

# HELPS

## HOSPITAL EXCELLENCE IN PATIENT SAFETY

“Estratégia da melhoria de identificação do doente com recurso a pulseira de identificação”

Fernanda Abreu

16-09-2021

# Objetivos do projeto

## Objetivo geral

- Propor estratégias para assegurar a identificação inequívoca dos doentes, através de pulseira de identificação (PI) adequada, em contexto hospitalar, no SESARAM, EPERAM.

## Objetivos específicos:

- Analisar se existe relação entre as PI utilizadas e os incidentes notificados;
- Comparar as características das PI em uso com as características aconselhadas;
- Propor a padronização das PI no SESARAM, EPERAM;
- Pesquisar pulseiras existentes no mercado, que cumpram com as características pretendidas;
- Realizar formação dos profissionais acerca do procedimento de IID;
- Reformular o procedimento de IID;
- Acompanhar a implementação do procedimento de IID;
- Testar algumas PI que cumpram com as características, que sejam disponibilizadas pelas empresas;
- Implementar a utilização das PI aumentando a segurança do doente mitigando os riscos.

# Enquadramento

## Agência Nacional de Segurança do Paciente do Reino Unido:

“Os 7 passos para a segurança do paciente são:

- Promover uma cultura de segurança.
- Liderar e apoiar a equipe assistencial.
- Integrar as atividades de gestão de riscos.
- Promover a notificação dos incidentes de segurança.
- Estimular a participação do paciente no processo assistencial.
- Aprender e compartilhar o aprendizado sobre segurança.
- Implementar práticas de segurança.”

# Enquadramento

- A **segurança dos doentes** constitui um dos grandes desafios em todos os atos praticados
- prioridade para as equipas de saúde.

## Identificação do doente

- **Entre a infinidade de contactos e de atos praticados, a identificação do doente** consiste numa área específica de fundamental importância
  - É o primeiro dos atos clínicos antes da prestação de qualquer cuidado assistencial.
  - Reduz os potenciais riscos de eventos adversos e de erro.
- **Desde a entrada do doente num serviço de saúde até à sua saída**, em qualquer uma das fases, desde a referenciação até às várias etapas do diagnóstico e do tratamento.
  - pode ocorrer um erro na identificação do doente
  - pode resultar na troca de tratamentos invasivos ou potencialmente perigosos, como são exemplos a troca de medicação, de transfusões de sangue, de análises clínicas, de intervenções cirúrgicas, de meios auxiliares de diagnóstico, entre outros.
- **Risco de erro** ainda aumenta de acordo com uma multiplicidade de fatores:
  - a alteração do estado de consciência, barreiras à comunicação, entre outros.

## Enquadramento

### PLANO DE AÇÃO MUNDIAL PARA A SEGURANÇA DO DOENTE 2021- 2030

O Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021- 2030 foi aprovado a 28 de maio de 2021, em resolução, na 74ª Assembleia Mundial da Saúde. Este plano visa eliminar os danos evitáveis nos cuidados de saúde, permitindo evitar danos ou mesmo travar a morte de milhões de doentes, na sequência de cuidados de saúde inseguros a nível mundial.

Ao todo, contempla 7 objetivos estratégicos:

- Desenvolver políticas de saúde para eliminar danos evitáveis;
- Criar sistemas de saúde de elevada confiança;
- Garantir a segurança dos processos clínicos;
- Envolver e capacitar os doentes e as famílias;
- Motivar, educar e capacitar os profissionais de saúde;
- Garantir a informação e a investigação;
- Desenvolver parcerias, sinergias e a solidariedade.

# Assegurar a Identificação do doente

OMS

- 1ª meta para a **Segurança do Doente**

PNSD  
2015-2020

- 5º objetivo estratégico
- **assegurar a identificação inequívoca dos doentes** (que 95% das instituições prestadoras de cuidados de saúde implementariam práticas seguras da identificação dos doentes);

DGS

- **Orientação nº 018/2011 de 23/05/2011**
- Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes nas instituições de saúde



Qualidade  
ACSA

- **Requisito obrigatório** do Standard 10.06 do MGC
- dispor e aplicar mecanismos de verificação precisos e inequívocos que diminuam a possibilidade de erros na prestação, sobretudo em relação a doentes e procedimentos de alto risco (transusão componentes sanguíneos, medicação, MCDT, outros)

# Assegurar a Identificação do doente

## CGRG

- Funções - analisar e propor soluções que vão de encontro ao aumento da qualidade e segurança dos processos assistenciais:
- implementação de pulseiras de identificação mais adequadas para as diferentes situações de risco identificadas

## CA

- **Objetivo estratégico** - Qualidade e Segurança dos processos assistenciais
- apostar na modernização dos seus processos com vista à preparação de um novo hospital assente nos mais modernos mecanismos de segurança dos utentes e profissionais;

## IPST

- C. Normativa - IP nº 001/CN-IPDT, IP/14 Tecnologias de Identificação do Doente



Nº. 001/CN-IPST, IP/14

Data: 03.02.2014

Tendo em consideração as atribuições do IPST IP constantes do Decreto-lei n.º 39/2012 de 16 de fevereiro, nomeadamente as constantes das alíneas b) e c) do n.º 2 do artigo 3.º, conjugadas com o disposto na alínea a) e b) do n.º 2 do artigo 5.º, o IPST, IP aprova e divulga o seguinte:

Despacho n.º  
20730/2008

- RN internados:
- pulseira identificativa codificada
- pulseira eletrónica, com alarme e sistema de encerramento automático das portas de acesso



# Estudos internacionais

- **National Patient Safety Agency (RU):**
  - 236 Incidentes relacionados a **pulseiras com informações incorretas** (entre 2003 e 2005 )
  - 1 em cada 10 casos de **cuidados incompatíveis** notificados **relacionavam-se com PI**
  - **identificação incorreta** do paciente esteve envolvida em:
    - **13% dos erros médicos** na cirurgia
    - **67% dos erros de transfusão.**
- **National Center for Patient Safety (USA)**
  - A **má identificação do paciente** - citada em mais de **100 análises de causa raiz, entre 2000 e 2003** - realizadas pelo The United States Department of Veterans Affairs.
- **Hospital Universitário (Brasil)**
  - Investigação acerca da utilização das PI, e dos respetivos indentificadores, utilizados num hospital universitário (Hoffmeister e Moura - 2015)
    - **PI corretamente identificada** - 83,9 %;
    - **PI com erros** (nome incompleto, número de processo clínico errado, dados ilegíveis e PI com problemas de integridade) – 11,9%;
    - **Sem PI** – 4,2%.



