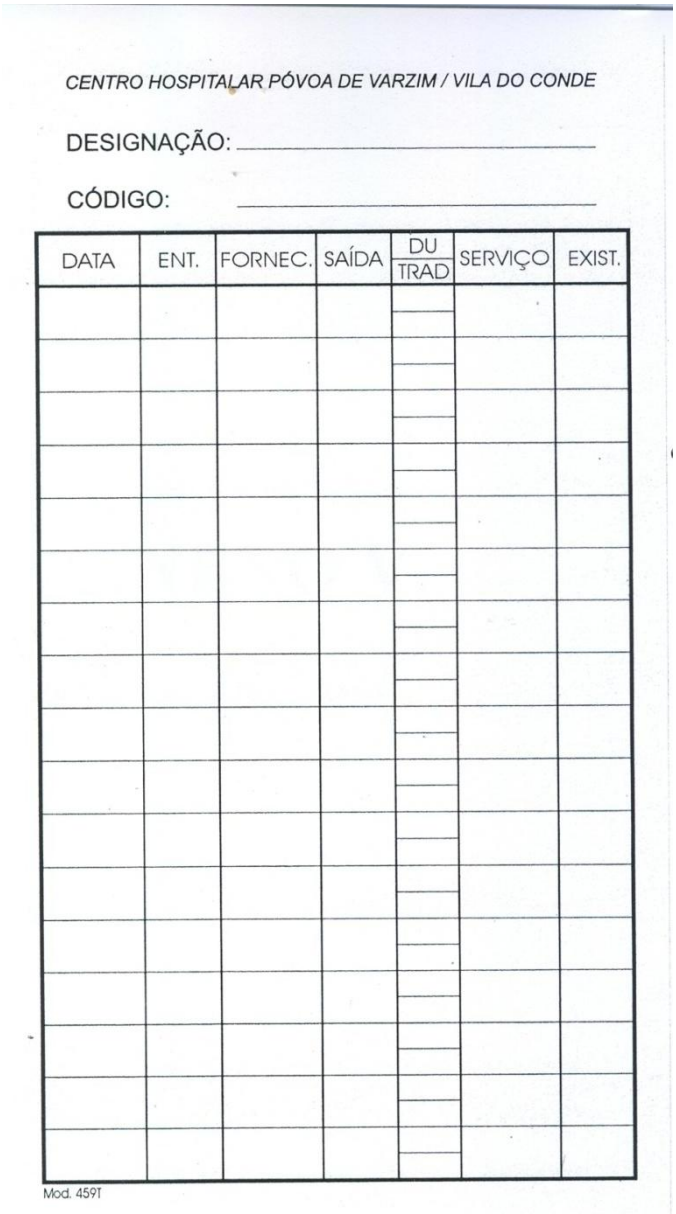
Nome Comercial	Validade	Lote	Laboratório de Origem/Fornecedor	Certificado Infarmed	Data
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____

Registo de Entrada de Hemoderivados – Plasma Humano Inativado

Nome Comercial/Grupo Sanguíneo	Validade	Lote	Laboratório de Origem/Fornecedor	Certificado Infarmed	Data
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____
	___/___/_____				___/___/_____

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

PO 1 – Proc 3 – Anx 2 – Ficha de Prateleira



CENTRO HOSPITALAR PÓVOA DE VARZIM / VILA DO CONDE

DESIGNAÇÃO: _____

CÓDIGO: _____

DATA	ENT.	FORNEC.	SAÍDA	DU / TRAD	SERVIÇO	EXIST.

Mod. 459T

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

PO 1 – Proc 3 – Anx 3 – Mapa de Inutilização por Centro de Custo/Valência

Auto de Inutilização

Decreto-Lei nº18/2009 – Substâncias Controladas – Relatório IGAS nº227/2011
Avaliação dos Mecanismos do Controlo e Combate ao Desperdício

Medicamento ou Dispositivo Médico	Quantidade	Preço Unitário	Total	Serviço	Motivo da Inutilização

Data:___/___/___
S. Farmacêuticos:_____Serviço:_____C. Administração:_____

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

PO 2 – Proc 1 – Anx1 – Ficha de Preparação

Ficha de Preparação de Manipulados

CENTRO HOSPITALAR

ORDEM DE EXECUÇÃO		Lote nº / Data / Quant. / Quant.	SFAR / / / B A	Lote nº / Data / Quant. / Quant.	SFAR / / / B A	Lote nº / Data / Quant. / Quant.	SFAR / / / B A	Lote nº / Data / Quant. / Quant.	SFAR / / / B A	Lote nº / Data / Quant. / Quant.	SFAR / / / B A
COMPONENTES											
Serviço Requisitante											
Preparado		TDT. Ass.		TDT. Ass.		TDT. Ass.		TDT. Ass.		TDT. Ass.	

GARANTIA DA QUALIDADE					
PARÂMETROS	Confirmação da Identif. E B.A. do comp					
	Confirmação da pesagem do componente					
	Confirmação do volume final					
	Confirmação da embalagem final					
	Confirmação do rótulo:					
	Ident. Preparação/concentração					
	Quantidade nominal					
	Data da preparação/lote					
	Agitar antes de usar					
	Conservar temp. ambiente					
	Prazo validade – 30 dias (Bibl.)					
Validado		Farm. Ass.	Farm. Ass.	Farm. Ass.	Farm. Ass.	Farm. Ass.

