
Para: Unidades de Saúde do Serviço Regional de Saúde, Serviço Regional de Proteção Civil e Bombeiros e Linha de Saúde Açores

Assunto: Via Verde de Sépsis no Adulto

Fonte: Direção Regional da Saúde

Contacto na DRS: Direção de Serviços de Prestação de Cuidados de Saúde

Class.:C/C. C/F.

Considerando o disposto na Norma da Direção-Geral da Saúde (DGS) n.º 010/2016, de 30/09/2016 com a respetiva atualização de 16/05/2017;

Assim, nos termos do artigo 11º do Decreto Regulamentar Regional N.º 15/2021/A, de 6 de julho, e na sequência de despacho de Sua Excelência o Secretário Regional da Saúde e Desporto, datado de 09-09-2021 determina-se o seguinte:

A presente Circular Normativa (CN) operacionaliza a aplicação da Norma¹ aos Hospitais e Unidades de Saúde de Ilha do Serviço Regional de Saúde, bem como à atividade extra-hospitalar do Serviço Regional de Proteção Civil e Bombeiros dos Açores (SRPCBA) e da Unidade de Deslocação e Evacuações Aéreas (UDEA), com as devidas adaptações às suas particularidades organizativas e de funcionamento.

1. Todos os serviços de urgência (SU) devem ter uma equipa de sépsis constituída, no mínimo, por um médico e um enfermeiro.

2. Definem-se dois níveis de SU para este processo:

a) Os SU de nível 1 (N1), para o que a esta CN diz respeito, são aqueles que não dispõem de serviço de medicina intensiva. Pertencem a este grupo as Unidades



Básicas de Urgência (UBU) dos Centros de Saúde da Região Autónoma dos Açores (RAA).

b) Os SU de nível 2 (N2), para o que a esta CN diz respeito, são aqueles que dispõem de serviço de medicina intensiva, reconhecido pela Ordem dos Médicos, e apoio laboratorial e de radiologia 24 horas por dia. Pertencem a este grupo os Serviços de Urgência dos três hospitais da Região.

A Linha de Emergência Médica (112), a Linha Saúde Açores (808 24 60 24), as viaturas de suporte imediato de vida (SIV) do SRPCBA, bem como a equipa da UDEA devem participar ativamente neste processo, segundo protocolos próprios em conformidade com o definido pela presente CN.

3. O processo da Via Verde Sépsis (VVS) define quatro passos sequenciais:

- a) Passo 1: identificação precoce de Caso Suspeito VVS em qualquer um dos níveis, por qualquer profissional.
- b) Passo 2: identificação de Caso Confirmado VVS, pela equipa de sépsis nos SU (N1 e N2), pelo médico regulador do SRPCBA ou médico da equipa de evacuações.
- c) Passo 3: cumprimento do algoritmo básico de avaliação e terapêutica.
- d) Passo 4: cumprimento do algoritmo avançado de avaliação e terapêutica.

Os critérios VVS não substituem a triagem de prioridades - Triagem de *Manchester* (consultar a Norma da DGS n.º 002/2015, de 06/03/2015, com a respetiva atualização de 23/10/2015. “Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata”).

Os critérios VVS devem ser integrados em protocolos institucionais existentes



relativos ao doente suspeito de infeção por SARS-CoV-2.

4. O **Caso Suspeito VVS** é definido como a presença de um critério de presunção de infeção constante da seguinte tabela A e, **simultaneamente, pelo menos**, de um critério associado a inflamação sistémica de acordo com a seguinte tabela B:

Tabela A		Critérios de Presunção de Infeção
a)		Alteração da temperatura* + Cefaleias
b)		Alteração da temperatura* + Confusão e/ou Diminuição aguda do nível de consciência
c)		Alteração da temperatura* + Dispneia
d)		Alteração da temperatura* + Tosse
e)		Alteração da temperatura* + Dor abdominal (distensão ou diarreia)
f)		Alteração da temperatura* + Icterícia
g)		Alteração da temperatura* + Disúria ou polaquiúria
h)		Alteração da temperatura* + Dor lombar
i)		Alteração da temperatura* + Sinais inflamatórios cutâneos extensos
j)		Critério clínico do responsável
* Alteração da temperatura é definida como temperatura auricular <35°C ou >38°C, medida ou referida.		