# Estudos internacionais

- **Estudo realizado**
  - Erros registados com a administração de medicação - 24.382 erros:
    - Relacionados com identificação do doente - 2.900 erros
      - Custo estimado para reparar esses erros - superior a U\$ 13 milhões
        - » Nesta perspetiva de análise, a implantação dessa tecnologia representaria um custo menor para as instituições e um cuidado mais seguro

Pesquisadores afirmam que o uso de código de barras nas pulseiras e do scanner (para a leitura da mesma), antes da administração do medicamento:

- constitui uma forma de assegurar que o medicamento prescrito seja administrado ao paciente correto
- estimando uma redução de cerca de 70% nas taxas de erros nas instituições que utilizam esse sistema



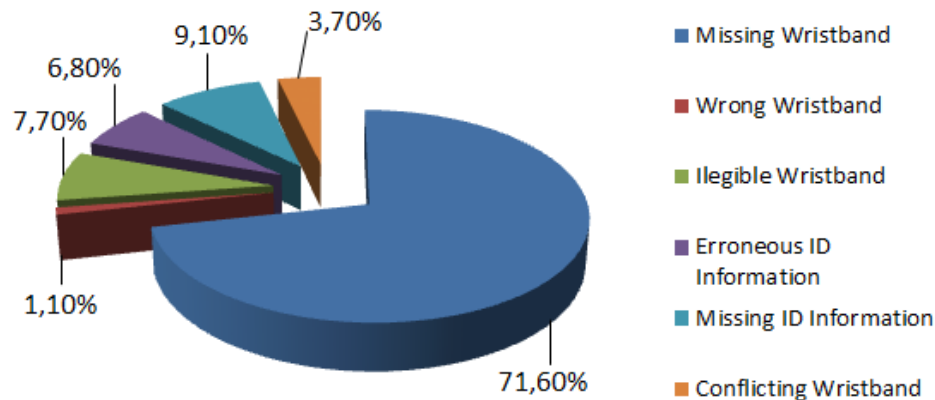
Fonte: Hoffmeister e Moura (2015), citando Silva *et al*

# Estudos internacionais

## Estudo USA (1999 a 2000)

- 217 instituições – participaram voluntariamente
- Objetivo - verificar se a monitorização dos erros com PI resultavam em diminuição desses riscos.
- Perguntavam o nome completo ao doente, e depois verificavam na PI.
- examinadas 1.757.730 PI, durante a colheita de sangue para análise
  - detetados 45.197 erros.
    - Desses erros, 71.6% diziam respeito à falta de PI.

### Aggregate percentages of types of wristbands errors (N=45 197) for 1999-2000



Fonte: Howanitz et al (2002)



## Estudo - **Identificação inequívoca do doente em contexto hospitalar**

- Local - Centro Hospitalar Lisboa Ocidental EPE.
- Observação Enfs durante a prestação de cuidados - Resultados:

### **Transferência para o BO**

- Indicador verbal (um nome) e o nº da cama – utilizado em 80,8%
- Confirmação com os dados na PI - 15,4%

### **Transferência para MCDT**

- Indicador verbal (um nome) e o nº da cama - 73,4%
- Confirmação com os dados na PI - 19%

### **Transferência para outros serviços**

- indicador verbal (um nome) e o nº da cama - 73,4%
- Confirmação com os dados na PI - 19%

### **Administração de medicação**

- indicador verbal (1º ou último nome) e o nº da cama – 60,8%
- indicador verbal (um nome) – 30,0%
- Confirmação com os dados na PI – 7,9%

### **Administração de sangue e hemoderivados**

- só em 5% não foram confirmados os dados da pulseira com a leitura do código de barras da PI específica para transfusão;

### **Colheita de sangue e outros espécimes para análise – confirmado:**

- 1 nome e nº da cama - 81,5%
- 1 nome e nº da cama - 15,6%
- Enquanto que só em foi utilizado um identificador verbal (um nome) e confirmado na PI - 2,8%

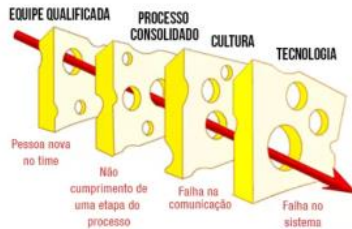
Fonte: Almeida (2016)



Estudo em Centro Hospitalar em Lisboa:

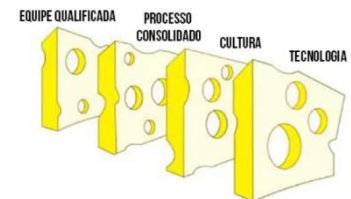
- **Local:** 3 Unidades de Cuidados Intensivos e em um serviço de Urgência.
- **Âmbito** - causas de erro na medicação.
- **Instrumento** - aplicação de um questionário a enfermeiros.
- **Resultados:**
  - 66,4% referem que conferem sempre a identidade do paciente através da PI antes de qualquer administração;
  - 18,6% referem algumas vezes;
  - 15% referem que nunca.

Fonte: Diz e Gomes (2008)



## Erros

- Os erros não são intencionais, de contrário seriam dolosos, mas podem acontecer:
  - em qualquer fase do processo,
  - em qualquer instituição, ou praticados por qualquer instituição,
  - ou praticados por qualquer profissional de saúde (Oliveira, 2013)
- É importante que as organizações criem condições por forma a controlar e corrigir falhas do sistema que possam contribuir para ocorrerem erros. (Fragata e Martins)
- Fundamental reportar e discutir as situações da ocorrência do erro e proceder à avaliação/auditoria do processo, com vista a evitar os erros e a promover eficazmente a cultura de segurança (Ministério da Saúde, 2015)
- O ciclo de melhoria contínua da qualidade, aplicado à segurança dos doentes, deve identificar os riscos, avaliá-los e hierarquizá-los, adotando as ações de melhoria a implementar. Trata-se de uma correta gestão dos riscos (Ministério da Saúde, 2015).



# Aplicação de gestão de Risco Global – HER+



.

## Tipologia das notificações associadas a identificação do doente, por tipologia de incidente, no período de 2019 a 2021

|                                      |
|--------------------------------------|
| Gestão do Percurso do Doente         |
| Proced Clínico/Processo de Prestação |
| Medicação/Fluidos Intravenosos       |
| Sangue e Hemoderivados               |
| Alimentação e Dieta                  |
| Comportamento do Doente              |
| Incidente do Doente                  |
| Violência no Local de Trabalho       |



# Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 publicado em Diário da República

Foi publicado, em Diário da República, no passado dia 10 de fevereiro, o Despacho n.º 1400-A/2015 referente ao Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. O plano integra a Estratégia Nacional para a Qualidade da Saúde e tem como objetivo «apoiar os gestores e os clínicos do Serviço Nacional de Saúde na aplicação de métodos e na procura de objetivos e metas que melhorem a gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde».