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

PO 2 – Proc 1 – Anx 2 – Ficha Técnica

Ficha Técnica

MEDICAMENTO

ORIGEM:

CONCENTRAÇÃO:

ESTABILIDADE:

COMPOSIÇÃO:

PREPARAÇÃO:

ARMAZENAGEM:

RÓTULO:

BIBLIOGRAFIA:

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

PO 2 – Proc 2 – Anx1 – Registo de Embalagem

Registo de Embalagem Fracionamento (1/4 e ½) de Sólidos Orais

CENTRO HOSPITALAR
PÓVOA DE VARZIM, VILA DO CONDE, EPE

Designação do Fármaco	Dosagem Criada	Quantidade Utilizada	Quantidade Produzida	Lote/Laboratório	Validade		Embalagem - AO		TDT	
					Inicial	Atual	Data	Assinatura	Data	Assinatura

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

PO 3 – Proc 1 – Anx 1 – Modelo nº 1804 da INCM



Número de série 0589981

VIA FARMÁCIA

MEDICAMENTOS HEMODERIVADOS
REQUISIÇÃO/DISTRIBUIÇÃO/ADMINISTRAÇÃO
(*) (Arquivar pelos Serviços Farmacêuticos (*))

MINISTÉRIO DA SAÚDE

HOSPITAL _____

SERVIÇO _____

Médico _____ (Nome legível)
N.º Mec. ou Vinheta _____
Assinatura _____
Data ___/___/___

Identificação do doente (nome, B. I., n.º do processo, n.º de utente do SNS) — QUADRO A

Apor etiqueta autocolante, citógrafo ou outro. Enviar tantos autocolantes, com identificação do doente, quantas as unidades requisitadas.

REQUISIÇÃO/JUSTIFICAÇÃO CLÍNICA (a preencher pelo médico) — QUADRO B

Hemoderivado _____ (Nome, forma farmacêutica, via de administração)
Dose/Frequência _____ Duração do tratamento _____
Diagnóstico/Justificação Clínica _____

REGISTO DE DISTRIBUIÇÃO N.º ___/___ (*) (a preencher pelos Serviços Farmacêuticos) — QUADRO C

Hemoderivado/dose	Quantidade	Lote	Lab. origem/Fornecedor	N.º Cert. INFARMED

Enviado ___/___/___ Farmacêutico _____ N.º Mec. _____

(*) Excepcionalmente, o plasma fresco congelado inactivado poderá ser distribuído e ter registo e arquivo nos Serviços de Imuno-Hemoterapia.

Recebido ___/___/___ Serviço requisitante (Assinatura) _____ N.º Mec. _____

I. Instruções relativas à documentação:

A requisição, constituída por ***2 vias (VIA FARMÁCIA e VIA SERVIÇO)***, é enviada aos Serviços Farmacêuticos após preenchimento dos Quadros A e B pelo serviço requisitante. O Quadro C é preenchido pelos Serviços Farmacêuticos.

VIA SERVIÇO – A preencher pelo serviço requisitante e arquivar no processo clínico do doente.

VIA FARMÁCIA – Permanece em arquivo nos Serviços Farmacêuticos. *Excepcionalmente, a distribuição e registo do plasma fresco congelado inactivado, bem como o arquivo da via farmácia, poderá ser feito pelos Serviços de Imuno-Hemoterapia.*

II. Instruções relativas ao produto medicamentoso:

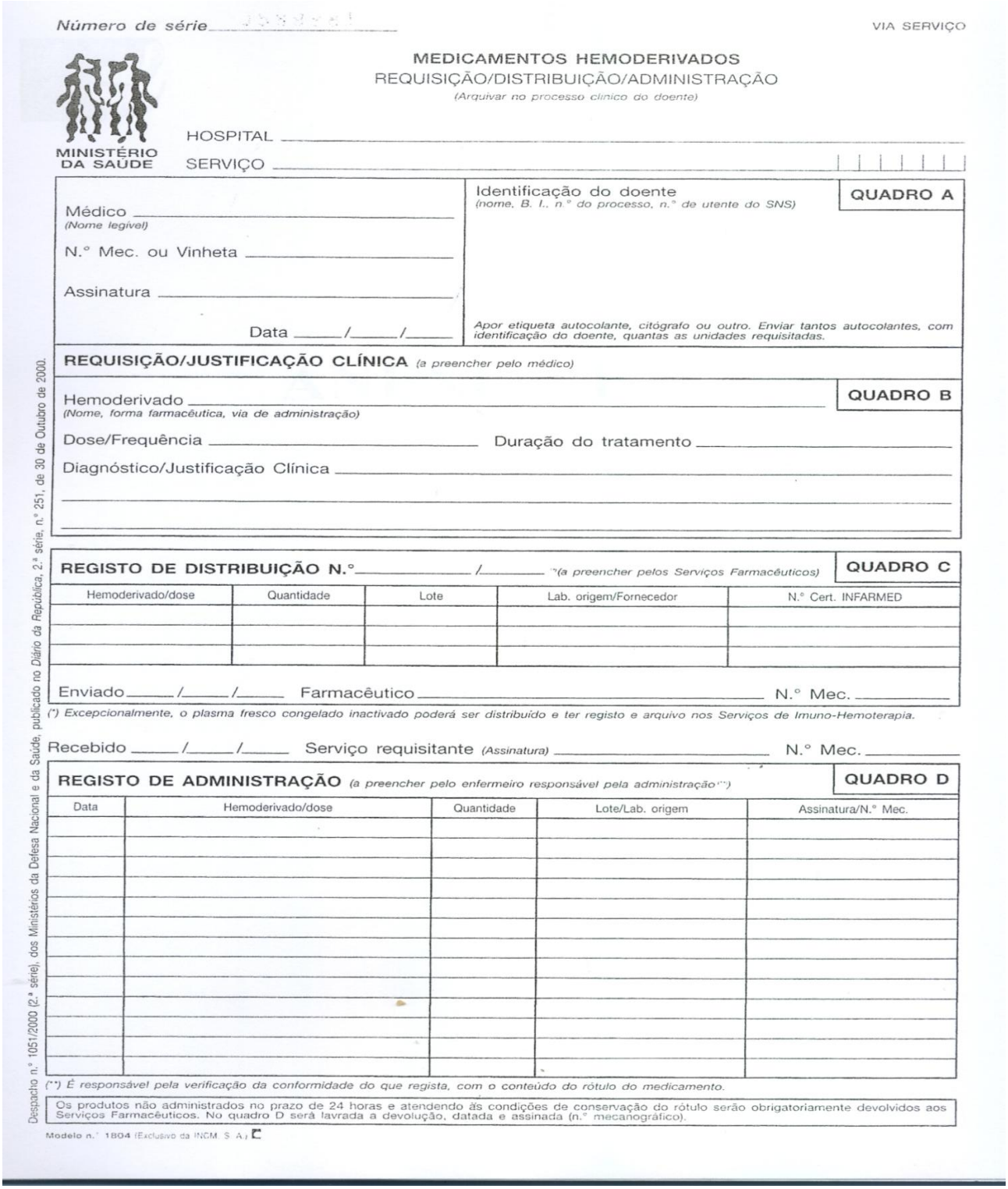
a) Cada unidade medicamentosa fornecida será etiquetada pelos Serviços Farmacêuticos com as respectivas condições de conservação e identificação do doente e do serviço requisitante;