Tabela B Critérios de inflamação sistémica	
a)	Confusão e/ou alteração do estado de consciência
b)	Frequência Cardíaca > 90 bpm com tempo de preenchimento capilar aumentado*
c)	Frequência Respiratória > 22 cpm
* Tempo de preenchimento capilar > 2s	

5. O **Caso Confirmado VVS** deve ser definido como a presença de Caso Suspeito VVS, associado à inexistência de critérios de exclusão (conforme seguinte tabela C) e à existência de, **pelo menos**, um critério de gravidade (conforme seguinte tabela D):

Tabela C Critérios de Exclusão da VVS	
a)	Doença cerebrovascular aguda
b)	Doente sem reserva fisiológica para medidas avançadas de diagnóstico e terapêutica
c)	Estado de mal asmático
d)	Gravidez
e)	Hemorragia digestiva ativa
f)	ICC descompensada / Síndrome coronária aguda
g)	Politrauma / Grandes queimados



Tabela D Critérios de Gravidade	
a)	Hiperlactacidemia > 2 mmol/l ou pele fria e marmoreada e/ou “mottling score” > 2 na ausência de possibilidade de gasimetria
b)	Hipotensão arterial (Tas < 90 mmHg)
c)	Hipoxemia (PaO ₂ < 60 mmHg em ar ambiente ou P/F < 300 mmHg) ou saturação periférica O ₂ < 90% ar ambiente na ausência de possibilidade de gasimetria.

6. O cumprimento do algoritmo básico de avaliação e terapêutica está expresso no algoritmo básico de avaliação e terapêutica e na seguinte tabela E “Avaliação Básica e Terapêutica”:

Tabela E Avaliação Básica e Terapêutica					
	Ação	Tempo máximo para início de administração ou procedimento*	Observações	Grau de recomendação	Nível de evidência
a)	Administração de até 20-30 ml/Kg de cristalóide	15 min	Guiar a administração inicial por critérios clínicos – corrigir hipovolémia e hipoperfusão tecidual	I	A



			A escolha da solução cristalóide deve considerar o risco de acidemia hiperclorémica	IIB	A
b)	Administração de oxigénio	15 min	Guiar a administração inicial por critérios clínicos	I	C
c)	Gasimetria arterial com lactato	15 min		I	A
d)	Hemoculturas	60min	Realizar antes da administração do antibiótico para que este possa ser administrado na primeira hora	I	B
			Realizar duas hemoculturas em locais diferentes	I	C
			Realizar pelo menos uma hemocultura por punção vascular	I	C
			Realizar uma hemocultura por cada cateter venoso central	-	Sem NE*



			existente há mais de 48 h		
e)	Outros exames microbiológico s de acordo com o foco provável de infecção	60 min	Não atrasar administração de antibiótico por necessidade de exames microbiológicos	I	A
f)	Administração de antibiótico(s) adequada	60 min	Conforme orientações e normas locais, nacionais e ver tabela G em Anexo B	I	B
g)	Avaliação laboratorial	60 min	Hemograma com plaquetas, estudo da coagulação, ionograma, ureia, creatinina, glicose, bilirrubina total e direta	I	C
h)	Identificação (confirmada ou presumida) do foco	60 min	Realização de avaliação clínica, analítica e imagiológica (se necessária e com base na suspeita do foco) conducente à identificação e controlo do foco	I	C

j)	Conferência com Médico Regulador	60 min	Se o doente se encontrar em N1, para eventual transporte para N2	-	-
----	----------------------------------	--------	--	---	---

*Tempo Zero – Identificação de Caso Suspeito VVS * NE – Nível de Evidência

7. O cumprimento do algoritmo avançado de avaliação e terapêutica está expresso no algoritmo avançado de avaliação e terapêutica e na seguinte tabela F “Avaliação Avançada e Terapêutica”, tutelado diretamente por médico do serviço de medicina intensiva:

Tabela F Avaliação Avançada e Terapêutica				
	Ação	Observações	Grau de recomendação	Nível de evidência
a)	Cristalóides	Se TA média <65mmHg ou lactato >=2 mmol/l e evidência de responsividade a fluídos	I	A
b)	Noradrenalina	Para manter TA média >65mmHg preferencialmente após correção volêmica.	I	B
c)	Cateter Arterial	Se TA média <65mmHg ou necessidade presumida ou real de vasopressores após algoritmo básico de avaliação e terapêutica.	I	B
d)	Cateter Venoso Central	Se for necessário vasopressor ou avaliação de SvCO2 ou delta de CO2	II	C



