

# SEGURANÇA DO PACIENTE

- 1 Identificar corretamente o paciente.
- 2 Melhorar a comunicação entre profissionais de Saúde.
- 3 Melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos.
- 4 Assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos.
- 5 Higienizar as mãos para evitar infecções.
- 6 Reduzir o risco de quedas e úlceras por pressão.

## MATERNIDADE EVANGELINA ROSA

### MISSÃO

Prestar assistência qualificada e humanizada às mulheres gestantes e puérperas, aos recém-nascidos e às crianças até seis (6) anos (Lei nº 13.257/16 que define a faixa de idade da primeira infância), através de equipe multiprofissional especializada, além de contribuir para a formação de profissionais de saúde em nível de graduação e pós-graduação.

### VISÃO

Consolidar-se como centro de referência em alto risco materno-infantil para o SUS, no estado do Piauí, com base em uma assistência de qualidade alinhada ao ensino, à pesquisa e à extensão.

### VALORES

**Ética e transparência:** princípio norteador de todas as ações.

**Humanização:** assistência humanizada envolvendo o cuidador, paciente e família.

**Ensino, Pesquisa e Extensão:** incentivo ao ensino de qualidade, à pesquisa e à extensão materno-infantil.

**Segurança do Paciente:** Assegurar os Melhores serviços e resultados, na busca pelo mínimo risco de dano ao paciente.

## COMPONENTES DO NSP DA MDER

*Coordenadora:*

Cilene Delgado Crizóstomo – Enfermeira

*Membros:*

Rhoshana C. A. N. Barros – Enfermeira

Ana Cláudia da Costa Araújo-Enfermeira

Mariza Fontes Cerqueira-Médica

Sheylla J. de A. A. Baia – Farmacêutica

Solage Maria S. C. de Carvalho – Assist. Social

Maria de Jesus Pereira Silva-Aux. Enf.ermagem

Taiane Rego Rodrigues – Tec. Enfermagem

Rita Batista de Sousa Bandeira – Psicóloga



**LOCAL DE FUNCIONAMENTO**

**NA ALA C**

**RAMAL: 263**

Email: [ndopaciente@gmail.com](mailto:ndopaciente@gmail.com)



# PROTOCOLO DE MEDICAÇÃO SEGURA



TERESINA/PIAUI

## PROTOCOLO DE MEDICAÇÃO SEGURA

O protocolo tem por finalidade promover práticas seguras na prescrição, dispensação, administração e uso de medicamentos.



Para a garantia de uma boa prescrição, deve-se garantir alguns itens essenciais!

## A PRESCRIÇÃO TEM QUE TER:

- ✓ NOME COMPLETO DO PACIENTE, IDADE, NÚMERO DO PRONTUÁRIO, LEITO/ENFERMARIA;
- ✓ NOME GENÉRICO DO MEDICAMENTO (LEI 9787/99), EM LETRA LEGÍVEL, POR EXTENSO, A TINTA, SEM ABREVIATURAS;
- ✓ USO, DOSAGEM, CONCENTRAÇÃO, VOLUME, FORMA FARMACÊUTICA, POSOLOGIA, VIA DE ADMINISTRAÇÃO, QUANTIDADE, DURAÇÃO DO TRATAMENTO E MODO DE USAR;
- ✓ IDENTIFICAÇÃO COMPLETA DO PROFISSIONAL COM NÚMERO DE INSCRIÇÃO NO CRM, ASSINATURA, CARIMBO, LOCAL E DATA DA PRESCRIÇÃO.



PARA GARANTIR A SEGURANÇA NO USO DE MEDICAÇÕES, DEVEMOS SEGUIR OS NOVE CERTOS!

## 9 Certos

Paciente Certo  
Medicamento Certo  
Via Certa  
Hora certa  
Dose Certa  
Registro Certo  
Orientação Certa  
Forma Certa  
Resposta Certa

## ALGUNS MEDICAMENTOS PRECISAM DE MAIORES CUIDADOS, DEVIDO O ALTO RISCO DE

ETIQUETA	MEDICAMENTOS	LOCAL DE ESTOCAGEM
Vermelha	Medicamentos de alta vigilância (MAVs)	- Local na estante ou no bim onde o medicamento está localizado; - Caixa e/ou Ampola de MAVs Controlados ou Termolábeis
Azul	Controle especial (Portaria 344)	- Ampola/Frasco - Comprimidos (sacos plásticos)
Branca	Demais medicamentos	- Ampola/Frascos/Bisnagas - Comprimidos (sacos plásticos)
Laranja	Termolábeis	- Multidoses (Frascos) - Outros (Caixa)

## PACIENTES COM ALERGIAS DEVEM SER IDENTIFICADAS COM PULSEIRA VERMELHA



Não esqueça de notificar os eventos adversos!

Maternidade Dona Evangelina Rosa	REGISTRO DE OCORRÊNCIAS	GOVERNO DO PIAUÍ
<b>INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO</b>		
<p>Não é necessário identificar-se. Coloque nas urnas disponíveis da Ouvidoria nas Alas. Seu registro será analisado e resultará em ações de melhoria de caráter educativo, para que seja minimizado o risco relacionado à segurança do paciente.</p>		
Data: ____/____/____	Horário: _____	Local: _____
<p><b>Identifique o ocorrido:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Paciente sem identificação</p> <p><input type="checkbox"/> Paciente sem acompanhante</p> <p><input type="checkbox"/> Paciente com identificação errada</p> <p><input type="checkbox"/> Falha na higienização das mãos</p> <p><input type="checkbox"/> Perda de exame</p> <p><input type="checkbox"/> Falha na comunicação entre os profissionais</p> <p><input type="checkbox"/> Perda/extravio de prontuário</p> <p><input type="checkbox"/> Sangramento</p> <p><input type="checkbox"/> Erro na administração de medicamentos</p> <p><input type="checkbox"/> Infecção de sítio cirúrgico</p> <p><input type="checkbox"/> Falha na prescrição médica</p> <p><input type="checkbox"/> Hematoma</p> <p><input type="checkbox"/> Queda</p> <p><input type="checkbox"/> Queimadura</p> <p><input type="checkbox"/> Úlcera de pressão</p> <p><input type="checkbox"/> Agressão ao funcionário</p> <p><input type="checkbox"/> Outros, especifique: _____</p>		
<p>Descreva o ocorrido: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		
<p>Agradecemos sua colaboração com a Segurança do Paciente na Maternidade Dona Evangelina Rosa <b>DEUS SEJA LOUVADO!</b></p>		