O plano, coordenado pelo Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-geral da Saúde, visa alcançar nove objetivos estratégicos e apresenta metas a atingir até 2020. As instituições de saúde, através das suas comissões da qualidade e segurança, devem implementar e acompanhar um conjunto de ações propostas, tendo em vista a melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados de saúde prestados à população.

| Ações                                                                                                                                                                                 | Calendarização |      |      |      |      |      | Responsável                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------|------|------|------|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                       | 2015           | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |                                                                                                                   |
| Implementar práticas seguras no âmbito da verificação entre a identificação do doente e o procedimento a realizar.                                                                    | X              |      |      |      |      |      | Instituições prestadoras de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde e com ele convencionado                |
| Auditar, semestralmente, a validação prévia entre a identificação do doente e a colheita de sangue ou outros espécimes para análise e a identificação correta do doente na rotulagem. |                | X    |      |      |      |      | Instituições prestadoras de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde e com ele convencionado                |
| Auditar, semestralmente, a validação prévia entre a identificação do doente e a administração de sangue e seus componentes e a identificação correta do doente na rotulagem.          |                |      | X    |      |      |      | Instituições prestadoras de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde e com ele convencionado                |
| Auditar, semestralmente, a validação prévia entre a identificação do doente e a administração de medicamentos.                                                                        |                |      |      | X    |      |      | Instituições prestadoras de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde e com ele convencionado                |
| Auditar, semestralmente, a validação prévia entre a identificação do doente e a administração de tratamentos oncológicos.                                                             |                |      |      |      | X    |      | Hospitais do Serviço Nacional de Saúde, Centros Hospitalares, Unidades Locais de Saúde e entidades convencionadas |

## Análise incidente

A análise de um incidente deve ser feita de acordo com 10 classes, de acordo com a CISD:

- *“1. Tipo de Incidente*
- *2. Consequências para o Doente*
- *3. Características do Doente*
- *4. Características do Incidente*
- *5. Fatores Contribuintes /Perigos*
- *6. Consequências Organizacionais*
- *7. Detecção*
- *8. Fatores Atenuantes do Dano*
- *9. Ações de Melhoria*
- *10. Ações para Reduzir o Risco”.*

## Procedimento de Identificação do doente

- Reformular, compilar, por forma a reduzir o nº de doc. existentes relativos a esta temática
- Criar fluxogramas
- Divulgar os documentos
- Formação – fazer reciclagem

| PO          | Versão | Nome                                                                             |
|-------------|--------|----------------------------------------------------------------------------------|
| DAPO.0002   | 1      | Pulseira na identificação inequívoca de Utentes no SU                            |
| DAPO.0011   | 1      | Pulseira kin de Catástrofe na identificação inequívoca de Utentes no SU          |
| 1 PRO.002   | 1      | Auditoria às medidas de identificação inequívoca das pessoas                     |
| 1 DAPO.0045 |        | Proc Diagnósticos e terapêutico com risco, nomeadamente transfusão sanguínea.... |
| 1 PRO.001   | 1      | Identificação inequívoca das pessoas                                             |
| 1 PRO.028   | 1      | Identificação de Utentes no Serviço de Urgência de Machico                       |
| 1 PRO.006   | 1      | Utentes sem identificação                                                        |
| 1 PRO.015   | 1      | Utentes sem identificação                                                        |
| 2 PROC.001  | 1      | Registos de "Identificação do doente" com Anafilaxia                             |
| 19 PRO.007  | 1      | Identificação inequívoca de doentes com                                          |
| 1 PRO.006   | 2      | Utentes sem identificação                                                        |
| 1 PRO.033   | 1      | Identificação inequívoca de doentes                                              |
| 1 PRO.092   | 1      | Identificação do RN                                                              |
| 1 PRO.009   | 1      | Identificação inequívoca de Utentes no                                           |
| 1 PRO.025   | 2      | Identificação inequívoca de Utentes -                                            |
| 1 PRO.036   | 4      | Atribuição de número único de processo clínico aos utentes                       |
| PRO.036     |        | Criação de número de Processo Clínico Hospitalar                                 |
| 1 PRO.036   | 4      | Unificação de processos clínicos duplicados                                      |

**Modelo de Acreditação ACSA**

PO.01 PRO. 001 PROCEDIMENTO n.º 001 Versão n.º 001

REFERÊNCIA: Procedimento novo.

1. NOME: Identificação inequívoca das pessoas

2. ÂMBITO: Serviços, Unidades e Centros de Saúde.

3. RESPONSABILIDADE: Conselho de Administração; Órgãos de Direção Técnica; Comissão de Gestão de Risco Global;

4. EVIDÊNCIA:

Manual de Standards, Unidades de Gestão Clínica, ME 5 1\_ 07:510.06.  
Manual de Standards, Laboratórios Clínicos, ME 11 1\_ 02 - 503.01.  
Manual de Standards, Unidades de Urgência e Emergência, ME 26 1\_01: 5 10.08.  
Manual de Standards, Unidades de Sangue, ME 15 1\_01: 503.01.

**Modelo de Acreditação ACSA**

PO.01 PRO. 002 PROCEDIMENTO n.º 002 Versão n.º 001

REFERÊNCIA: Procedimento novo.

1. NOME: Auditoria às medidas de identificação inequívoca das pessoas.

2. ÂMBITO: Serviços, Unidades e Centros de Saúde.

3. RESPONSABILIDADE: Conselho de Administração; Diretor Clínico; Enfermeiro-diretor; Comissão de Gestão de Risco Global.

4. EVIDÊNCIA:

Manual de Standards, Unidades de Gestão Clínica, ME 5 1\_ 07: 510.06.  
Manual de Standards, Laboratórios Clínicos, ME 11 1\_ 02: 503.01.  
Manual de Standards, Unidades de Urgência e Emergência, ME 26 1\_01: 510.08.  
Manual de Standards, Unidades de Sangue, ME 15 1\_01: 503.01.

## Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde - Orientação nº 018/2011 (DGS)

### A identificação dos doentes com pulseira aplica-se a doentes em:

- »» Internamento hospitalar e internamento em unidade de cuidados continuados de longa duração;
- »» Hospital de dia;
- »» Realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica;
- »» Cirurgia de ambulatório;
- »» Atendimento em urgências.

### Dados de identificação fidedigna do doente:

- »» nome deve constar em maiúsculas;
- »» data de nascimento no formato dia/mês/ano (99/99/9999);
- »» número único de processo clínico da instituição (99.999.999).

### Características das pulseiras de identificação:

- »» cor branca, independentemente dos diagnósticos, sexo, ou qualquer outra característica do doente;
- »» material que as compõe deve ser anti alergénico e inócuo para o doente;
- »» suportar a informação de identificação fidedigna em letra de tamanho 12 (ou superior em fonte comum), em tinta resistente e de cor preta;
- »» flexíveis e cómodas, sem arestas ou bordos cortantes, resistente à água, resistente à tensão e resistente ao calor;
- »» tamanho ajustável no pulso e com fecho de segurança não manipulável;
- »» não devem ser reutilizáveis; devem cumprir com as normas (proteção do ambiente).