e)	Ventilação mecânica	Decisão individualizada, baseada nomeadamente na avaliação clínica, persistência de hipoxemia, hiperlactacidemia, esforço respiratório excessivo ou saturação de oxigénio do sangue venoso central baixa (SvCO ₂ <65%)	I	B
f)	Dobutamina	Se manutenção de sinais de hipoperfusão ou hipoxia tecidual, ausência de resposta a fluídos e existência de disfunção cardíaca, avaliados por métodos validados e em que a equipa tenha experiência	II	B
g)	Transfusão	Transfusão de concentrado de eritrócitos se valor de hemoglobina ≤ 7,0 g/dl, sendo de admitir valores mais elevados em populações selecionadas	I	B
h)	Corticóides	Em pessoas com hipotensão (TAM<65mmHg) refratária a fluidoterapia e vasopressores administrados em dose elevada, no sentido de diminuir as doses de vasopressores, embora possivelmente sem efeito de redução na mortalidade	I	A
i)	Reavaliação gasimetria arterial com lactato	Para avaliação de depuração de lactato, pelo menos, às 2 horas após início do algoritmo terapêutico	I	B
j)	Controlo do foco séptico	Nas primeiras 6H	I	A



8. Os Casos Confirmados de VVS devem ser referenciados a equipa de sépsis de unidades de saúde com SU de nível 2.

9. Os SU nível 1, devem cumprir e garantir o Passo 1 a Passo 3 e os SU nível 2 devem cumprir e garantir a totalidade do processo, isto é Passo 1 a Passo 4, conforme enunciados no n.º 3 da presente CN:

a) Na ausência de doseamento de lactatos, considera-se existência de pele fria e marmoreada e/ou “mottling score” >2 (Anexo A) como critério de gravidade^{2,3,4}, com necessidade de doseamento de lactato, logo que gasimetria disponível.

b) Na ausência de doseamento de PaO₂, considera-se SatO₂<90% periférica em ar ambiente como critério de gravidade^{5,6}, com necessidade de avaliação de PaO₂, logo que gasimetria disponível.

c) A realização de gasimetria arterial com lactato, colheita de hemoculturas ou outros produtos microbiológicos, administração de antibióticos, avaliação laboratorial e controlo de foco são considerados fora do âmbito de atuação pré-hospitalar.

d) O cumprimento do algoritmo avançado de avaliação e terapêutica é considerado fora do âmbito de atuação pré-hospitalar.

e) Os Casos Confirmados de VVS devem ser referenciados pelo Médico Regulador, em caso de transferência entre instituições, ao Médico responsável na Unidade de destino (idealmente Chefe de Equipa) e à equipa de Enfermagem responsável pela Triagem de Manchester, se aplicável, por forma a pré-ativar protocolos hospitalares existentes referentes à VVS no Adulto.



10. No âmbito da presente CN, cabe aos Conselhos de Administração das Unidades de Saúde de Ilha e dos Hospitais, EPER da RAA:

- a) Assegurar todos os recursos necessários à efetiva implementação da VVS, nomeadamente iniciar a formação e mantê-la com formação anual e definir os aspetos organizativos e logísticos do processo.
- b) Garantir os meios necessários para o registo obrigatório dos casos de VVS, essencial à auditoria e à melhoria de processos e resultados.
- c) Nomear um coordenador local da VVS que deve também articular com o Coordenador Regional da VVS, informando a Direção Regional da Saúde (DRS).

11. É da responsabilidade do SRPCBA a capacitação da sua intervenção no processo VVS e respetivos registos. É responsável pela emissão de diretivas e instruções para o cumprimento dos termos da presente CN.

12. O registo de VVS deve permitir a monitorização contínua dos seguintes indicadores da qualidade:

- a) Tempo entre o primeiro contacto com o sistema de saúde (pré-hospitalar ou hospitalar) e identificação de Caso Suspeito VVS.
- b) Tempo entre a identificação de Caso Suspeito VVS e a realização de doseamento de lactato sérico.
- c) Tempo entre a identificação de Caso Suspeito VVS e a administração do(s) primeiro(s) antibiótico(s).
- d) Proporção de Casos Suspeitos VVS e com diagnóstico microbiológico em quem o(s) primeiro(s) antibiótico(s) administrado(s) foi apropriado.