b) Os produtos não administrados no prazo de 24 horas e atendendo às condições de conservação do rótulo serão obrigatoriamente devolvidos aos Serviços Farmacêuticos. No Quadro D será lavrada a devolução, datada e assinada (n.º mecanográfico).

Despacho n.º 10512/2000 (2.ª série), dos Ministérios da Defesa Nacional e da Saúde, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 251, de 30 de Outubro de 2000.

Modelo n.º 1804 (edição da INCM, S. A.)

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___



Número de série _____ VIA SERVIÇO

MINISTÉRIO DA SAÚDE

MEDICAMENTOS HEMODERIVADOS
REQUISIÇÃO/DISTRIBUIÇÃO/ADMINISTRAÇÃO
(Arquivar no processo clínico do doente)

HOSPITAL _____

SERVIÇO _____

Médico _____ *(Nome legível)*

N.º Mec. ou Vinheta _____

Assinatura _____

Data ____/____/____

Identificação do doente *(nome, B. I., n.º do processo, n.º de utente do SNS)* — QUADRO A

Apor etiqueta autocolante, citógrafo ou outro. Enviar tantos autocolantes, com identificação do doente, quantas as unidades requisitadas.

REQUISIÇÃO/JUSTIFICAÇÃO CLÍNICA *(a preencher pelo médico)*

Hemoderivado _____ — QUADRO B
(Nome, forma farmacêutica, via de administração)

Dose/Frequência _____ Duração do tratamento _____

Diagnóstico/Justificação Clínica _____

REGISTO DE DISTRIBUIÇÃO N.º ____/____ *(a preencher pelos Serviços Farmacêuticos)* — QUADRO C

Hemoderivado/dose	Quantidade	Lote	Lab. origem/Fornecedor	N.º Cert. INFARMED

Enviado ____/____/____ Farmacêutico _____ N.º Mec. _____

(*) Excepcionalmente, o plasma fresco congelado inactivado poderá ser distribuído e ter registo e arquivo nos Serviços de Imuno-Hemoterapia.

Recebido ____/____/____ Serviço requisitante *(Assinatura)* _____ N.º Mec. _____

REGISTO DE ADMINISTRAÇÃO *(a preencher pelo enfermeiro responsável pela administração(**))* — QUADRO D

Data	Hemoderivado/dose	Quantidade	Lote/Lab. origem	Assinatura/N.º Mec.

(**) É responsável pela verificação da conformidade do que regista, com o conteúdo do rótulo do medicamento.

Os produtos não administrados no prazo de 24 horas e atendendo às condições de conservação do rótulo serão obrigatoriamente devolvidos aos Serviços Farmacêuticos. No quadro D será lavrada a devolução, datada e assinada (n.º mecanográfico).

Modelo n.º 1804 (Exclusivo da INCM, S. A.)

Despacho n.º 1051/2000 (2.ª série), dos Ministérios da Defesa Nacional e da Saúde, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 251, de 30 de Outubro de 2000.

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

PO 3 – Proc 1 – Anx 2 – Impresso de Registo de Albumina na Dose Unitária dos SF

CENTRO HOSPITALAR

MEDICAMENTOS HEMODERIVADOS

MEDICAMENTOS	QUANTIDADE	LOTE	LAB. ORIGEM / FORNECEDOR	Nº CERTIFICADO INFARMED
Albumina Humana 20% 50ml				
Albumina Humana 20% 50ml				
Albumina Humana 20% 50ml				
Albumina Humana 20% 50ml				
Albumina Humana 20% 50ml				
Albumina Humana 20% 50ml				
Albumina Humana 20% 50ml				

Mod.406 - CHPVVC - D

PO 3 – Proc 1 – Anx 3 – Normas de Utilização dos Hemoderivados que se Encontram nos Frigoríricos da Urgência e no Serviço de Medicina Mulheres

CENTRO HOSPITALAR
PÓVOA DE VARZIM • VILA DO CONDE

NORMAS DE EXECUÇÃO PERMANENTE (NEP)

HEMODERIVADOS:
NORMAS DE REGISTO DE DISTRIBUIÇÃO / ADMINISTRAÇÃO

As normas abaixo expressas destinam-se a dar cumprimento neste Centro Hospitalar, ao despacho nº.11.291/97 (2ª. Série) da Secretaria de Estado da Saúde (DR.267, 18 de Novembro de 1997).

Foram estabelecidas após reunião do Conselho de Administração com os Serviços Farmacêuticos e com o Serviço de Imuno-hemoterapia, com acordo unânime.

Os procedimentos estabelecidos garantem a rastreabilidade entre os hemoderivados e os doentes a quem foram administrados.

Todas as normas têm que ser rigorosamente cumpridas por todos os intervenientes: médicos, enfermeiros, técnicos dos serviços farmacêuticos, técnicos de Imuno-hemoterapia ou de patologia clínica, pessoal administrativo e auxiliares de acção médica.

- Todos os hemoderivados são **adquiridos** pelos Serviços Farmacêuticos mediante concurso público, anual, apropriado.