## Despacho n.º 20730/2008 - RN

- “2.3 - Estes sectores de internamento, sem prejuízo da salvaguarda das condições de segurança exigíveis em situações de sinistro ou catástrofe, deverão estar equipados com porta ou portas codificadas de acesso, sendo o respectivo código disponibilizado apenas aos profissionais do serviço e alterado com periodicidade irregular;
- 2.4 - Os acessos, corredores e outras áreas críticas dos referidos sectores de internamento deverão igualmente estar cobertos por sistemas de videovigilância com as características definidas no n.º 1.4. deste despacho;
- 2.5 - Os recém-nascidos (RN) internados, além de pulseira identificativa codificada, deverão igualmente ser portadores de pulseira electrónica, com alarme e sistema de encerramento automático das portas de acesso, sem prejuízo da salvaguarda das condições de segurança exigíveis em situações de sinistro ou catástrofe.”

SESARAM, EPERAM – aguarda implementação:

- pulseiras de identificação codificada;
- pulseiras eletrónicas com alarme referidas no ponto 2.5.

– **Propomos consignar neste projeto os RN**



# Processo Hemotransusão

Segundo a **circular normativa** nº 001/CN-IPDT, IP/14 do **Instituto Português do Sangue e da Transplantação**, IP, no período de 2011 a 2012:

- Dos 293 **quase erros** notificados :
  - 224 (76,54%) tiveram origem no local de transfusão
    - relacionaram-se em 85,26% dos casos com problemas na identificação da amostra pré-transfusional e administração dos componentes sanguíneos .
- Dos **erros** notificados:
  - 66,7% tiveram origem no local de transfusão
    - 67,64% dos quais estiveram relacionados com:
      - Identificação da amostra pré-transfusional e com a administração de componentes sanguíneos.
  - Em 17 casos houve consequências para o recetor
- Por considerarem que a identificação inequívoca do doente é fulcral para evitar erros que podem resultar em morte para o recetor, apontam para que:
  - “Sejam **adotados procedimentos estritos de identificação dos doentes**, que permitam minimizar os desvios relacionados com os aspetos humanos envolvidos no processo transfusional;
  - Que seja utilizados meios de identificação dos doentes, apropriados ao movimento transfusional de cada instituição e específicos do processo transfusional, que possam servir para minimizar o risco identificado.”



# Pulseiras eletrónica (localização)

## Objetivo

- Proteger os doentes com alterações de comportamento, processos demenciais, internamento compulsivos previstos na lei, entre outros.

Orientação da DGS nº 021/2011 - **“Prevenção do comportamento dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente”**:

- *“2. Os doentes são elegíveis para a colocação de medidas de contenção, quando:*
- *2.1. Manifestem comportamentos que o coloquem a si ou à sua envolvente em risco de sofrer danos.*
- *2.2. Recusem tratamento compulsivo, nos termos legais”.*

*(...)“em todas as circunstâncias deve prevalecer o princípio de cuidar do doente com a menor restrição possível”.*

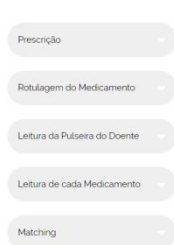
**Contenção Ambiental** - *“recurso a alterações que controlam a mobilidade do doente. Pode ser uma sala de confinamento, um espaço fechado ou limitado onde o doente pode deambular em segurança, com supervisão clínica”.*



## Possibilidade de interface com outros sistemas de segurança



- Gestão do processo transfusional
- Gestão do processo de medicação
- Registo de sinais vitais
- Registo de dados relativos a:
  - Sinais vitais
  - Perfusão
  - Ventilação
  - Anestesia
  - Etc.





O Centro Hospitalar Tamega e Sousa adotou a solução MAPP® para mobilidade de enfermagem na colheita de amostras, administração segura de medicamentos, transfusões sanguíneas e dietas, intervenções de enfermagem e gestão logística do material de consumo clínico e do medicamento.

# Características dos utentes

Permitir fazer face aos diferentes contextos e necessidades:

- Utentes de diferentes faixas etárias;
- Duração do internamento: curta, média e longa duração;
- Diversas características da pele;
- Utentes com alterações de comportamento
- Utentes com riscos e patologias específicas:
  - Demência/Desorientação;
  - Quedas, UPP, etc.



| Faixa etária | Características da pele |        | Duração internamento |       |       |
|--------------|-------------------------|--------|----------------------|-------|-------|
|              | Normal                  | Frágil | Curto                | Médio | Longo |
| RN - Termo   | V                       |        | V                    | V     |       |
|              |                         |        | V                    |       |       |
| RN Prematuro |                         |        |                      | V     | V     |
|              |                         | V      | V                    |       |       |
| Crianças     | V                       |        | V                    | V     |       |
| Adultos      | V                       |        | V                    | V     |       |
| Adultos      | V                       |        |                      |       | V     |
| Idosos       |                         | V      |                      |       | V     |

## Tipo de Pulseiras

### Porta de entrada

- SU
- SAU
- C.ext
- Cir Amb
- Hosp Dia



### Tipo de pulseiras

- Pulseiras triagem
- Pulseiras Kit Catástrofe
- Pulseiras
  - Características do doente internado (Agudo; Crónico; Especial )
  - Duração do internamento : Curto; longo; RN
  - H. Dia
  - SO Urgência
- Fatores de risco (Alergias, quedas, ots)





**Qual a estratégia a utilizar para  
melhorar a identificação do paciente  
com recurso a pulseira, no SESARAM,  
EPERAM?**