-
- a. Numerador: N.º de Casos Suspeitos VVS e com diagnóstico microbiológico em quem o(s) primeiro(s) antibiótico(s) administrado(s) foi apropriado, no período considerado;
 - b. Denominador: N.º de Casos Suspeitos VVS e com diagnóstico microbiológico, no mesmo período.
 - e) Taxa de mortalidade de Casos Confirmados de VVS.
 - a. Numerador: N.º de Casos Confirmados VVS que morreram nos primeiros 30 dias após o evento, no período considerado;
 - b. Denominador: N.º de Casos Confirmados VVS, no mesmo período.
 - f) Proporção de Casos Confirmados VVS referenciados a unidades de saúde com serviço de urgência de nível 2:
 - a. Numerador: N.º de Casos Confirmados VVS referenciados a unidades de saúde com serviço de urgência de nível 2, no período considerado;
 - b. Denominador: N.º de Casos Confirmados VVS no mesmo período.

13. Auditoria

A presente CN está sujeita a auditoria interna semestralmente.

13.1. Avaliação

- a) A avaliação da implementação da presente circular é contínua, executada a nível local, na Unidade de Saúde de Ilha e Hospitais, e ao nível regional pelo Coordenador Regional da VVS, em articulação com a DRS, através de



processos de auditorias internas e externas, com recurso ao instrumento de auditoria que faz parte integrante da presente CN.

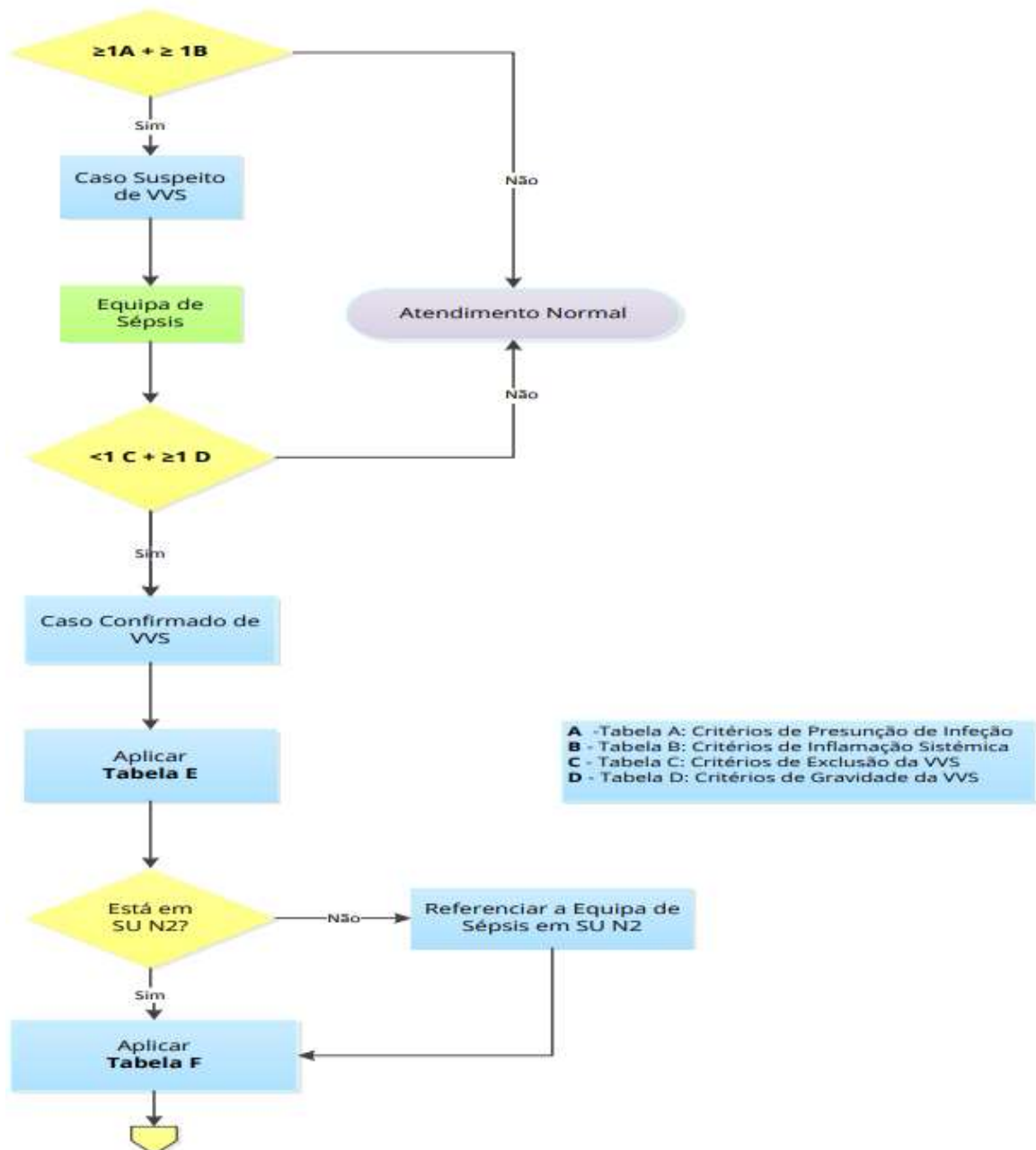
- b) Cada Unidade de Saúde e o SRPCBA deverá elaborar o relatório circunstanciado referente a cada ano civil e remeter ao Coordenador Regional da VVS, até ao final da primeira quinzena do mês de fevereiro do ano civil subsequente.
- c) O Coordenador Regional da VVS deverá, até ao final da 1ª quinzena do mês de abril, elaborar e remeter à DRS, o relatório regional anual referente ao ano transato.

