



HALT-3

Agosto 2017

ANEXOS

FORMULÁRIOS DO INQUÉRITO DE PREVALÊNCIA DE PONTO (IPP/PPS) NAS UNIDADES DE CUIDADOS CONTINUADOS E LARES (LTCF)

Anexo 1 - Questionário Institucional

HALT-3 Questionário Institucional: Parte A – Informação Geral

A – INFORMAÇÃO GERAL	
Data do Estudo na sua Instituição	_ _ _ _ 20 _ (dd/mm/aaaa)
Número de Estudo da Instituição para o PPS: (atribuído pelo coordenador nacional do Estudo HALT-3)	_ _ _ _ _ _ _
Tipo de proprietário da Instituição:	<input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Com fins lucrativos <input type="checkbox"/> Sem fins lucrativos
Enfermeiros qualificados, a prestar cuidados durante as 24 horas na LTCF	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Na Instituição:	
Número total de FTE de Enfermeiros Registados	_ _ _ _ FTE de Enfermeiros registados
Número total de FTE de Assistentes Operacionais (AO)	_ _ _ _ FTE de Assistentes Operacionais
Número total de quartos de Residentes	_ _ _ _ Quartos
Número total de quartos de ocupação individual de residentes	_ _ _ _ Quartos de ocupação individual
Número total de quartos de ocupação individual com casa de banho privativa, chuveiro e lavatório	_ _ _ _ Quartos com casa-de-banho individual e lavatório

HALT-3 Questionário Institucional: Parte B – Dados dos denominadores

B – DADOS DOS DENOMINADORES	
<i>Quando completa, esta tabela irá resumir os dados recolhidos em cada ala (lista de serviços) da população total</i>	
REENCHA COM OS DADOS DA SUA INSTITUIÇÃO, NO DIA DO ESTUDO, O NÚMERO TOTAL DE:	
TOTAL DE CAMAS DA INSTITUIÇÃO (CAMAS OCUPADAS E NÃO OCUPADAS)	_ _ _ _
TOTAL DE CAMAS OCUPADAS	_ _ _ _
RESIDENTES ELIGÍVEIS:	
RESIDENTES PRESENTES ÀS 8H00 DA MANHÃ E SEM ALTA NO MOMENTO DO ESTUDO	_ _ _ _
RESIDENTES COM IDADE SUPERIOR A 85 ANOS	_ _ _ _
RESIDENTES HOMENS	_ _ _ _
RESIDENTES QUE ESTÃO A RECEBER PELO MENOS UM AGENTE ANTIMICROBIANO	_ _ _ _
RESIDENTES COM PELO MENOS UMA INFEÇÃO	_ _ _ _
RESIDENTES COM CATÉTER URINÁRIO	_ _ _ _
RESIDENTES COM CATÉTER VASCULAR	_ _ _ _
RESIDENTES COM ÚLCERA DE PRESSÃO	_ _ _ _
RESIDENTES COM OUTRAS FERIDAS	_ _ _ _
RESIDENTES DESORIENTADOS NO TEMPO E/OU ESPAÇO	_ _ _ _
RESIDENTES QUE UTILIZAM CADEIRA DE RODAS OU ESTÃO ACAMADOS	_ _ _ _
RESIDENTES SUBMETIDOS A UMA CIRURGIA NOS 30 DIAS ANTERIORES AO ESTUDO	_ _ _ _
RESIDENTES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA E/OU FECAL	_ _ _ _

HALT-3 Questionário institucional: Parte C – Cuidados médicos e coordenação

C – CUIDADOS MÉDICOS E COORDENAÇÃO	
1. Os cuidados médicos aos residentes, incluindo a prescrição antimicrobiana na Unidade, são prestados por:	
<input type="checkbox"/> Apenas Médicos de Clínica Geral (MCG) ou Grupo de Médicos de Clínica Geral <input type="checkbox"/> Apenas a Equipa médica, que trabalha unicamente na Instituição <input type="checkbox"/> Ambos os grupos acima definidos	
2. As atividades médicas na Instituição, são coordenadas por um médico coordenador (MC)?	
<input type="checkbox"/> Não, não existe coordenação nem interna ou externa da atividade médica <input type="checkbox"/> Sim, existe um médico na LTCF (interno) que coordena as atividades médicas <input type="checkbox"/> Sim, existe um médico de externo da LTCF (externo) que coordena as atividades médicas <input type="checkbox"/> Sim, existe um médico interno e externo LTCF que coordena as atividades médicas	
3. Algumas das seguintes pessoas podem consultar os registos médicos/clínicos de todos os residentes da instituição?	
O(s) médico(s) responsáveis da coordenação médica da instituição?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Os Enfermeiros	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