## Análise das PI

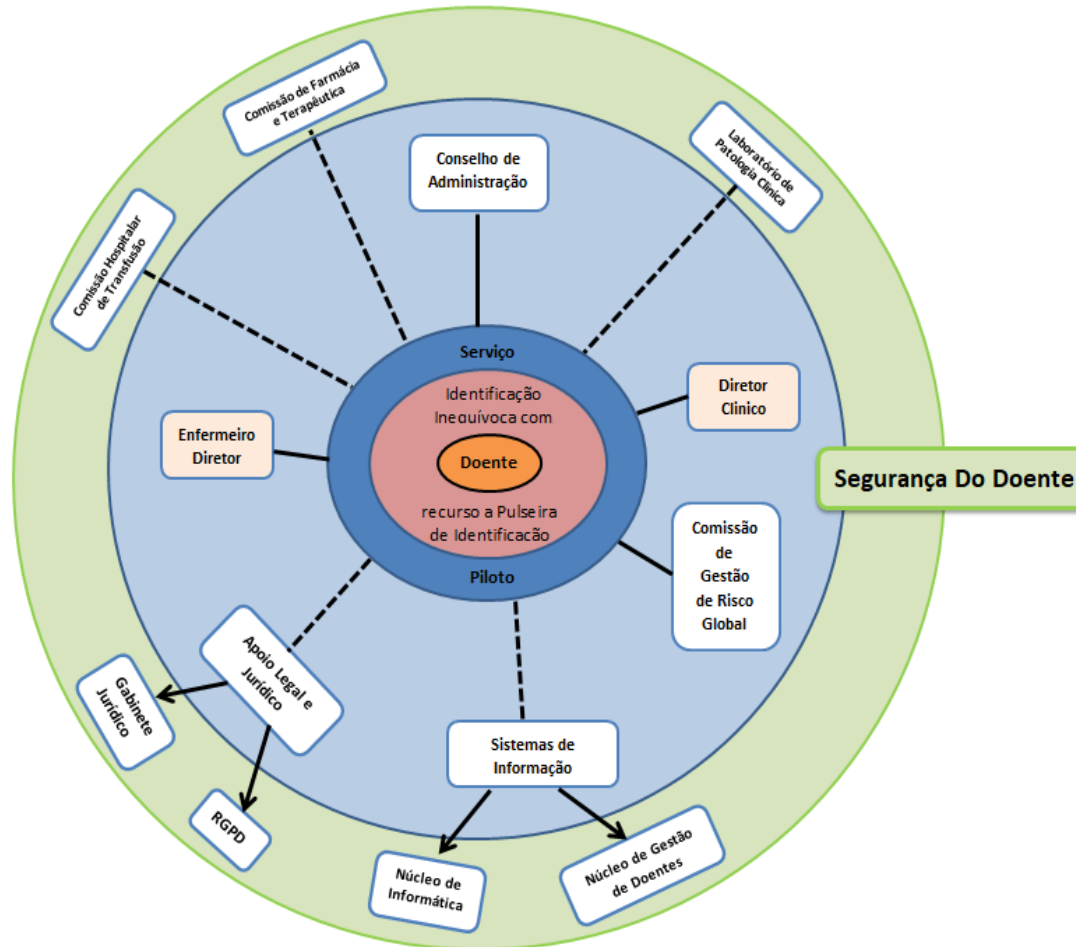


| Características das pulseiras de identificação do doente |                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Orientações da DGS                                       |                                                              | Características das PI em uso no SESARAM, EPERAM                                                                                                                                                                                                            |
| Cor                                                      | Branca                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Material                                                 | Anti alérgico e inócuo para o doente                         | Alergia a pulseira (RN)                                                                                                                                                                                                                                     |
|                                                          | Flexíveis e cómodas                                          | Desconfortável                                                                                                                                                                                                                                              |
|                                                          | Sem arestas ou bordos cortantes                              |                                                                                                                                                                                                                                                             |
|                                                          | Resistente à água, resistente à tensão e resistente ao calor | Fácil arrancar/retirar<br>Etiqueta em cartão <u>fino</u><br>Apaga muito facilmente: com a água dos cuidados de higiene, etc.                                                                                                                                |
| Informação de identificação fidedigna                    | Nome em letras maiúsculas                                    | É manuscrito nos serviços, sem usar letras maiúsculas                                                                                                                                                                                                       |
|                                                          | Letra de tamanho 12 ou superior em fonte comum               | É manuscrito nos serviços                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                          | Tinta resistente                                             | Desgaste rápido da etiqueta impressa (no serviço de urgência), ou manuscrita (nos serviços); Não existem impressoras p imprimir etiquetas de identificação, nos serviços<br>Apaga muito facilmente: com a água dos cuidados de higiene, etc.                |
|                                                          | Tinta de cor preta                                           | Etiqueta fornecida separada - Refazer etiqueta pulseira – Risco acrescido de Identificação incorreta                                                                                                                                                        |
| Tamanho                                                  | Permita colocar a informação de identificação fidedigna      | Espaço pequeno para registo dos dados (quando manuscrito). Letra muito pequena. É manuscrito nos serviços                                                                                                                                                   |
|                                                          | Ajustável no pulso                                           | Cumpre                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Fecho de segurança                                       | Não manipulável                                              | Cumpre                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Outras                                                   |                                                              | Sem possibilidade de implementar sistemas de alerta imediato através da utilização de pulseira de sinalização com cores diferenciadas (risco de queda, risco de úlcera de pressão, entre outros), adaptadas às necessidades específicas de nossos serviços. |
|                                                          |                                                              | Sem possibilidade de registar percurso do doente (sem RFID), em doentes de risco.                                                                                                                                                                           |



| Atividades a desenvolver                                            | Ação                                                                                                                                                            |
|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Pedido de autorização ao Conselho de Administração                  | Após informação, pedido formal de autorização para o projeto de melhoria                                                                                        |
| Informação/Envolvimento das Direções técnicas dos serviços alvo     | Propor incluir a identificação do doente nos objetivos estratégicos da instituição e a realização de auditorias externas de acompanhamento                      |
| Pulseiras de Identificação utilizadas em outros hospitais           | Contactados colegas de outras instituições para conversar sobre a sua experiência nesta área                                                                    |
| Consulta ao mercado sobre artigos existentes específicos do projeto | PI, clips para identificação de fatores de risco, impressoras para PI                                                                                           |
| Características importantes para aquisição do material/equipamentos | Compilação das características; seleção dos critérios desejáveis                                                                                                |
| Informação/Envolvimento das Direções dos serviços                   | Propor incluir a identificação do doente nos objetivos do serviço                                                                                               |
| Envolvimento de equipa multidisciplinar                             | Para discussão/integração de contributos das diversas perspetivas nas ações de melhoria                                                                         |
| Compatibilidades no interface com outros equipamentos               | Identificação: Monitores de sinais vitais; PDA de controlo de medicação; ligação com processo de Hemo transfusão; colheita espécimes para análise, entre outros |
| Teste de amostras de PI                                             | Construção de tabela de registo                                                                                                                                 |
| Aquisição dos equipamentos e materiais                              | Efetuar proposta; acompanhar concurso                                                                                                                           |
| Indicadores de desempenho                                           | Construir, recolher                                                                                                                                             |
| Formação da equipa de saúde dos serviços alvo                       | Construção dos conteúdos; envolver os serviços para colaborarem na realização da formação                                                                       |
| Procedimento de identificação inequívoca do doente                  | Levantamento dos existentes na instituição, Reformulação com compilação                                                                                         |
| Procedimento de Auditoria à ID                                      | Levantamento dos existentes na instituição, Reformulação com compilação                                                                                         |
| Instrução de trabalho dos equipamentos a adquirir                   | Construir, propor aprovação e difundir                                                                                                                          |
| Procedimento de utilização das PI e outros materiais a adquirir     | Construir, propor aprovação e difundir                                                                                                                          |
| Informação dos doentes/acompanhantes/visitas                        | Construção dos conteúdos; Implementação                                                                                                                         |
| Implementação da utilização das novas PI                            | Acompanhamento                                                                                                                                                  |
| Envolvimento do doente e família                                    | Informação e pedido de colaboração                                                                                                                              |
| Auditorias periódicas de acompanhamento                             | Auditores internos e externos. Lançamento em plataforma, ou em tabela com envio mensal para a CGRG                                                              |
| Avaliação de resultados e definição de medidas corretivas           | Ciclo PDCA                                                                                                                                                      |
| Apresentação de resultados                                          | Resumo do projeto, descrição das atividades; indicadores recolhidos                                                                                             |