14. Qualquer exceção à presente CN é fundamentada, com registo no processo clínico.

15. Os algoritmos clínicos (adaptado de ¹⁾)

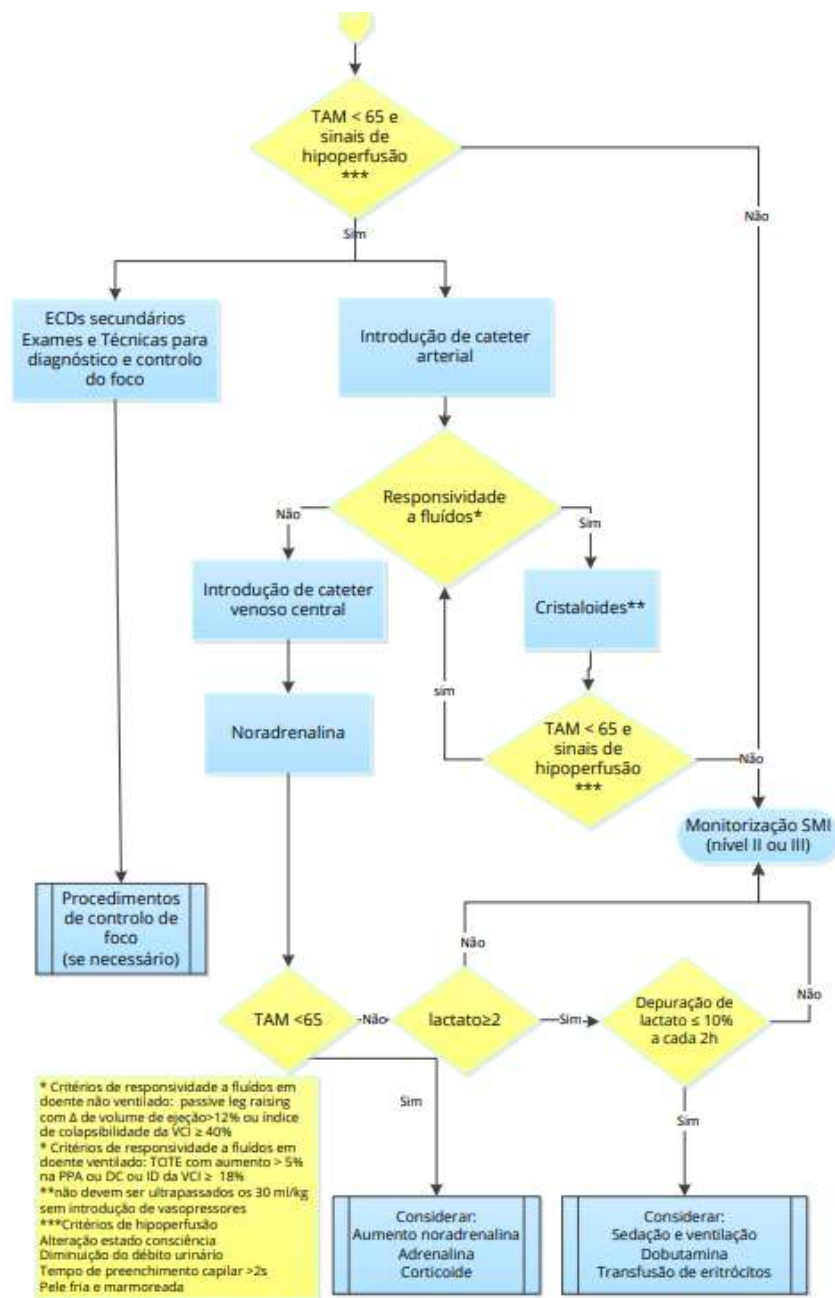


Algoritmo básico de avaliação e terapêutica



Algoritmo avançado de avaliação e terapêutica





16. O conteúdo da presente CN foi adaptado da Norma¹ validada cientificamente pela Comissão Científica de Boas Práticas Clínicas, sendo que os conteúdos relativos à intervenção de enfermagem foram validados pelo Chief Nursing e será atualizada sempre que a evidência científica assim o determine.

As referências relativas aos critérios de gravidade na impossibilidade de gasimetria e intervenção do SRPCBA resultam de adaptações à realidade da RAA não estando validadas por esta Comissão.

O Diretor Regional da Saúde

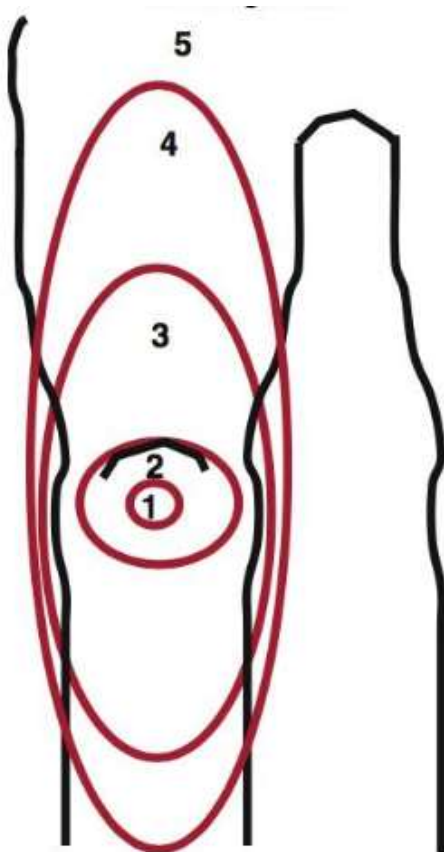


Referências Bibliográficas:

1. Norma Via Verde Sépsis no Adulto, Direção Geral de Saúde, nº 010/2016 de 30/09/2016 atualizada a 16/05/2017.
2. Jouffroy R et al. Skin mottling score and capillary refill time to assess mortality of septic shock since pre-hospital setting. Am J Emerg Med. 2018. 37:664-671.
3. Lima A et al. The prognostic value of the subjective assessment of peripheral perfusion in critically ill patients. Crit Care Med 2009. 37:934-8.
4. Bourcier S et al. Toe-to-room temperature gradient correlates with tissue perfusion and predicts outcome in selected critically ill patients with severe infections. Ann Intensive Care 2016. 6:63.