  As previsões de consumo anual serão estabelecidas do seguinte modo:
  Pelos Serviços Farmacêuticos para as Imunoglobulinas inespecíficas (polivalentes) e específicas, para a cola de fibrina e para a albumina, com suporte no histórico do Hospital.
  Pelo Serviço de Imuno-hemoterapia para o plasma humano vírus inactivado, com o mesmo critério. Estas previsões serão fornecidas aos Serviços Farmacêuticos, anualmente, até aos fins do mês de Maio.

- A **recepção** dos hemoderivados é feita pelos Serviços Farmacêuticos.

- O **armazenamento** dos hemoderivados é feita do seguinte modo:

  Aos Serviços Farmacêuticos compete armazenar todos os hemoderivados excepto o plasma humano vírus inactivado. Fará tal armazenamento na área da própria Farmácia e em cofre-frigorífico colocado no Serviço de Urgência .
  Ao Serviço de Imuno-hemoterapia compete armazenar o plasma humano, vírus inativado, no seu próprio Serviço.

Póvoa de Varzim Telf. 252-690600 Fax: 252-611120 Vila do Conde Telf. 252-642525 Fax: 252-641094

CENTRO HOSPITALAR
PÓVOA DE VARZIM • VILA DO CONDE

- Para **fornecimento** dos hemoderivados aos utilizadores, é necessário o preenchimento de impresso próprio – modelo 1458 (exclusivo da INCM, E.P.) do Ministério da Saúde.

✧

Os impressos a que se refere o despacho (publicado em anexo e a requisitar ao Aprovisionamento – Armazém) têm que estar disponíveis em todos os locais de prescrição e terão de ser preenchidos adequadamente pelos diferentes profissionais nele referidos e no espaço reservado a cada um deles.
O impresso é constituído pelo original, duplicado e triplicado, estando a utilização e destino de cada uma das folhas descriminadas no triplicado ("instruções relativas à documentação").
No triplicado estão definidas as "Instruções relativas ao produto medicamentoso" das quais ressaltamos:

1- ***A identificação do doente e do serviço em cada unidade fornecida pelos Serviços Farmacêuticos (SF) é feita com autocolantes fornecidos pelo serviço requisitante;***
2- ***A devolução aos SF, no prazo de 24 horas, do original do impresso, já preenchido no quadro D, e das unidades fornecidas que não foram administradas;***
3- ***A justificação das inutilizações terá de ser feita no verso do original (dado que o triplicado nos serviços fornecedores (SF ou Serviço de Imuno-hemoterapia) aquando do fornecimento do medicamento como guia de remessa / recibo da recepção;***

- **Os impressos modelo 1456 do M. S. preenchidos nos quadros A e B** servem de **requisição diária** dos diferentes serviços:

I - Aos Serviços Farmacêuticos

- de todas as Imunoglobulinas inespecíficas (polivalentes)
- de todas as Imunoglobulinas específicas
- da cola de fibrina
- da albumina

I. a. A entrega dos hemoderivados respeitantes a essas requisições é feita no horário já estabelecido para a entrega de medicamentos. Em situação de urgência o serviço requisitante enviará um auxiliar de acção médica aos SF, que assinará o triplicado, em substituição do enfermeiro; isto, das 9h às 17 horas na Unidade da Póvoa de Varzim e das 9 às 16,30 na Unidade de Vila do Conde, de Segunda a Sexta feira.

Póvoa de Varzim Telf. 252-690600 Fax: 252-611120 Vila do Conde Telf. 252-642525 Fax: 252-641094

I. b. Após o horário de funcionamento dos Serviços Farmacêuticos e durante os fins de semana é necessário recorrer ao cofre frigorífico colocado no Serviço de Urgência. Também para estes é obrigatório o preenchimento do impresso – modelo 1458 do M.S. que ficará guardado no cofre e levantado pelos Serviços Farmacêuticos logo após a sua abertura.

Esse impresso será devidamente preenchido, no Quadro C, pelo Chefe de Equipa do S.U., devendo o triplicado ser guardado no cofre – frigorífico.

Estes stocks serão controlados, semanalmente, pelos Serviços Farmacêuticos, com protocolo próprio.

II. Ao Serviço de Imuno-Hemoterapia

- do plasma humano vírus inactivado

Ao Responsável do Serviço de Imuno-hemoterapia cabe avaliar da necessidade da prescrição do PHVI e, caso não concorde, deverá fundamentar o seu não fornecimento.

- .O **arquivo** dos registos de distribuição / administração, compete, para todos os efeitos, a:

  1- ***Serviços Farmacêuticos:*** de todos os hemoderivados, excepto do plasma inactivado.
  2- ***Serviço de Imuno-hemoterapia:*** do plasma humano vírus inactivado (incluindo as cópias dos certificados do Infarmed respeitantes aos lotes recebidos - que lhe serão fornecidas pelos Serviços Farmacêuticos, que arquivará os originais).

Em resumo:

1- O triplicado fica, desde o momento do fornecimento na posse do serviço fornecedor, assinado pelo funcionário que recebeu o medicamento;

2- O original é devolvido ao serviço fornecedor (SF ou SIH,) depois de preenchido o quadro D e é arquivado nos respectivos serviços fornecedores.

3- O duplicado será incluído no processo do doente, depois de completamente preenchido. Se o doente estiver no Serviço de Urgência será apenso ao respectivo BI.

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

CENTRO HOSPITALAR
PÓVOA DE VARZIM • VILA DO CONDE

Nota: Há duas chaves do cofre-frigorífico. Uma fica nos Serviços Farmacêuticos e outra à responsabilidade do Chefe de Equipa

De algum problema resultante da aplicação destas normas o Conselho de Administração deverá ser informado, por escrito, para análise .

A Comissão de Farmácia e Terapêutica realizará uma acção de formação respeitante à distribuição e registo dos hemoderivados sempre que a entenda necessária.

