

RELATÓRIO DE ATIVIDADES ANUAL DOS RECURSOS ESTADUAIS – INCENTIVOS
CONFORME PORTARIA/SES 404/2008

HOSPITAL: VERA CRUZ

MUNICÍPIO: VERA CRUZ

C.N.P.J.: 01.740.921/0001-53

CNES: 2236354

CONTRATO/TERMO ADITIVO/RESOLUÇÃO:

A Constituição Federal de 1988 ampliou a responsabilização do Estado em relação às ações e serviços de saúde por meio da **universalização** do direito do cidadão e da **integralidade** da atenção à saúde. Desta forma, a Secretaria Estadual de Saúde RS adotou algumas estratégias, como por exemplo, o **co-financiamento** com recursos estaduais junto a algumas instituições prestadoras ao SUS. Sendo assim, faz-se necessário conferir a eficiência dessa estratégia, com o intuito único de construir um SUS cada vez melhor.

Para tanto, uma das ferramentas adotada é o preenchimento anual do Relatório de Atividades, que conterá questões quanto a qualidade de acesso, a atenção a saúde, as políticas prioritárias e humanização e aperfeiçoamento, devidamente preenchido e aprovado pela Comissão de Acompanhamento do Contrato SUS e pelo Conselho Municipal de Saúde até 29 de março do ano subsequente aos recursos recebidos no exercício.

É importante salientar que as informações aqui produzidas traduzem a realidade local da assistência e a sua importância no auxílio de tomadas de decisão, na construção do SUS, que é coletiva. As questões estão agrupadas em quatro eixos: acesso, atenção à saúde, políticas prioritárias e humanização e aperfeiçoamento e referem-se ao período dos últimos 12 meses.

1. ACESSO

1.1. A gratuidade e universalidade do atendimento é garantida?

() SIM () NÃO

1.2. Existe fila de espera no hospital?

() SIM () NÃO

Em quais especialidades: _____



1.3. Quem faz a regulação do acesso?

() O Gestor

(X) O Prestador

() A Coordenadoria

() Outros. Especificar: _____

1.3.1. Há dificuldades na Regulação?

(X) SIM () NÃO

Quais: HOSPITAL REGIONAL DE RIO PARDO - DIFICULTAM O ACESSO, POIS SÓ ACEITAM OS PACIENTES COM TODOS OS EXAMES REALIZADOS, DESDE RESSONÂNCIA A ULTRASSONOGRÁFIA E USO DE 20 DIAS DE ANTIBIÓTICO PARA REALIZAR A PRIMEIRA AVALIAÇÃO.

1.3.2. Tem ocorrido negativas de atendimento?

(X) SIM () NÃO

Quais motivos: FALTA DE CIRURGIÃO TORÁCICO

1.4. O hospital participa de programas de cirurgias eletivas?

() SIM (X) NÃO

1.5. O hospital possui marcação e prontuários informatizados?

() SIM () NÃO

1.6. O hospital está integrado às ações de regulação assistencial do Estado?

(X) SIM () NÃO

1.7. O hospital faz gestão de leitos?

(X) SIM () NÃO

2. ATENÇÃO À SAÚDE

2.1. Qual o percentual de redução da taxa de infecção hospitalar?

A TAXA DE INFECÇÃO HOSPITALAR É ZERO _____

B

2.2. O hospital mantém Comissão de Revisão de óbitos maternos e neonatais integrados a Secretaria Municipal da Saúde?

() SIM () NÃO

2.3. O hospital realiza partos? Qual o percentual de cesáreas?

() SIM () NÃO

2.4. É desenvolvido trabalho conjunto com a Atenção Básica em Saúde?

() SIM () NÃO

Especificar: GRUPOS DE GESTANTES; NOTIFICAÇÃO DE DOENÇAS; VISITAS DOMICILIARES; FEIRA DE SAÚDE, COMISSÕES _____

3. POLÍTICAS DE HUMANIZAÇÃO

3.1. O hospital tem implantado serviço de ouvidoria?

() SIM () NÃO

3.2. O hospital realiza pesquisas de satisfação diretamente aos usuários?

() SIM () NÃO

3.3. O hospital realiza o acolhimento ao paciente?

() SIM () NÃO

3.4. Qual o protocolo adotado?

MANCHESTER _____

4. VIGILÂNCIAS EM SAÚDE

4.1. O hospital realiza a notificação de paciente, em especial bebês, com diagnóstico ou suspeita de deficiência auditiva, física (estomia), mental, autismo ou déficit sensoriomotor à respectiva Central de Regulação de Reabilitação?

() SIM () NÃO

B

4.2. O hospital notifica as doenças, agravos e eventos de saúde que fazem parte da lista de notificação compulsória e encaminha para a vigilância epidemiológica do município?

() SIM () NÃO

4.3. Há comissões de acompanhamento?

() SIM () NÃO

Quais CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR; COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO DO CONTRATO

4.4. Participa de alguma rede temática (psicossocial, cegonha, deficiência, crônicas)?

() SIM () NÃO

Especificar:

PSICOSSOCIAL

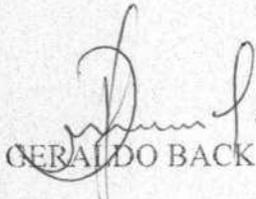
5. APERFEIÇOAMENTO

5.1. Foi oferecido um programa de qualificação/capacitação profissional as equipes do Hospital?

() SIM () NÃO

Especificar: SEGURANÇA DO PACIENTE; IMPLEMENTAÇÃO DE NOTIFICAÇÕES DE EVENTOS ADVERSOS; PREVENÇÃO DE LESÃO DE PELE POR PRESSÃO; A IMPORTÂNCIA DA PREVENÇÃO DA INFECÇÃO CIRÚRGICA; PROCESSAMENTO DE ROUPAS HOSPITALARES; BACTÉRIAS MULTIRRESISTENTES, COMO CUIDAR; CHECK LIST DE CIRURGIA SEGURA.

Local e Data: Vera Cruz, 14 de fevereiro de 2017.

Identificação e Assinatura do Representante do Hospital:  GERALDO BACK

PRESIDENTE