



HALT-3

Julho 2017

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

HALT-3 Questionário Institucional: Parte A – Informação Geral

A – INFORMAÇÃO GERAL	
Data do Estudo na sua Instituição	_ _ _ _ 201 _ (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
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 lavatórios

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>	
PREENCHA COM OS DADOS DA SUA INSTITUIÇÃO, NO DIA DO QUESTIONÁRIO, 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 QUESTIONÁRIO	_ _ _ _
RESIDENTES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA E/OU FECAL	_ _ _ _

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

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

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 actividades 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
3. 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. Se existem orientações terapêuticas escritas na Instituição, dizem respeito a:	
- Infeções do trato respiratório?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
- Infeções do trato urinário?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
- Infeções de feridas (pele e tecidos moles)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
5. É realizado um teste à urina (teste rápido), para detetar infeções do trato urinário na instituição?	
<input type="checkbox"/> Por rotina <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Nunca	
6. Está implementado na instituição um programa de vigilância do consumo de antimicrobianos, com <i>feedback</i> regular aos profissionais de saúde?	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
7. Está implementado na instituição um programa de vigilância dos microrganismos resistentes? (relatório com o resumo anual para: MRSA, <i>Clostridium difficile</i> , KPC, entre outros relevantes para a Instituição)	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
8. Como são fornecidos os antimicrobianos na sua Instituição? (só é possível uma resposta)	
<input type="checkbox"/> Fornecidos por mais do que uma farmácia	
<input type="checkbox"/> Fornecidos por apenas uma farmácia	
<input type="checkbox"/> Esta instituição não adquire antimicrobianos diretamente às farmácias; os antimicrobianos são adquiridos pelos residentes ou familiares diretamente nas farmácias;	
<input type="checkbox"/> Outra: _____	
9. Com quantos laboratórios microbiológicos trabalham? (só é possível uma resposta)	
<input type="checkbox"/> Mais do que um laboratório microbiológico	
<input type="checkbox"/> Um laboratório microbiológico	
<input type="checkbox"/> Esta instituição não envia amostras microbiológicas para nenhum laboratório; cada médico de clínica geral da instituição pode escolher trabalhar com qualquer laboratório microbiológico à sua escolha.	

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

1. A instituição utiliza uma 'lista restrita' de prescrição de antimicrobianos? Sim Não
2. Se existe uma lista restrita, quais são os tipos de antibióticos que são restritos?
- Carbapenemos
 - Cefalosporinas de terceira geração
 - Fluoroquinolonas
 - Vancomicina
 - Mupirocina
 - Glicopeptídeos
 - Antibióticos de largo espectro
 - Antibióticos administrados por via intravenosa
3. Quais dos seguintes elementos estão presentes na LTCF?
- Uma comissão de antimicrobianos;
 - Formação anual regular sobre a prescrição de antimicrobianos;
 - Orientações escritas, para o uso apropriado de antimicrobianos (boas práticas) na instituição;
 - Dados disponíveis sobre o consumo anual de antimicrobianos, por classes antimicrobianas;
 - 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;
 - 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
 - Um sistema que necessita de permissão de uma ou mais pessoas com autorização de prescrição de antimicrobianos restritos, não incluídos no formulário local
 - Uma recomendação feita pelo farmacêutico sobre antimicrobianos não incluídos no formulário
 - Um formulário terapêutico que contém uma lista de antibióticos
 - Nenhuma das anteriores
4. Existem na instituição orientações terapêuticas escritas - se sim, são aplicáveis a:
- Infecções do trato respiratório Sim Não
 - Infecções do trato urinário? Sim Não
 - Infecções de feridas - pele e tecidos moles? Sim Não
5. São realizados testes rápidos para detetar infeções do trato urinário na Instituição? Por rotina Às vezes Nunca
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 directamente pelos residentes ou familiares)
9. Com quantos laboratórios microbiológicos trabalham? (só é possível uma resposta)
- Um laboratório microbiológico
 - Esta instituição não envia amostras microbiológicas para nenhum laboratório. Cada Médico pode escolher o laboratório microbiológico com quem quer trabalhar.

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

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

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

DATA DO PPS NA LTCF: ___/___/___ NÚMERO de ESTUDO da LTCF para o PPS: _____
 NOME DO SERVIÇO/ALA DA LTCF _____
 QUANTAS CAMAS EXISTEM NESTA LTCF? (Inclui as camas ocupadas e não-ocupadas): _____ camas

COMPLETAR ESTA PARTE DA LISTA PARA TODOS OS RESIDENTES NO SERVIÇO				COMPLETAR ESTA PARTE PARA TODOS OS RESIDENTES ELEGÍVEIS (Residentes da coluna 4) Assinale com X na coluna, se a condição é verdadeira no dia do estudo												
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	Úlceras 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 Lista de Serviço/Enfermaria/Tipologia de cuidados – Cálculo dos Denominadores

Utilize esta tabela para adicionar o número de 'X' de cada coluna, de cada lista de serviços/enfermarias/tipologias de cuidados da LTCF.

Transfira o número total, para a Parte B do Questionário Institucional - 'Dados dos Denominadores'.

No dia do PPS, número TOTAL de:	Coluna	NÚMEROS TOTAIS
Número total de camas neste serviço/tipologia (capacidade total de camas)	1	
Camas ocupadas no serviço/tipologia	2	
Residentes elegíveis, presentes às 08h00 da manhã e que não tenham indicação de alta no momento do PPS	4	
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 em cadeiras de rodas ou acamados	12	
Residentes desorientados no tempo e/ou espaço	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, até ao final do estudo HALT-3		

HALT-3: FORMULÁRIOS DO ESTUDO DE PREVALÊNCIA DE PONTO (PPS) NAS UNIDADES DE CUIDADOS CONTINUADOS E LARES
HALT-3 - Questionário de Residentes: Dados dos Residentes

DATA DO PPS NA LTCF: ___/___/___

NÚMERO DE ESTUDO DA LTCF para o PPS: _____

NOME DO SERVIÇO/ALA DA LTCF _____

Dados dos Residentes		
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 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"/> Está 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) Residentes com infeção(s) E a receber antimicrobianos hoje, relacionados ou não com a mesma infeção OU (ii) Residentes cujos sinais/sintomas de uma infeção já tratada, continuam ainda 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, SC)	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Parentérica <input type="checkbox"/> Outra	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Parentérica <input type="checkbox"/> Outra	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Parentérica <input type="checkbox"/> Outra	<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	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Tipo de tratamento	<input type="checkbox"/> Profilático <input type="checkbox"/> Terapêutico	<input type="checkbox"/> Profilático <input type="checkbox"/> Terapêutico	<input type="checkbox"/> Profilático <input type="checkbox"/> Terapêutico	<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"/> 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"/> 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"/> 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"/> 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