Póvoa de Varzim, 30 de Agosto de 2001

O Conselho de Administração

Dr. Gil da Costa
Director Clínico

Clarisse Martins
Enfermeira Directora

Dr. Barcelos Monteiro
Administrador Delegado

Póvoa de Varzim Telf. 252-690600 Fax: 252-611120 Vila do Conde Telf. 252-642525 Fax: 252-641094

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

PO 3 – Proc 1 – Anx 4 – Modelo nº 1509 da INCM

REQUISIÇÃO DE SUBSTÂNCIAS E SUAS PREPARAÇÕES COMPREENDIDAS NAS TABELAS I, II, III E IV, COM EXCEPÇÃO DA II-A, ANEXAS AO DECRETO-LEI N.º 15/93, DE 22 DE JANEIRO, COM RECTIFICAÇÃO DE 20 DE FEVEREIRO

N.º _____ **Anexo X**

Serviços Farmacêuticos do

SERVIÇO SALA — Código

Medicamento (DCI)	Forma farmacêutica	Dosagem	Código

Nome do doente	Cama/ processo	Quantidade pedida ou prescrita	Enfermeiro que administra o medicamento		Quantidade fornecida	Observações
			Rubrica	Data		
		Total			*Total*	

Assinatura legível do director do serviço ou legal substituto	Assinatura legível do director dos serviços farmacêuticos ou legal substituto	Entregue por (ass. legível)
Data ____/____/____ N.º Mec. _____	Data ____/____/____ N.º Mec. _____	Data ____/____/____ N.º Mec. _____
		Recebido por (ass. legível)
		Data ____/____/____ N.º Mec. _____

Modelo n.º 1509 (Exclusivo da INCM, S. A.)

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

PO 3 – Proc 2 – Anx 1 – Exemplo de Requisição dos SC

CENTRO HOSPITALAR

GHPH2125_1_HSJDEUS.RDF

Data: 2008/12/09
Hora: 15:56:02
Pág. 1 / 2
Utilizador: 557

Requisitado em ____ / ____ / _____ por _____

Fornecido em ____ / ____ / _____ por _____

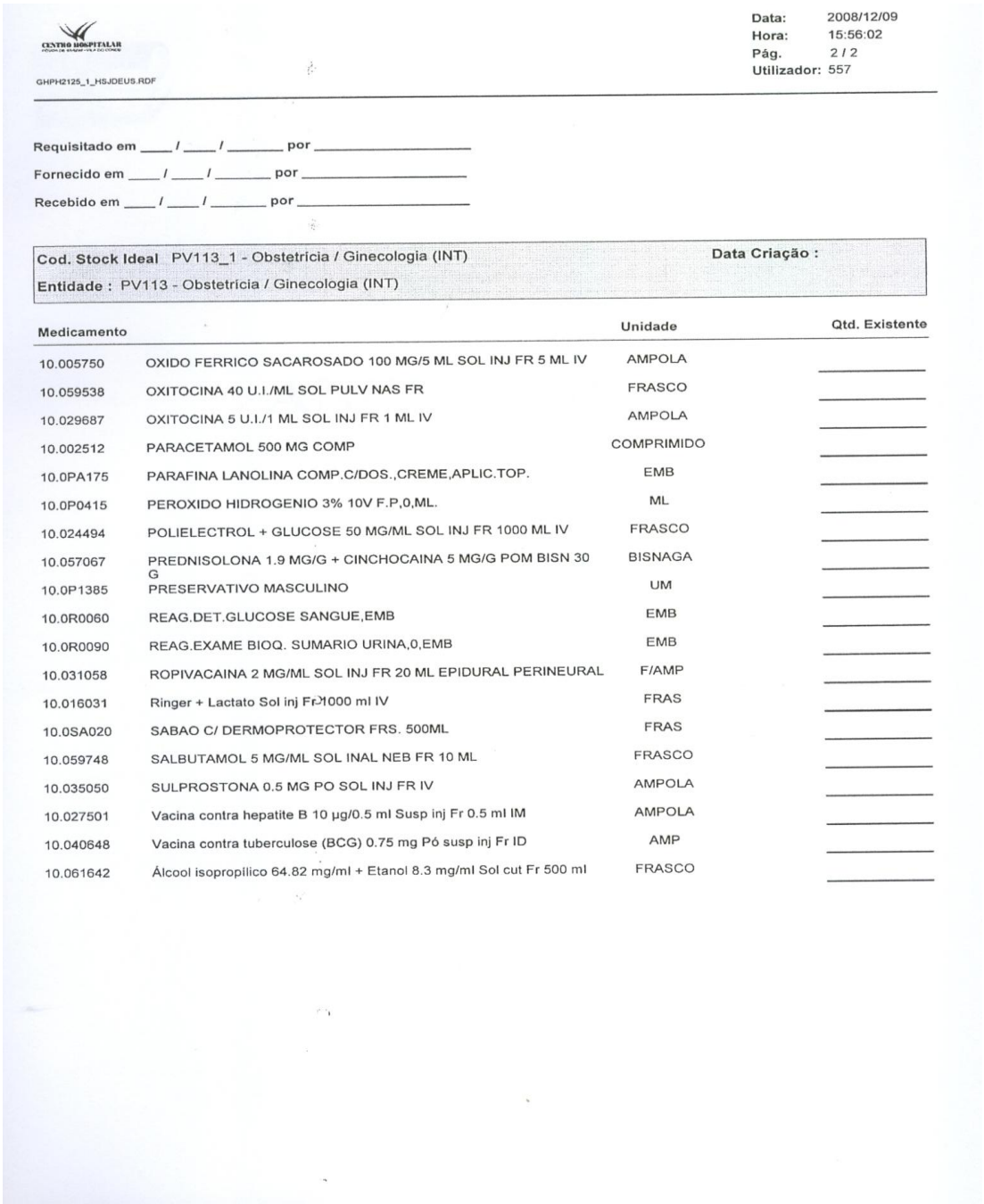
Recebido em ____ / ____ / _____ por _____

Cod. Stock Ideal PV113_1 - Obstetrícia / Ginecologia (INT) Data Criação :

Entidade : PV113 - Obstetrícia / Ginecologia (INT)