5. Festic E et al. SpO₂/FiO₂ ratio on hospital admission is an indicator of early acute respiratory distress syndrome development among patients at risk. J Intensive Care Med 2015. 30:209-16.
6. Madan A. Correlation between the levels of SpO₂ and PaO₂. Lung India. 2017. 34:307-308.
7. Vic-Dupont V et al. Le choc au cours des infections (signes et étiologies). Les journées de réanimation de l'hôpital Claude-Bernard, Libraries Arnette edn, Paris, 1968SMU.
8. Norma da DGS n.º 002/2015, de 06/03/2015 com a respetiva atualização de 23/10/2015 "Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referência Interna Imediata".



9. Anexo A “Mottling Score”⁷



“Mottling” (“mosqueamento”, uma forma de “livedo reticularis”) é definido como a descoloração irregular da pele (azulada ou arroxeadada) em forma de rede ou malha, que geralmente começa nos joelhos estendendo-se superior e inferiormente consoante o grau de hipoperfusão tecidular. É definido em 5 graus.

- **Grau 0:** sem “mottling”;
- **Grau 1:** uma pequena área mosqueada (tamanho de uma moeda) localizado no centro do joelho;
- **Grau 2:** uma área mosqueada que não exceda a borda superior da rótula;
- **Grau 3:** uma área mosqueada que não excede o meio da coxa;
- **Grau 4:** uma área mosqueada que não vai além do ligamento inguinal;
- **Grau 5:** uma área mosqueada extremamente grave que vai além do ligamento inguinal.