# Equipa multidisciplinar



## Análise de PI disponíveis no mercado



| Idade   | Modelo                    | Medida | Durabilidade |          | Fixação | Resiste                                                                                                                                     | Segurança                                                                                                                 | Impressora                                                                                                  | Facilidade                     |
|---------|---------------------------|--------|--------------|----------|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
|         |                           |        | até 7 dias   | » 7 dias |         | Produtos                                                                                                                                    | Outros                                                                                                                    |                                                                                                             |                                |
| Adultos | Eco 200                   |        | 1 sem        |          | adesivo | » água, atrito, detergentes, desinfetante, gel, spray, álcool, produtos de limpeza, fluidos corporais e óleos líquidos.<br>» calor e tensão | » S/ arestas ou bordos cortantes;<br>» Material antialérgico (s/ látex e ftalato inócuo)<br>» Revestimento antimicrobiano | Qualquer impressora térmica.<br>Ex: Zebra 2824, 2844, G-series, TEC, Citizen, Tally Genicom, Intermec, etc. | Tem zona de impressão + larga. |
|         | Eco 100 Z                 |        |              | 2 sem    | adesivo |                                                                                                                                             |                                                                                                                           |                                                                                                             |                                |
|         | Eco 100                   |        |              | 3 sem    | adesivo |                                                                                                                                             |                                                                                                                           |                                                                                                             |                                |
|         | FAST 100 LCB              |        | 1 sem        |          | CLIP    |                                                                                                                                             |                                                                                                                           |                                                                                                             |                                |
|         | FAST 100                  |        |              | 4 sem    | CLIP    |                                                                                                                                             |                                                                                                                           |                                                                                                             |                                |
| Ped.    | INFA ECO 250              |        | 1 sem        |          | adesivo |                                                                                                                                             |                                                                                                                           |                                                                                                             |                                |
|         | INFA fast LCB             |        | 1 sem        |          | CLIP    |                                                                                                                                             |                                                                                                                           |                                                                                                             |                                |
|         | INFA fast 100             |        |              | 4 sem    | CLIP    |                                                                                                                                             |                                                                                                                           |                                                                                                             |                                |
| RN      | BABYSOFT2 50 (c/ esponja) |        |              | 2 sem    | adesivo |                                                                                                                                             |                                                                                                                           |                                                                                                             |                                |



# Análise de PI disponíveis no mercado



| Idade          | Modelo          | Medidas mm  | Durabilidade  |                               | Fixação         | Resistência                                             | Segurança                                                                                                                       | Impressora                                                                     | Facilidade                                          | COMPRA              |         |      | Outros                                                                                                    | Necessidades específicas                                       | Conformidade DG5 O 018/2 | Experiência     |
|----------------|-----------------|-------------|---------------|-------------------------------|-----------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------|---------|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------|
|                |                 |             | até 7 dias    | > 7 dias                      |                 | Produtos                                                | Outros                                                                                                                          | Impressora                                                                     |                                                     | EMBAL               | €/Unid. | Cond |                                                                                                           |                                                                |                          |                 |
| Adulto         | Z Band direct   | 25 x 279 mm | Polipropileno | Escurecimento, mancha, apagar | adesivo ou clip | Prova água e de solventes legível; Digitalizável (100%) | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Não causa ferida;</li> <li>▶ Não incomoda o doente</li> <li>▶ Hipoalérgicas</li> </ul> | Compatível c/ sistemas existentes. Cor branca, com impressão a preto. ZDS10-HC | troca rolo (cor) modo simples                       |                     |         |      | <ul style="list-style-type: none"> <li>* barato negociar 1 ano.</li> <li>Triagem: papel, cores</li> </ul> | RFID - Alarme (Sirena, luz, alerta gabinete). Acompanha da por | Sim                      |                 |
| Ped.           |                 | 25 x 178 mm |               |                               |                 | legível até 14 d                                        |                                                                                                                                 | Impressora térmica normal. Triagem - aconselha 1 impressora por cor            | 3 cartuchos diferentes, para cada um dos 3 tamanhos |                     |         |      | Enviei planta Obst. Triagem: papel, cores                                                                 | Montagem de antenas a delimitar o espaço.                      | Confirmar                |                 |
| RN             | LB2-baby-L3E    | 25 x 152    |               |                               |                 |                                                         |                                                                                                                                 |                                                                                |                                                     |                     |         |      |                                                                                                           |                                                                |                          |                 |
| Sem informação |                 |             |               |                               |                 |                                                         |                                                                                                                                 |                                                                                |                                                     |                     |         |      |                                                                                                           |                                                                |                          |                 |
| Adulto         | LB2 - Adult-L3E |             |               |                               |                 |                                                         |                                                                                                                                 |                                                                                | Possibilidade de imprimir pulseira em folha A4      | € 410/Cx 1000 Unid. | 0,410   |      | transporte? Etiquetas - PLS-103E - 200K?                                                                  |                                                                | Confirmar                | H. Garcia Horta |







# Indicadores

|                                                                           |                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Taxa de utentes com pulseira de identificação                             | $\frac{\text{Nº de doentes com PI}}{\text{Nº Total de doentes internados}} \times 100$                          |
| Taxa de conformidade da grelha de verificação da identificação            | $\frac{\text{Nº de respostas em conformidade}}{\text{Nº de respostas aplicáveis}} \times 100$                   |
| Índice de eventos notificados associados à identificação do doente        | $\frac{\text{Nº de eventos notificados associados a PI}}{\text{Nº Total de eventos notificados}} \times 100$    |
| Taxa de profissionais com formação específica sobre o procedimento de IID | $\frac{\text{Nº de profissionais formados do serviço}}{\text{Nº total de profissionais do serviço}} \times 100$ |
| Taxa de durabilidade das Pulseiras de curta duração                       | $\frac{\text{Nº PI funcionantes após 2 semanas}}{\text{Nº PI em teste no serviço}} \times 100$                  |
| Taxa de durabilidade das Pulseiras de longa duração                       | $\frac{\text{Nº PI funcionantes após 4 semanas}}{\text{Nº PI em teste no serviço}} \times 100$                  |

Divulgação dos resultados às equipa



# Realização de auditorias com os elos do risco clínico

- Auditoria inicial
- Auditoria semanal, com utilização das 3 grelhas de auditoria