Medicamento		Unidade	Qtd. Existente
10.024730	"Heparinóide" 3 mg/g Cr Bisn 40 g	BISN	
10.0A1010	ACETONA (F.P.) ML	ML	
10.052718	AGUA PARA PREPARAÇÕES INJECTAVEIS SOL INJ FR 10 ML NESP	AMPOLA	
10.0A1415	ALCOOL 70%,ML	ML	
10.040720	ATOSIBANO 37.5 MG/5 ML SOL INJ FR 5 ML IV	AMPOLA	
10.019508	ATOSIBANO 6.75 MG/0.9 ML SOL INJ FR 0.9 ML IV	AMPOLA	
10.0CE020	CETRIMIDA CLOROHEXID(15%,1,5%)	ML	
10.010509	CLORANFENICOL 8 MG/ML COL, SOL FR 5 ML	FRASCO	
10.0C1870	CLORETO DE SODIO 0,9% P/IRRIGACAO,500ML,FR.CAN.	FRASCO	
10.029420	CLORO-HEXIDINA 40 MG/ML SOL CUT FR 500 ML	FRASCO	
10.023645	CLOTRIMAZOL 10 MG/G CR VAG BISN 40 G	BISNAGA	
10.005405	Cloreto de sódio 9 mg/ml Sol inj Fr 100 ml IV	FRAS	
10.057327	Cloreto de sódio 9 mg/ml Sol inj Fr 20 ml IV	AMP	
10.0D0470	DIETA LACTEA HIPOALERGENICA	EMBALAGEM	
10.034150	DINOPROSTONA 0,5 MG/3G GEL ENDOCER SER 3 G	BISN	
10.034143	DINOPROSTONA 10 MG SIST LIB VAG	UNID.	
10.010847	Dimeticone 100 mg/ml Emul oral Fr 25 ml	FRAS	
10.028756	Dinoprostona 0.5 mg Comp	COMP	
10.0G0155	GEL P/ ECOGRAFIA,EMB.	EMB	
10.029228	GLUCOSE 50 MG/ML (5%) SOL INJ FR 20 ML IV	AMP	
10.048207	Gelatina 12 mg/g + Glicerol 851 mg/g Gel rect Cânula	UM	
10.026171	IBUPROFENO 400 MG COMP	COMPRIMIDO	
10.067190	IMUNOGLOBULINA HUMANA CONTRA O ANTIGENIO D 1500 U.I. PO SOL INJ FR IM IV	AMPOLA	
10.001809	INSULINA HUMANA 100 U.I./ML ACÇÃO CURTA SOL INJ FR 10 ML IV SC	AMPOLA	
10.022155	IODOPOVIDONA 100 MG/ML SOL CUT FR 500 ML	FRASCO	
10.058393	LACTULOSE 500 MG/ML XAR FR 200 ML	FRASCO	
10.025960	LIDOCAINA 20 MG/G GEL BISN 30 G	BISNAGA	
10.030038	LIDOCAINA 20 MG/ML SOL INJ FR 20 ML EPIDURAL IM IV	AMPOLA	

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___



CENTRO HOSPITALAR

GHPH2125_1_HSJDEUS.RDF

Data: 2008/12/09
Hora: 15:56:02
Pág. 2 / 2
Utilizador: 557

Requisitado em ____ / ____ / _____ por _____

Fornecido em ____ / ____ / _____ por _____

Recebido em ____ / ____ / _____ por _____

Cod. Stock Ideal PV113_1 - Obstetricia / Ginecologia (INT) Data Criação :

Entidade : PV113 - Obstetricia / Ginecologia (INT)

Medicamento		Unidade	Qtd. Existente
10.005750	OXIDO FERRICO SACAROSADO 100 MG/5 ML SOL INJ FR 5 ML IV	AMPOLA	
10.059538	OXITOCINA 40 U.I./ML SOL PULV NAS FR	FRASCO	
10.029687	OXITOCINA 5 U.I./1 ML SOL INJ FR 1 ML IV	AMPOLA	
10.002512	PARACETAMOL 500 MG COMP	COMPRIMIDO	
10.0PA175	PARAFINA LANOLINA COMP.C/DOS.,CREME,APLIC.TOP.	EMB	
10.0P0415	PEROXIDO HIDROGENIO 3% 10V F.P,0,ML.	ML	
10.024494	POLIELECTROL + GLUCOSE 50 MG/ML SOL INJ FR 1000 ML IV	FRASCO	
10.057067	PREDNISOLONA 1.9 MG/G + CINCHOCAINA 5 MG/G POM BISN 30 G	BISNAGA	
10.0P1385	PRESERVATIVO MASCULINO	UM	
10.0R0060	REAG.DET.GLUCOSE SANGUE,EMB	EMB	
10.0R0090	REAG.EXAME BIOQ. SUMARIO URINA,0,EMB	EMB	
10.031058	ROPIVACAINA 2 MG/ML SOL INJ FR 20 ML EPIDURAL PERINEURAL	F/AMP	
10.016031	Ringer + Lactato Sol inj Fr 1000 ml IV	FRAS	
10.0SA020	SABAO C/ DERMOPROTECTOR FRS. 500ML	FRAS	
10.059748	SALBUTAMOL 5 MG/ML SOL INAL NEB FR 10 ML	FRASCO	
10.035050	SULPROSTONA 0.5 MG PO SOL INJ FR IV	AMPOLA	
10.027501	Vacina contra hepatite B 10 µg/0.5 ml Susp inj Fr 0.5 ml IM	AMPOLA	
10.040648	Vacina contra tuberculose (BCG) 0.75 mg Pó susp inj Fr ID	AMP	
10.061642	Álcool isopropílico 64.82 mg/ml + Etanol 8.3 mg/ml Sol cut Fr 500 ml	FRASCO	

