

**P**ROGRAMA DE **M**ELHORIA **C**ONTÍNUA DA **Q**UALIDADE DOS **C**UIDADOS DE **E**NFERMAGEM

(PMCQCE)

**INSTITUIÇÃO**

Nome

Morada

Código Postal

**CONTEXTO PRÁTICA CLÍNICA ou UNIDADE DE SAÚDE FUNCIONAL**

Nome

**CONTATOS**

Enfermeiro(a) Chefe ou Responsável

Telefone

*Mail*

Enfermeiro(a) autor(a)

Telefone

*Mail*

**NOME DO PMCQCE**

**NOTA INTRODUTÓRIA**

**REVISÃO SISTEMÁTICA**

**OBJETIVOS**

**RECURSOS**

**ENUNCIADO DESCRITIVO**

**DIMENSÃO ESTUDADA**

**UNIDADE DE ESTUDO**

**TIPO DE DADOS**

**FONTE DE DADOS**

**TIPO DE AVALIAÇÃO**

**CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Critérios | Exceções | Esclarecimentos |
|  |  |  |

**COLHEITA DE DADOS**

**RELAÇÃO TEMPORAL**

**SELEÇÃO DA AMOSTRA**

**INDICADORES**

**PLANO DE ATIVIDADES**

**INTERVENÇÃO PREVISTA**

**DIVULGAÇÃO do PMCQCE**

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Conselho de Enfermagem Regional

Ponta Delgada, 17 de novembro de 2014