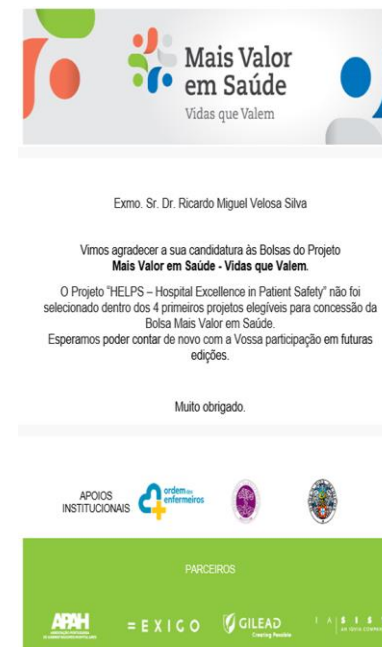
| Grelha 1 – Circuito Assistencial Geral                                                                                                                                                                                                                                                     | Sim | Não | NA |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|----|
| 1. Os profissionais têm conhecimento do procedimento de identificação inequívoca de pessoas, do SESARAM.EPE. (Entrevistar 4 profissionais, admissível 1 falha)                                                                                                                             |     |     |    |
| 2. A equipa participa regularmente (mínimo anual), em ações de formação sobre o tema? (Admissível mínimo 75% participação)                                                                                                                                                                 |     |     |    |
| 3. São realizadas auditorias semestrais?                                                                                                                                                                                                                                                   |     |     |    |
| 4. É confirmada pelos serviços administrativos a informação relativa à identificação do utente (nome completo, data de nascimento, morada e contactos), na admissão /contato com os serviços. (Verificar 4 utentes, admissível 0 falhas; são exceções as situações de urgência/emergência) |     |     |    |
| 5. No contacto do profissional de saúde com o utente é confirmada a sua identidade, solicitando dois dados inequívocos da sua identificação, perguntado o nome completo e data de nascimento. (Observar em 2 contactos, admissível 0 falhas)                                               |     |     |    |
| 6. Há validação prévia entre a identificação do doente e, procedimentos invasivos ou não invasivos de diagnóstico ou terapêutica, como atos cirúrgicos ou anestésicos (Verificar em 2 utentes aplicáveis, admissível 0 falhas)                                                             |     |     |    |
| 7. Há validação prévia entre a identificação do doente e a colheita de sangue ou outros espécimes para análise e a identificação correta do utente (Verificar em 2 utentes aplicáveis, admissível 0 falhas)                                                                                |     |     |    |
| 8. Há validação prévia entre a identificação do doente e a administração de medicamentos (Verificar em 2 utentes aplicáveis, admissível 0 falhas)                                                                                                                                          |     |     |    |
| 9. No momento da saída da consulta, alta ou transferência do utente, são entregues e confirmados os dados da documentação do utente para a continuidade de cuidados (requisição, vinhetas, MCDT,...) (Confirmar com 1 utente/família, admissível 0 falhas).                                |     |     |    |
| 10. No caso de não conformidade ou falha no processo de identificação, a notificação do incidente foi reportada a Comissão de Gestão do Risco Global.                                                                                                                                      |     |     |    |

| Grelha 1.1 – Circuito Assistencial Internamentos                                                                                                                                                                                                                                                                         | Sim | Não | NA |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|----|
| 1. Os utentes internados, em episódio de hospital de dia, em cirurgia de ambulatório, atendimento em urgência têm pulseira de identificação legível. (Verificar todos os utentes, admissível 0 falhas)                                                                                                                   |     |     |    |
| 2. Aquando da colocação da pulseira de identificação foi confirmado com o utente e/ou família se as informações estão corretas (Confirmar com entrevista a 4 utentes/família, admissível 0 falhas)                                                                                                                       |     |     |    |
| 3. Nos momentos críticos do percurso de cuidados, transferência, saída para realização de MCDT, é perguntando o nome do utente, e confirmada a identificação recorrendo à pulseira. (Questionar a todos os utentes aplicáveis, admissível 0 falhas)                                                                      |     |     |    |
| 4. Os profissionais descrevem sumariamente o procedimento nos casos de utentes sem identificação. Neste caso é criado de forma provisória uma identificação, que contemple os seguintes dados: Nome completo (desconhecido), género, nº provisório de processo clínico (Questionar 2 profissionais, admissível 0 falhas) |     |     |    |
| 5. Há validação prévia entre a identificação do doente nos casos de etiquetagem e rotulagem nos produtos destinados ao doente (alimentação entérica e parentérica). (Verificar em 2 utentes aplicáveis, admissível 0 falhas)                                                                                             |     |     |    |
| 6. Há validação prévia entre a identificação do doente e a administração de sangue e seus componentes e a identificação correta da rotulagem (Verificar em 2 utentes aplicáveis, admissível 0 falhas)                                                                                                                    |     |     |    |
| 7. Há validação prévia entre a identificação do doente e a administração de tratamentos oncológicos (Verificar em 2 utentes aplicáveis, admissível 0 falhas)                                                                                                                                                             |     |     |    |
| 8. São confirmadas as informações do utente na prestação serviços de suporte assistencial (ex: antes de servir uma refeição) (Verificar em 2 utentes aplicáveis, admissível 0 falhas)                                                                                                                                    |     |     |    |

| Grelha 2 – Especificidades da pulseira de identificação                                                                                                                                                                                                                                     | Sim | Não | NA |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|----|
| 1. As pulseiras são de cor branca independentemente do género, diagnóstico ou qualquer outra característica do doente (Exceção procedimento RN e em situação de catástrofe)                                                                                                                 |     |     |    |
| 2. As pulseiras são de material antialérgico e inócuo, além de flexíveis e cómodas, sem arestas e bordos cortantes, de material resistente a água, ao calor e à tensão (E considerado não, se não reunir todas as características.)                                                         |     |     |    |
| 3. As pulseiras têm tamanho que suporte a informação fidedigna em caracteres tamanho 12 ou superior em fonte comum                                                                                                                                                                          |     |     |    |
| 4. As pulseiras têm tamanho ajustável ao pulso e fecho de segurança não manipulável (não podendo ser reutilizável e cumprindo as normas de proteção ambiental). (E considerado não, se não reunir todas as características.)                                                                |     |     |    |
| 5. As pulseiras de identificação no serviço/ unidade, são impressas através de impressora específica, preferencialmente com códigos de barras.                                                                                                                                              |     |     |    |
| 6. As pulseiras, contêm identificadores específicos para diferentes alertas, que permitam a adaptação de cliques com cores associadas a situações específicas (ex: risco de queda, de UPP, alergias entre outras)                                                                           |     |     |    |
| 7. A pulseira de identificação está colocada no membro dominante.                                                                                                                                                                                                                           |     |     |    |
| 8. No caso de impossibilidade clínica para a correta identificação (amputados, alergias, queimados), o Enfermeiro adequa o local para a identificação do utente                                                                                                                             |     |     |    |
| 9. O doente e família são informados sobre a importância para a segurança na prestação de cuidados, sobre a permanência da pulseira de identificação e que a mesma só poderá ser retirada após a alta hospitalar. (Confirmar com 1 utente/família, admissível 0 falhas).                    |     |     |    |
| 10. Caso o utente recuse a utilização da pulseira, apesar de ter sido informado sobre sua importância na segurança da prestação de cuidados, o Enfermeiro e/ou o Médico, está registado no processo clínico a recusa e as medidas adotadas.                                                 |     |     |    |
| 11. Em caso de óbito a pulseira de identificação é retirada, e substituída pelo cartão de identificação do cadáver.                                                                                                                                                                         |     |     |    |
| 12. Em caso de impossibilidade de impressão da pulseira, a título excepcional, a informação é registada de forma manuscrita com letras maiúsculas e com os identificadores próprios, e com substituição tão logo for possível. (E considerado não, se não reunir todas as características.) |     |     |    |
| 13. A pulseira de identificação é substituída por nova, sempre que for considerado necessário (ilegibilidade, mudança de estado do utente, perda e/ou retirada da pulseira, correção de dados. (Verificar em dois utentes, considerar sim se a identificação for adequada e percetível)     |     |     |    |