PO 3 – Proc 2 – Anx 2 – Impresso de Justificação de Receituário Extraformulário

CENTRO HOSPITALAR
PÓVOA DE VARZIM . VILA DO CONDE

JUSTIFICAÇÃO DE RECEITUÁRIO DE MEDICAMENTOS NÃO INCLUÍDOS NO FORMULÁRIO HOSPITALAR NACIONAL DE MEDICAMENTOS

Serviço:_____

Nome:_____ Cama:_____

Diagnóstico:_____

Nome do Medicamento:_____

Fórmula Farmacêutica:_____

Número de Unidades:_____

JUSTIFICAÇÃO

Não existe no formulário nenhum medicamento com a mesma finalidade terapêutica? _____

Caso existam, porque razões os não consideram adequados à situação do doente? _____

_____

Razões porque considera adequado o medicamento que requisita ?_____

_____

Tratando-se de um antibiótico:

1)– Foi possível isolar o gérmen e efectuar antibiograma? (em caso afirmativo indicar os antibióticos «activos») _____

2) – Não foi possível: a) – por ser urgente o início da terapêutica? _____

b) – por ser insuficiência laboratorial? _____

Outras informações que julgue úteis: _____

_____

Póvoa de Varzim, ____/____/____

MÉDICO DE SERVIÇO

_____

_____

Enviar aos Serviços Farmacêuticos acompanhado da respectiva requisição

Mod. 44 C.H.P.V./V.C.

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

PO 3 – Proc 4 – Anx 1 – Impresso de Controlo de Stock do Armário de Recurso



CENTRO HOSPITALAR
PÓVOA DE VARZIM • VILA DO CONDE

CONTROLO DE STOCK
ARMÁRIO DE RECURSO

SERVIÇOS FARMACÊUTICOS

Serviço _____

Doente _____ Cama _____

Código	Medicamento	Dose Administrada

Data ____/____/____ O Enfermeiro _____

C.H.P.V./V.C. - Código 530103040-T - Enveloprinter

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

PO 4 – Proc 1 – Anx 1 – Impresso Normalizado para Registo de Pedido de Informação e Respetiva Resposta

Pedido de informação nº: ____/____

SERVIÇO DE INFORMAÇÃO DE MEDICAMENTOS

NOME _____ PROFISSÃO _____ DATA__/__/__

SERVIÇO _____ TELEFONE _____ HORA_____

PEDIDO POR

1- TELEFONE ☐ 2 - PESSOALMENTE ☐ 3 - ESCRITO ☐

RAPIDEZ DA RESPOSTA

1- URGENTE ☐ 2 - TEMPO ESPECIFICADO ☐ 3 - NÃO URGENTE ☐

NOME DO UTENTE_____ IDADE____ SEXO_____ PESO_____

SERVIÇO_____ _____ DIAGNÓSTICO _____

PERGUNTA

CLASSIFICAÇÃO DA INFORMAÇÃO

1 - ADMINISTRAÇÃO/DOSAGEM	☐	7 - INDICAÇÕES	☐
2 - DISPONIBILIDADE	☐	8 - INTERACÇÕES	☐
3 - FARMACOCINÉTICA	☐	9 - REACÇÕES SECUND.	☐
4 - FORMULAÇÃO	☐	10 - CONTRA-INDICAÇÕES	☐
5 - COMPATIBILIDADE/ESTABILIDADE	☐	11 - OUTROS	☐
6 - FARMACOLOGIA	☐		