HALT - 3 Questionário Institucional: Parte D – Prática de controlo de infeção

D – PRÁTICA DE CONTROLO DE INFEÇÃO	
1. Existe um ou mais profissionais na LTCF, com formação em prevenção e controlo de infeções, disponível (s) para as atividades nesta área?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
2. Se existe, este profissional é:	<input type="checkbox"/> Um enfermeiro <input type="checkbox"/> Um médico <input type="checkbox"/> Ambos
Este(s) profissional(s) trabalham:	
<input type="checkbox"/> Na instituição (internos) <input type="checkbox"/> Fora da instituição (externos) <input type="checkbox"/> Existem ambas as situações	
3. Na Instituição existe:	
(Por favor completar esta questão, mesmo que não exista um profissional com formação em prevenção e controlo de infeções disponível na Instituição)	
<input type="checkbox"/> Formação em prevenção e controlo de infeção de enfermeiros e paramédicos	
<input type="checkbox"/> Formação apropriada de médicos de clínica geral e equipa médica na prevenção e controlo de infeção	
<input type="checkbox"/> Desenvolvimento de protocolos de cuidados de saúde	
<input type="checkbox"/> Registo de residentes colonizados/infetados com microrganismos multirresistentes	
<input type="checkbox"/> Pessoa nomeada como responsável por registar e gerir surtos	
<input type="checkbox"/> Informação de retorno sobre os resultados da vigilância epidemiológica, aos profissionais de enfermagem/médicos da Instituição	
<input type="checkbox"/> Supervisão da desinfecção e esterilização do material clínico e de prestação de cuidados	
<input type="checkbox"/> Decisões sobre o isolamento e precauções adicionais, para os residentes colonizados com microrganismos multirresistentes	
<input type="checkbox"/> Oferta de imunização anual contra a gripe a todos os residentes	
<input type="checkbox"/> Organização, controlo e fornecimento de feedback numa base regular, sobre a higiene das mãos na Instituição	
<input type="checkbox"/> Organização, controlo e informação de retorno aos profissionais, sobre o processo de auditoria/ monitorização do cumprimento das políticas e procedimentos de infeção (numa base regular)	
<input type="checkbox"/> Nenhuma das anteriores	
4. Na instituição existe uma Comissão de controlo de infeção/GCL-PPCIRA (Interno ou externo)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
5. Quantas reuniões da comissão de controlo de Infeção/GCL-PPCIRA foram organizadas no ano anterior?	
Número total de reuniões no ano passado?	_____ reuniões ano anterior
6. A instituição pode solicitar ajuda e experiência de uma equipa de controlo de infeção externa (IC) numa base formal (por exemplo, equipa de IC de um hospital local)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
7. Na instituição, existe um protocolo escrito disponível para:	
- a gestão de MRSA e / ou outros microrganismos multirresistentes	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
- higiene das mãos	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
- gestão de cateteres urinários	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
- gestão de cateteres / linhas venosas	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
- gestão da alimentação entérica	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
8. Existe um programa de vigilância de infeções da assistência médica na instituição? (Relatório anual de resumo do número de infeções do trato urinário, infeções do trato respiratório, etc.)	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
9. Na instituição, quais dos seguintes produtos estão disponíveis para higiene das mãos?	
- Solução antisséptica de base alcoólica (SABA)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
- Toalhetes (álcool)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
- Sabão líquido (antisséptico / outro)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
- Sabão não adequado à área clínica	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

HALT-3: FORMULÁRIOS DO ESTUDO DE PREVALÊNCIA DE PONTO (PPS) NAS UNIDADES DE CUIDADOS CONTINUADOS E LARES

10. Qual o método de higiene das mãos usado com mais frequência na sua instituição quando as mãos não estão sujas (apenas uma resposta é possível)? <input type="checkbox"/> Desinfecção manual com uma solução alcoólica <input type="checkbox"/> Lavar as mãos com água e um sabão não antisséptico <input type="checkbox"/> Lavar as mãos com água e um sabão antisséptico
11. Quantos litros de SABA para higiene das mãos foram usados no ano passado? Consumo anual total em litros _____ Litros no ano passado
12. No ano passado, foi organizada alguma sessão de formação sobre higiene das mãos, para os profissionais de saúde da Unidade? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
13. Quantas oportunidades de higiene das mãos foram observadas na sua instituição no ano passado (2016)? Número de oportunidades observadas _____ Oportunidades observadas no ano passado (2016)