# Oportunidades

- Concorremos à Bolsa de Financiamento **“Mais Valor em Saúde – Vidas que valem”**
  - Objetivo - apoiar projetos na implementação de alterações necessárias à melhor alocação de recursos em saúde na prática clínica, com os melhores *outcomes* para os doentes.
- Não fomos selecionados.
- Hipótese de **candidatura a Apoios** no Quadro Comunitário associados ao Envelhecimento e Saúde Mental no âmbito de Projetos em Saúde?
  - Seria uma oportunidade...



## Pontos chave

- Os sistemas eletrónicos aumentam a segurança no processo de identificação do doente mas não eliminam a necessidade de confirmar positivamente a identidade do doente.
- **Envolvimento de equipa multiprofissional e multisectorial** - discussão de potenciais soluções de identificação de doentes que permitam a criação de valor para os doentes, tem sido muito importante para o desenvolvimento deste projeto.
- **Adoção de pulseiras de identificação :**
  - adaptadas à realidade das várias realidades da instituição;
  - Características: dados facilmente legíveis, adequadas à duração expectável do período de internamento, com pelo menos 3 identificadores do doente, confortáveis para o usuário, passível de leitura por código de barras, com localização por GPS ou identificação de percurso por RFID (em utentes com necessidades específicas), e outras que se venham a considerar ao longo do projeto.
- **Formação** (contexto presencial ou através de plataforma webex, etc.) - importante, incluindo elementos de todos os grupos profissionais que contactam com o doente
- **Envolvimento do cuidador/familiar/visitante** - imprescindível para que a identificação do doente seja efetuada corretamente, nomeadamente através da presença e verificação da pulseira de identificação.
- Seguimento da implementação do projeto – com definição e monitorização dos indicadores
- Após a conclusão da implementação deste projeto será importante a replicabilidade e transferibilidade da metodologia testada neste projeto.

# Bibliografia

- 1 - Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde. 2017. Brasília Almeida, M. Identificação inequívoca do doente em contexto hospitalar [Internet]. Lisboa: Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa; 2016 [cited 2016]. Available from: <https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/7189/1/Identificacao%20inequivoca%20do%20doente%20em%20contexto%20hospitalar.pdf>
- 2 - Diário da República, 2.ª série — N.º 28 — 10 de fevereiro de 2015. Despacho n.º 1400-A/2015. Plano Nacional para a Segurança do Doente 2015-2020. <https://dre.pt/pesquisa/-/search/66463212/details/normal>
- 3 - Direção Geral de Saúde (DGS). Departamento de Qualidade em Saúde: Estrutura conceptual da classificação internacional sobre a segurança do doente (2011). <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/documento/seguranca-do-doente-taxonomiapdf.aspx>
- 4 - Direção Geral de Saúde (DGS). Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde. Norma 018/2011 de 23/05/2011. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0182011-de-23052011.aspx>
- 5 - Gouvêa C. Indicadores de segurança do paciente (p.111-124) in Sousa, P (Org). Segurança do Paciente: criando organizações de saúde seguras. Org. Paulo Sousa e Walter Mendes – 2 ed (revista e atualizada) – Rio de Janeiro, RJ: CDEAD, ENSP, Fiocruz, 2019, 268 p.
- 6 - Hoffmeister L V, Moura G M S S.. Uso de pulseiras de identificação em pacientes internados em um hospital universitário.. Rev. Latino-Am. Enfermagem.. Jan-fev. 2015; 23(1): 36-43.. DOI: 10.1590/0104- 1169.0144.2522.. [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)
- 7 - Howanitz PJ, Renner SW, Walsh MK. Continuous Wristband Monitoring Over 2years Decreases Identification Errors. A College of American Pathologists Q-Tracks Study. Arch Pathol Lab Med. Vol 126, July 2002. P 809-815.
- 8 - Machado JS. Protocolo de identificação do paciente do hospital Universitário Dr Miguel Riet Corrêa Jr. Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. Março 2017. <https://www.passeidireto.com/arquivo/83603040/protocolo-identificacao-do-paciente-furg-ii>
- 9b- Ramos S, et al. Erros relacionados com os medicamentos (p.161-188) in Sousa, P (Org). Segurança do Paciente: criando organizações de saúde seguras. Org. Paulo Sousa e Walter Mendes – 2 ed (revista e atualizada) – Rio de Janeiro, RJ: CDEAD, ENSP, Fiocruz, 2019, 268 p.
- 10 - Reason J. "Human error: models and management". BMJ. Volume 320, 18 march 2000. pp768-770 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1117770/pdf/768.pdf>
- 11 - Smith A F, Casey K, Wilson J, Fischbacher-Smith D. Wristbands as aid to reduce misidentification: an ethnographically guided task analysis. International Journal for quality in Health Care. Advance Access Publication. Volume 23, Number 5: pp. 590-599. 2011.
- 12 - SESARAM; EPERAM - procedimento relativo à "Identificação inequívoca das pessoas" (PO.01 PRO.001 V.001),
- 13 - Sousa, P (Org). Segurança do Paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. Organização Paulo Sousa e Walter Mendes – 2 ed (revista e atualizada) – Rio de Janeiro, RJ: CDEAD, ENSP, Fiocruz, 2019, 268 p.
- 14 - Steffen T, Luechinger R, Wildermuth S, Kern C, Fretz C, Lange J, Hetzer F H. Safety and reliability of radio frequency identification devices in magnetic resonance imaging and computed tomography. Patient Safety in Surgery. Biomed Central Lda. 4:2. P. 1-9. 2010. <http://www.pssjournal.com/content/4/1/2>

A identificação inequívoca do doente é o 1º ato clínico de todo e qualquer profissional de saúde.