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

Resposta ao Pedido de informação nº: ____/____

SERVIÇO DE INFORMAÇÃO DE MEDICAMENTOS DATA___/___/___

NOME _____

SERVIÇO _____

RESPOSTA

BIBLIOGRAFIA

LOCALIZAÇÃO DAS FONTES UTILIZADAS

1 - BASE NO C.I.M. ☐ 4 - OUTRO C.I.M. ☐

2 - BIBLIOTECA ☐ 5 - OUTRAS ☐

3 - LABORATÓRIO PRODUTOR ☐

DOCUMENTOS ENVIADOS

FORMA DA RESPOSTA

1- PESSOAL ☐ 2 - TELEFONE ☐ 3 - INF. ESCRITA ☐

TEMPO DE RESPOSTA _____ HORA_____ DATA___/___/___

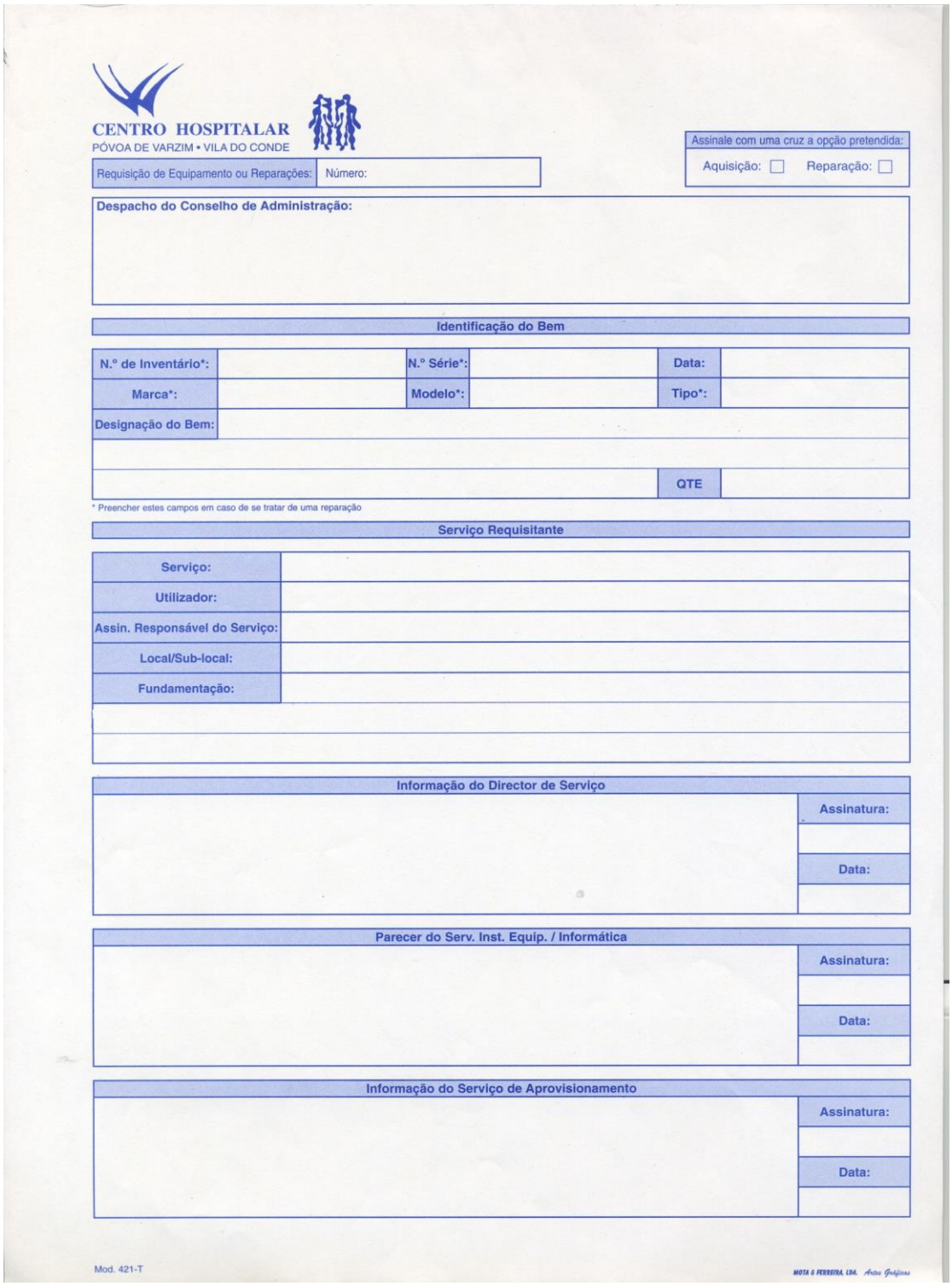
FARMACÊUTICA _____

SEGUIMENTO DE INFORMAÇÃO

PS 1 – Proc 2 – Anx 1 – Manual de Boas Práticas de Atendimento do CHPVVC

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

PS 3 – Proc 1 – Anx 1 – Pedido de Aquisição de Novos Equipamentos (Modelo 421 – T)



CENTRO HOSPITALAR
PÓVOA DE VARZIM • VILA DO CONDE

Requisição de Equipamento ou Reparações:	Número:

Assinale com uma cruz a opção pretendida:
Aquisição: ☐ Reparação: ☐

Despacho do Conselho de Administração:

Identificação do Bem

N.º de Inventário*:		N.º Série*:		Data:	
Marca*:		Modelo*:		Tipo*:	
Designação do Bem:					
				QTE	

* Preencher estes campos em caso de se tratar de uma reparação

Serviço Requisitante

Serviço:	
Utilizador:	
Assin. Responsável do Serviço:	
Local/Sub-local:	
Fundamentação:	

Informação do Director de Serviço

Assinatura:
Data:

Parecer do Serv. Inst. Equip. / Informática

Assinatura:
Data:

Informação do Serviço de Aprovisionamento

Assinatura:
Data:

Mod. 421-T

MOTA & FERREIRA, LDA. Artes Gráficas

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

PS 4 – Proc 1 – Anx 1 – Formulário de Transporte de Encomendas

CENTRO HOSPITALAR

SIE – TRANSPORTE DE ENCOMENDAS

Serviço Requisitante: _____

Objeto(s) a transportar: _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Destino:

Morada: _____

_____

Pessoa a contatar: _____

Telefone de Contacto: _____

Pelo Serviço Requisitante:

Assinatura: _____ **Nº Mec:** _____

Data ___/___/_____

Aceitação e encaminhamento:

O Aceitante (SIE)

Assinat: _____ **Nº Mec:** _____ **Data** ___/___/_____

O Motorista

Assinatura: _____ **Nº Mec:** _____ **Data** ___/___/_____

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

PS 8 – Proc 1 – Anx 1 – Registo de Entrega/Receção de Roupa

Registo de Entrega/Receção de Roupa

CENTRO HOSPITALAR

Nomes	Entrega			Receção		
	Data	Responsável nos SF	Responsável na Rouparia	Data	Responsável nos SF	Responsável na Rouparia
Dra. Rosa	__/__/___			__/__/___		
Dra. Irene	__/__/___			__/__/___		
Dra. Olinda	__/__/___			__/__/___		
Téc. Nélia	__/__/___			__/__/___		
Téc. Gabi	__/__/___			__/__/___		
Téc. Elisa	__/__/___			__/__/___		
Téc. Ana Isabel	__/__/___			__/__/___		

Nomes	Entrega			Receção		
	Data	Responsável nos SF	Responsável na Rouparia	Data	Responsável nos SF	Responsável na Rouparia
Dra. Rosa	__/__/___			__/__/___		
Dra. Irene	__/__/___			__/__/___		
Dra. Olinda	__/__/___			__/__/___		
Téc. Nélia	__/__/___			__/__/___		
Téc. Gabi	__/__/___			__/__/___		
Téc. Elisa	__/__/___			__/__/___		
Téc. Ana Isabel	__/__/___			__/__/___		

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___

PS 8 – Proc 1 – Anx 2 – Registo de Limpeza de Frigoríficos e Arca Congeladora

Registo de Limpeza de Frigoríficos e Arca Congeladora

Data	Aparelho			AO que efetuou a limpeza
	Frigorífico 1	Frigorífico 2	Arca	
__/__/__				
__/__/__				
__/__/__				
__/__/__				
__/__/__				
__/__/__				
__/__/__				
__/__/__				
__/__/__				
__/__/__				
__/__/__				
__/__/__				
__/__/__				
__/__/__				
__/__/__				
__/__/__				
__/__/__				
__/__/__				
__/__/__				

Elaborado por	Revisto O Gestor	Aprovado O Presidente do CA
_____ _____ _____ _____	_____ CQSD	_____ Dr. Henrique Capelas
Em: ___/___/___	Em: ___/___/___	Em: ___/___/___