HALT-3 Questionário Institucional: Parte E – Política antimicrobiana
E – POLÍTICA DE ANTIMICROBIANOS

1. A instituição utiliza uma 'lista restrita' de prescrição de antimicrobianos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
2. Se existe uma lista restrita, quais são os tipos de antibióticos que são restritos?	
<input type="checkbox"/> Carbapenemos <input type="checkbox"/> Cefalosporinas de terceira geração <input type="checkbox"/> Fluoroquinolonas <input type="checkbox"/> Vancomicina <input type="checkbox"/> Mupirocina <input type="checkbox"/> Glicopeptídeos <input type="checkbox"/> Antibióticos de largo espectro <input type="checkbox"/> Antibióticos administrados por via intravenosa	
3. Quais dos seguintes elementos estão presentes na LTCF?	
<input type="checkbox"/> Uma comissão de antimicrobianos <input type="checkbox"/> Formação anual regular sobre a prescrição de antimicrobianos <input type="checkbox"/> Orientações escritas, para o uso apropriado de antimicrobianos (boas práticas) na instituição <input type="checkbox"/> Dados disponíveis sobre o consumo anual de antimicrobianos, por classes antimicrobianas <input type="checkbox"/> Um sistema que lembre aos profissionais de saúde, a importância da qualidade das amostras microbiológicas, na tomada de decisões informadas sobre a prescrição dos antimicrobianos adequados <input type="checkbox"/> Resumo dos perfis locais (isto é, para aquela região/local ou nacional se for um país pequeno) de resistências antimicrobianas na LTCF, ou nas cirurgias gerais <input type="checkbox"/> Um sistema que necessita de permissão de uma ou mais pessoas com autorização de prescrição de antimicrobianos restritos, não incluídos no formulário local <input type="checkbox"/> Uma recomendação feita pelo farmacêutico sobre antimicrobianos não incluídos no formulário <input type="checkbox"/> Um formulário terapêutico que contem uma lista de antibióticos <input type="checkbox"/> Feedback para o médico de clínica geral local sobre o consumo de antimicrobianos na instituição <input type="checkbox"/> Nenhuma das anteriores	
4. Existem na instituição orientações terapêuticas escritas aplicáveis a:	
- Infecções do trato respiratório	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
- Infecções do trato urinário?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
- Infecções por feridas, pele e tecidos moles?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
5. São realizados testes rápidos para detetar infeções do trato urinário na Instituição?	<input type="checkbox"/> Por rotina <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Nunca

HALT-3: FORMULÁRIOS DO ESTUDO DE PREVALÊNCIA DE PONTO (PPS) NAS UNIDADES DE CUIDADOS CONTINUADOS E LARES

6. Está implementado na instituição um programa de vigilância do consumo de antimicrobianos e *feedback* regular aos médicos/enfermeiros? Sim Não
7. Está implementado na instituição um programa de vigilância epidemiológica dos microrganismos resistentes? (relatório com o resumo anual para: MRSA, *Clostridium difficile*, KPC, entre outros) Sim Não
8. Como são fornecidos os antimicrobianos na sua instituição? (só é possível uma resposta)
- Fornecidos por mais do que uma farmácia
 - Fornecidos por apenas uma farmácia
 - Esta instituição não adquire antimicrobianos diretamente das farmácias; os antimicrobianos são adquiridos diretamente pelos residentes (por exemplo, fornecidos pela família)
9. Com quantos laboratórios microbiológicos trabalham? (só é possível uma resposta)
- Mais de um laboratório microbiológico
 - Um único laboratório microbiológico
 - Esta instituição não envia amostras microbiológicas para nenhum laboratório. Cada Médico pode escolher o laboratório microbiológico com quem quer trabalhar.