Anexo B (adaptado de ¹)

Tabela G - Administração da primeira toma de antibióticos

Foco	Antibióticos a utilizar	Antimicrobianos alternativos	Comentários
Respiratório	Amoxicilina/clavulanato (2.2g) ou ceftriaxone (2g)+ macrólido	Piperacilina/tazobactam (4,5 g) (nos casos referidos em comentários)	São fatores de risco para infeção por <i>Pseudomonas aeruginosa</i> : patologia pulmonar estrutural, consumo de antibióticos há menos de 2 meses, internamento hospitalar há menos de 30 dias, corticoterapia sistémica recente ou imunossupressão significativa.
			Se existirem fatores de risco de <i>Pseudomonas aeruginosa</i> , usar piperacilina/tazobactam 4,5 g em vez de amoxicilina/clavulanato ou ceftriaxone.
			A levofloxacina (500mg) é uma alternativa se houver história de intolerância grave a BL.
Abdominal	Ceftriaxone (2g) + metronidazol (500mg); ou piperacilina / tazobactam (4.5g)	Ertapenem (1g) se FRs para MoMRs	Tempo decorrido até controlo do foco é determinante para o prognóstico.
			Nas pessoas com risco elevado de infeção por MoMRs, nomeadamente internamento recente ou exposição a AB nos últimos 3 meses, considerar pip/taz ou ertapenem.
Biliar	Ceftriaxone (2g) + metronidazol (500mg)	Ertapenem (1g) se FRs para MoMRs	A opção por medidas de controlo de foco menos invasivas (p. ex. colecistostomia vs colecistectomia) não deve levar a atrasos superiores a 3h na sua implementação.
			Nas pessoas com risco elevado de infeção por MoMRs, nomeadamente internamento recente ou exposição a AB nos últimos 3 meses, considerar pip/taz ou ertapenem.
Urinário	Amoxicilina/clavulanato (2.2g) ou Ceftriaxone 2g	Ertapenem (1g)	No caso de prostatite, preferir uso de levofloxacina 500 mg.
Assoc. a CVC de longa duração	Vancomicina 25mg/Kg + piperacilina / tazobactam (4.5g)	---	Na presença de choque séptico a remoção precoce do CVC associa-se a melhor prognóstico.
			Colheita de HCs por todas as vias do CVC + pelo menos uma por punção venosa e envio da ponta do CVC para exame cultural.
SNC	Ceftriaxone (2g)	Ampicilina (2g) em associação se idade >65 A, DM, gravidez ou alcoolismo	A precocidade da administração do antibiótico é fundamental para bom resultado terapêutico.
			A menos que seja possível realizar punção lombar imediatamente, isto é no momento da suspeita diagnóstica, não atrasar a administração do antibiótico para realização da punção.
			Associar ampicilina se idade >65A, diabetes, gravidez, alcoolismo ou imunossupressão
Pele / tec moles	Amoxicilina/clavulanato (2.2g) + clindamicina 600mg	Vancomicina (25mg/kg) + amoxicilina/clavulanato (2.2g) + clindamicina (600mg)	Presença de gás nos tecidos deve motivar avaliação cirúrgica emergente.
			Se existir choque séptico, associar clindamicina à amoxicilina/clavulanato. MRSA "comunitário" é muito infrequente em Portugal; FRs - "crowding", toxicodep. ev.



Anexo C

O instrumento de auditoria

Instrumento de auditoria				
Circular Normativa (CN) “Via Verde Sépsis no Adulto”				
Unidade:				
Data: __/__/__		Equipa auditora:		
1: Todos os Serviços de Urgência				
Critérios	Sim	Não	N/A	Evidência/ Fonte
O serviço de urgência (SU) tem uma equipa de sépsis constituída, no mínimo, por um médico e um enfermeiro				
Subtotal	0	0	0	
ÍNDICE CONFORMIDADE	%			
2: Níveis de Serviço de Urgência				
Critérios	Sim	Não	N/A	Evidência/ Fonte
Os serviços de urgência (SU) definem-se por dois níveis:				