HALT-3 Questionário institucional: Parte F – Como é que o estudo foi realizado na sua Instituição?**F – COMO É QUE O ESTUDO FOI REALIZADO NA SUA INSTITUIÇÃO?**

1. Quem recolheu os dados do HALT-3 (incluindo o questionário Institucional e o questionário do Residente)?
- Um médico
 - Um enfermeiro
 - Outro profissional
2. Se o médico não pôde estar presente na colheita de dados do HALT-3 (incluindo no questionário Institucional e do Residente), o mesmo colaborou na validação dos dados? Sim Não

Anexo 2 - Lista da Tipologia (Ward) - (apenas para uso interno) ***HALT-3: LISTA DA TIPOLOGIA****DADOS DO DENOMINADOR PPS POR TIPOLOGIA (apenas para uso interno) ***

DATA DO PPS NA LTCF: ___/___/___

NÚMERO de ESTUDO da LTCF para o PPS: _____

NOME DA TIPOLOGIA DA LTCF _____

QUANTAS CAMAS EXISTEM NESTA LTCF? (Inclui as camas ocupadas e não-ocupadas): _____ camas

A lista de Tipologias/Serviços/Alas é um formulário desenvolvido para auxiliar os coletores de dados na recolha dos dados dos denominadores, para o questionário institucional. O seu uso não é obrigatório (é opcional) e é apenas para uso interno.

Os coletores de dados devem recolher informação de cada Residente que: esteja institucionalizado a tempo inteiro na LTCF; que esteja presente no serviço às 08h00 da manhã e não tenha alta no momento do estudo.

Assim que os dados sejam colhidos de todos os serviços/alas, os coletores de dados devem somar os denominadores de cada serviço/ala e transferir os totais para os questionários institucionais. As Instituições que não têm serviços/alas diferentes, só devem completar uma lista de serviços.

Instruções:

- Liste todos os Residentes presentes no dia do estudo, na coluna 1 e 2.
- Adicione um código na coluna 3 que é exclusivo para cada residente na instituição. Números e / ou letras podem ser usados. Este número de pesquisa do residente deve ser inserido em todos os formulários para o mesmo residente.
- Se o residente atender aos critérios de elegibilidade (ou seja, viver a tempo inteiro na instalação, presente às 8:00 da manhã e não teve alta no momento da pesquisa), complete as colunas 5 a 15 escrevendo um 'X' se o fator de risco ou indicador de carga de cuidados estiver presente no dia do estudo.
- Some os Xs em cada coluna.
- Escreva os totais de cada coluna na tabela de resumo no final da lista de serviço/ala.
- Some os totais das tabelas de resumo, nas diferentes listas de ala e relate os totais na parte B do Questionário institucional.
- Se um residente na lista de serviço/ala tiver um X nas colunas 7 e/ou 8b (isto é, estava recebendo pelo menos um agente antimicrobiano e/ou teve pelo menos uma infeção no dia do estudo, preencha um formulário residente para este residente.

*Como esta lista de serviços/alas pode conter dados de identificação pessoal dos residentes, o ECDC solicita que a mesma não lhes seja enviada. Mantenha esta lista de serviços/ala com segurança na sua LTCF até o final do projeto HALT-3.

HALT-3: FORMULÁRIOS DO ESTUDO DE PREVALÊNCIA DE PONTO (PPS) NAS UNIDADES DE CUIDADOS CONTINUADOS E LARES

HALT - 3 Lista de Tipologias/Serviços* – Formulário de Recolha de dados dos Residentes

DATA DO PPS NA LTCF: ___/___/___
 NÚMERO de ESTUDO da LTCF para o PPS: _____

NOME DA TIPOLOGIA/SERVIÇO/ALA DA LTCF _____

QUANTAS CAMAS EXISTEM NESTA LTCF? (Inclui as camas ocupadas e não-ocupadas): _____ camas

Número de quarto e de cama	Nome do Residente	Número do estudo atribuído ao residente	Presente às 08h00 da manhã e sem alta na altura do PPS	Acima dos 85 anos	Residente masculino	Agente antimicrobiano	Sinais/sintomas de uma infeção	Infeção que corresponde a uma definição de um caso	Cateter urinário	Cateter vascular	Ulceras de pressão	Outras feridas	Desorientação no tempo e/ou espaço	De cadeira de rodas ou acamado	Cirurgia nos últimos 30 dias	Incontinência urinária e/ou fecal
1	2	3	4	5	6	7	8a	8b	9	10	11a	11b	12	13	14	15

*Como esta lista de serviços/alas pode conter dados de identificação pessoal dos residentes, o ECDC solicita que a mesma não lhes seja enviada. Mantenha esta lista de serviços/ala com segurança na sua LTCF até o final do projeto HALT-3.

HALT-3: TABELA RESUMIDA: NÚMEROS TOTAIS PARA ESTE SERVIÇO/ALA

Utilize esta tabela para assinalar com 'X' cada coluna, de cada lista de Tipologias de cuidados da LTCF.