O serviço de urgência (SU) de nível 1 ou UBU, para o que a esta CN diz respeito, é aquele que não dispõe de serviço de medicina intensiva				
O serviço de urgência (SU) de nível 2, para o que a esta CN diz respeito é aquele que dispõe de serviço de medicina intensiva, reconhecido pela Ordem dos Médicos e apoio laboratorial e de radiologia 24 horas por dia				
A linha de emergência médica (112) ou a Linha Saúde Açores (808246024), as viaturas de SIV do SRPCBA e a equipa de evacuações da Unidade de Deslocação e Evacuação Aérea participam ativamente neste processo segundo protocolos próprios em conformidade com o definido pela presente CN.				
Subtotal	0	0	0	
ÍNDICE CONFORMIDADE	%			
3: Processo Via Verde Sépsis (VVS)				
Critérios	Sim	Não	N/A	Evidência/ Fonte
O processo VVS define quatro passos sequenciais:				



a) Passo 1: identificação precoce de Caso Suspeito VVS; b) Passo 2: identificação de Caso Confirmado VVS; c) Passo 3: cumprimento do algoritmo básico de avaliação e terapêutica; d) Passo 4: cumprimento do algoritmo avançado de avaliação e terapêutica.				
O Caso Suspeito VVS é definido como a presença de um critério de presunção de infeção constante da tabela A e, simultaneamente, pelo menos, de um critério associado a inflamação sistémica de acordo com a tabela B, nos termos da presente CN.				
O Caso Confirmado VVS é definido como a presença de Caso Suspeito VVS associado à inexistência de critérios de exclusão (conforme tabela C) e à existência de, pelo menos, um critério de gravidade (conforme tabela D), nos termos da presente CN.				
O cumprimento do algoritmo básico de avaliação e terapêutica está expresso no algoritmo básico de avaliação e terapêutica e				



na tabela E “Avaliação Básica e Terapêutica”, nos termos da presente CN.				
O cumprimento do algoritmo avançado de avaliação e terapêutica está expresso no algoritmo avançado de avaliação e terapêutica e na tabela F “Avaliação Avançada e Terapêutica”, tutelado diretamente por médico do serviço de medicina intensiva, nos termos da presente CN.				
Subtotal	0	0	0	
ÍNDICE CONFORMIDADE	%			
4: Registos				
Critérios	Sim	Não	N/A	Evidência/ Fonte
O registo de VVS permite a monitorização contínua dos seguintes indicadores:				
Tempo entre o primeiro contacto com o sistema de saúde (pré-hospitalar ou hospitalar) e identificação de Caso Suspeito VVS				
Tempo entre a identificação de Caso Suspeito VVS e a realização de doseamento de lactato sérico				



Tempo entre a identificação de Caso Suspeito VVS e a administração do primeiro antibiótico				
Proporção de Caso Suspeito de VVS com diagnóstico microbiológico em quem o primeiro antibiótico administrado foi apropriado				
Taxa de mortalidade de Casos Confirmados de VVS				
Subtotal	0	0	0	
ÍNDICE CONFORMIDADE	%			
5: Referenciação				
Critérios	Sim	Não	N/A	Evidência/ Fonte
O Caso Confirmado de VVS é referenciado a equipa de sépsis de unidade de saúde com serviço de urgência de nível 2				
Subtotal	0	0	0	
ÍNDICE CONFORMIDADE	%			
6: Auditoria Interna				
Critérios	Sim	Não	N/A	Evidência/ Fonte



A presente CN é sujeita a auditoria interna semestralmente				
Subtotal	0	0	0	
ÍNDICE CONFORMIDADE	%			
7: Responsabilidades				
Critérios	Sim	Não	N/A	Evidência/ Fonte
O serviço de urgência de nível 1 garante Passo 1 a Passo 3, conforme enunciados no ponto 2 da presente CN.				
O serviço de urgência de nível 2 cumpre e garante a totalidade do processo, isto é Passo 1 a Passo 4, conforme enunciados no ponto 2 da presente CN.				
O Conselho de Administração assegura todos os recursos necessários à efetiva implementação da VVS, nomeadamente o início da formação que mantem com formação anual, e define os aspetos organizativos e logísticos do processo, garante os meios necessários para o registo obrigatório dos casos de VVS, essencial à auditoria e à				



melhoria de processos e resultados e nomeia um coordenador local da VVS				
O coordenador local da VVS articula também com o coordenador regional da VVS				
O SRPCBA capacita a sua intervenção no processo VVS e respetivos registos, nos termos da presente CN.				
Subtotal	0	0	0	
ÍNDICE CONFORMIDADE	%			

Avaliação de cada padrão: $x = (TotalderespostasSim/Totalderespostasaplicáveis)$
x 100= (IQ) de%