Transfira o número total, para a Parte B do Questionário Institucional, isto é, 'Dados do Denominador'.

No dia do PPS, número TOTAL de:	Coluna	NÚMEROS TOTAIS
Número total de camas nesta Tipologia/Serviço (capacidade total de camas)	1	
Camas ocupadas na Tipologia/Serviço	2	
Residentes elegíveis, presentes às 08h00 da manhã e que não tenham indicação de alta no momento do PPS	4	
Idade acima dos 85 anos	5	
Residentes masculinos	6	
Residentes que recebem pelo menos um agente antimicrobiano	7	
Sinais e sintomas de infeção	8a	
Residentes com pelo menos uma infeção ativa	8b	
Residentes com cateter urinário	9	
Residentes com cateter vascular	10	
Residentes com úlceras de pressão	11a	
Residentes com outras feridas	11b	
Residentes desorientados no tempo e/ou espaço	12	
Residentes em cadeiras de rodas ou acamados	13	
Residentes submetidos a cirurgia nos 30 dias anteriores	14	
Residentes com incontinência urinária e/ou fecal	15	
Nota: Guarde esta lista em local seguro na sua LTCF, até ao final do estudo HALT-3 (dezembro de 2018)		

Anexo 3 - Questionário do Residente

HALT-3 - Questionário do Residente: Dados do Residente

DATA DO PPS NA LTCF: ___/___/___

NÚMERO DE ESTUDO DA LTCF para o PPS: _____

NOME DA TIPOLOGIA (SERVIÇO) DA LTCF: _____

DADOS DO RESIDENTE		
GÉNERO	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Feminino
ANO DE NASCIMENTO	_ _ _ _ _ (YYYY)	
DURAÇÃO DA ESTADIA NA INSTITUIÇÃO	<input type="checkbox"/> Menos de 1 ano	<input type="checkbox"/> 1 ano ou mais
ADMISSÃO NUM HOSPITAL: NOS ÚLTIMOS 3 MESES	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
CIRURGIA NOS 30 DIAS PRÉVIOS	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
PRESENÇA DE:		
CATETER URINÁRIO	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
CATETER VASCULAR	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
INCONTINÊNCIA (URINÁRIA E/OU FECAL)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
FERIDAS:		
- ÚLCERA DE PRESSÃO	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
- OUTRA FERIDA	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
DESORIENTAÇÃO (no TEMPO e/ou no ESPAÇO)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
MOBILIDADE	<input type="checkbox"/> Deambula sem ajuda <input type="checkbox"/> Deambula de cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Acamado(a)	

No dia do estudo, o Residente:

<input type="checkbox"/> Está a receber um Agente Antimicrobiano Isto inclui: (i.) Residente a receber antimicrobiano para profilaxia OU (ii.) Residente a receber antimicrobiano para tratamento	Completar a Parte A
<input type="checkbox"/> Tem uma Infeção(s) confirmada ou suspeita Residente com infeção(s) E Residente que não está a receber antimicrobiano	Completar a Parte B
<input type="checkbox"/> AMBAS: Uso de Antimicrobiano e Infeção(s) Isto inclui: (i) Residente com infeção(s) E a receber antimicrobianos hoje, relacionados ou não com a mesma infeção OU (ii) Residente cujo sinais/sintomas de uma infeção estejam resolvidos mas continuam a receber antimicrobianos, dirigidos para essa infeção	Completar as Partes A e B

HALT-3 – Questionário do Residente: Parte A – Uso de Antimicrobianos

PARTE A: USO DE ANTIMICROBIANOS				
	Antimicrobiano 1	Antimicrobiano 2	Antimicrobiano 3	Antimicrobiano 4
Nome do antimicrobiano	-----	-----	-----	-----
Via de administração (parentérica= IM, IV ou SC)	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Parentérica <input type="checkbox"/> Outra			
Data do fim/Data de revisão do ciclo antimicrobiano	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim			
Tipo de tratamento	<input type="checkbox"/> Profilático <input type="checkbox"/> Terapêutico			
O Antimicrobiano foi administrado para:	<input type="checkbox"/> Trato urinário <input type="checkbox"/> Trato genital <input type="checkbox"/> Pele e tecidos moles <input type="checkbox"/> Trato respiratório <input type="checkbox"/> Trato gastrointestinal <input type="checkbox"/> Olho <input type="checkbox"/> Ouvidos, nariz e boca <input type="checkbox"/> Local cirúrgico <input type="checkbox"/> Tuberculose <input type="checkbox"/> Infecção sistémica <input type="checkbox"/> Febre inexplicável <input type="checkbox"/> outro (especificar) _____	<input type="checkbox"/> Trato urinário <input type="checkbox"/> Trato genital <input type="checkbox"/> Pele e tecidos moles <input type="checkbox"/> Trato respiratório <input type="checkbox"/> Trato gastrointestinal <input type="checkbox"/> Olho <input type="checkbox"/> Ouvidos, nariz e boca <input type="checkbox"/> Local cirúrgico <input type="checkbox"/> Tuberculose <input type="checkbox"/> Infecção sistémica <input type="checkbox"/> Febre inexplicável <input type="checkbox"/> outro (especificar) _____	<input type="checkbox"/> Trato urinário <input type="checkbox"/> Trato genital <input type="checkbox"/> Pele e tecidos moles <input type="checkbox"/> Trato respiratório <input type="checkbox"/> Trato gastrointestinal <input type="checkbox"/> Olho <input type="checkbox"/> Ouvidos, nariz e boca <input type="checkbox"/> Local cirúrgico <input type="checkbox"/> Tuberculose <input type="checkbox"/> Infecção sistémica <input type="checkbox"/> Febre inexplicável <input type="checkbox"/> outro (especificar) _____	<input type="checkbox"/> Trato urinário <input type="checkbox"/> Trato genital <input type="checkbox"/> Pele e tecidos moles <input type="checkbox"/> Trato respiratório <input type="checkbox"/> Trato gastrointestinal <input type="checkbox"/> Olho <input type="checkbox"/> Ouvidos, nariz e boca <input type="checkbox"/> Local cirúrgico <input type="checkbox"/> Tuberculose <input type="checkbox"/> Infecção sistémica <input type="checkbox"/> Febre inexplicável <input type="checkbox"/> outro (especificar) _____
Onde foi prescrito o Antimicrobiano?	<input type="checkbox"/> Nesta LTCF <input type="checkbox"/> Num Hospital <input type="checkbox"/> Noutro local	<input type="checkbox"/> Nesta LTCF <input type="checkbox"/> Num Hospital <input type="checkbox"/> Noutro local	<input type="checkbox"/> Nesta LTCF <input type="checkbox"/> Num Hospital <input type="checkbox"/> Noutro local	<input type="checkbox"/> Nesta LTCF <input type="checkbox"/> Num Hospital <input type="checkbox"/> Noutro local

HALT-3 Questionário do Residente - **Parte B: Infecção associada aos cuidados de saúde**

PARTE B: INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE				
	Infeção 1	Infeção 2	Infeção 3	Infeção 4
Código da Infecção	_____	_____	_____	_____
Se "Outra", por favor especifique
Presente na (re-) admissão	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim			
Data do início (dd/mm/aaa)	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____
Origem da infecção	<input type="checkbox"/> LTCF actual <input type="checkbox"/> Outra LTCF <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Desconhecida	<input type="checkbox"/> LTCF actual <input type="checkbox"/> Outra LTCF <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Desconhecida	<input type="checkbox"/> LTCF actual <input type="checkbox"/> Outra LTCF <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Desconhecida	<input type="checkbox"/> LTCF actual <input type="checkbox"/> Outra LTCF <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Desconhecida
A. Nome do microrganismo isolado (por favor, use a lista de códigos)	1. A	_____	_____	_____
	B	____ _ ____ _	____ _ ____ _	____ _ ____ _
B. Antimicrobiano testado(s) ¹ e resistências ² Só para <i>S. aureus</i> , ENC***, ACIBAU, PSEAER ou <i>Enterobacterias</i> (CIT***, ENB***, ESCOL, KLE***, MOGSPP, PRT***, SER***)	2. A	_____	_____	_____
	B	____ _ ____ _	____ _ ____ _	____ _ ____ _
	3. A	_____	_____	_____
	B	____ _ ____ _	____ _ ____ _	____ _ ____ _

¹Antibiótico (s) testado (s): STAAUR: oxacilina (OXA) ou glicopéptidos (GLY); ENC ***: GLY apenas; Enterobacteriaceae: cefalosporinas de 3ª geração (C3G) ou carbapenems (CAR); PSEAER e ACIBAU: apenas CAR.

² Resistência: S = sensível, I = intermediário, R = resistente, U = desconhecido