



**DGS** desde  
1899  
Direção-Geral da Saúde



Programa de Prevenção  
e Controlo de Infeções  
e de Resistência aos Antimicrobianos



# ECDC PPS 2016-2017

## Protocolo v5.2

# Formulários

(a aplicar nos Hospitais Agudos Portugueses)

## Inquérito Europeu de Prevalência de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde e Uso de Antimicrobianos

### Formulário H1. Dados do Hospital 1/3

		N.º	Ano do estudo	Inc./Total (1)
<b>Código do Hospital:</b> _____				
<b>Datas do estudo:</b> De ___/___/___ A: ___/___/___ dd/mm/aaa dd/mm/aaa	N.º de altas/Admissões num ano			Inc Tot
	N.º de dias de internamento (patient-days) num ano			
Tamanho do hospital (n.º de camas):	Consumo de SABA em litros num ano			Inc Tot
N.º de camas de agudos:	N.º de oportunidades de higiene das mãos num ano			Inc Tot
N.º de camas de UCI:	N.º de hemoculturas efetuadas num ano			Inc Tot
Exclusão de serviços do PPS? Não <input type="checkbox"/>	N.º de culturas de fezes/pesquisa C. difficile num ano			Inc Tot
Se Sim, por favor especifique quais os serviços que foram excluídos:	N.º de FTEs de enfermeiro de controlo de infeção			Inc Tot
	N.º de FTEs de médico de controlo de infeção			
N.º total de camas existentes nos serviços aderentes:	N.º de FTEs de consultor de antibióticos			
N.º total de doentes incluídos no PPS:	N.º de FTEs de enfermeiros registados			Inc Tot
Tipo de hospital: Primário <input type="checkbox"/> Secundário <input type="checkbox"/> Terciário <input type="checkbox"/>	N.º de auxiliares de enfermagem			
Especializado <input type="checkbox"/> Especificar: _____	N.º de FTEs de enfermeiro registado em UCI			
Tipo de gestão hospitalar: Público <input type="checkbox"/> Privado, sem fins lucrativos <input type="checkbox"/> Privado, com fins lucrativos <input type="checkbox"/> Outro/Desconhecido <input type="checkbox"/>	N.º de auxiliares de enfermagem em UCI			
	N.º de quartos de isolamento de via aérea			
O Hospital faz parte de um Centro Hospitalar ou ULS: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Se Sim:	<sup>1</sup> Dados que foram colhidos apenas nos serviços participantes (Inc = recomendado) para o total do hospital (Tot): se todos os serviços forem incluídos no PPS (Inc=Tot), registre "Inc"; N=Número			
Os dados referem-se: Ao hospital A todos os hospitais do grupo				
Código AHG: Tipo de AHG: Prim. Sec. Terc. Espec.				
N.º camas no AHG: Total: Camas de agudos:				
Tipo de Protocolo do PPS: Standard Light				
O hospital faz parte de uma amostra representativa de hospitais do País: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido <input type="checkbox"/>				

## Inquérito Europeu de Prevalência de Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde e Uso de Antimicrobianos

### Formulário H2. Dados do Hospital 2/3

Código do hospital:

Datas do estudo: De / /  A: / /

**Programa de Prevenção e Controlo de Infeção:**  
Existe um plano anual de PCI, aprovado pelo CA do hospital ou um executivo sénior?  Sim  Não

Existe um relatório anual de PCI, aprovado pelo CA do hospital ou por um executivo sénior?  Sim  Não

**Participação em redes de vigilância:**  
No ano anterior, em qual das rede de vigilância o seu hospital participou? (selecionar todas as que se aplicam)  
 ILC  UCI  CDI  Resistência antimicrobiana  
 Consumo de antimicrobianos  Outros, especifique \_\_\_\_\_

**Diagnóstico Microbiológico**  
Nos fins-de-semana, os clínicos podem requisitar testes microbiológicos de rotina e receber os resultados de volta?  
Testes clínicos:  Sábado  Domingo  
Testes de triagem:  Sábado  Domingo

O vosso hospital tem disponível o seguinte para a prevenção das HAI ou uso de antimicrobianos? (S/N/Desconhecido)

	Orientações	Bundles	Formação	Checklist	Auditoria	Vigilância	Informação de retorno
<b>UCI</b>							
Pneumonia							
Infeções da corrente sanguínea							
Infeção de foro urinário							
Utilização antimicrobiana							
<b>Todo o hospital / outros serviços</b>							
Pneumonia							
Infeções da corrente sanguínea							
Infeções do local cirúrgico							
Infeção de trato urinário							
Uso de Antimicrobianos							

Preencher com sim (S), não (N) ou desconhecido (D) em cada célula; Pneumonia, infeções da corrente sanguínea e infeções de trato urinário: cuidados de saúde e/ou associadas a dispositivos; pacotes de cuidados de saúde: 3-5 praticas baseadas em evidência para melhorar os resultados do doente; Formação: formação ou educação; Checklist: auto-aplicada; Auditoria: processo externo (vigilância, observações).

CA: Conselho de Administração; ILC: infeção do local cirúrgico;

UCI: unidades de cuidados intensivos (HAIs nas UCI's); CDI: infeções por *Clostridium difficile*.

Comentários/observações: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Inquérito Europeu de Prevalência de Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde e Uso de Antimicrobianos

### Formulário H3. Dados do Hospital 3/3

Código do Hospital:

Datas do estudo:

De \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ A \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

dd/mm/aaa

dd/mm/aaa

#### Indicadores opcionais do serviço, colhido ao nível do hospital:

N.º de camas com dispensador de SABA no local de prestação de cuidados	N.º	Inc/total (1)
N.º de camas com presença de dispensador de SABA		
N.º de quartos/enfermarias existentes no hospital		
N.º de quartos individuais existentes no hospital		
N.º de quartos individuais com casa de banho privativa e lavatório no hospital		
N.º de camas ocupadas às 00:01 horas do dia do PPS		
N.º de camas avaliadas para ocupação às 00:01 horas do dia do PPS		

(1) Os dados foram colhidos somente nos serviços aderentes ao PPS (Inc=recomendado) Marque "Incs"

ou para todo o hospital (Tot). Se todos os serviços foram incluídos no PPS (Inc/Tot).

No seu hospital, os profissionais de saúde utilizam dispensador individual (ex:nos bolsos)?

Se sim, calcule a percentagem: Não; 0>2,5% dos PS; >50-75% >75% dos PS Sim, mas a % é desconhecida

Existe um procedimento escrito para rever os antibióticos prescritos às 72 horas após o início da prescrição no hospital?

Sim, em todos os serviços  Sim, apenas em serviços selecionados  Sim, apenas nas UCI  Não

AHR: SABA; N.º de camas avaliadas para a presença de dispensador e N.º de camas avaliadas para ocupação às 00:01h do

dia do PPS = tipicamente, o mesmo N.º total de camas existentes no hospital; ICU=Unidades de Cuidados Intensivos

## Inquérito Europeu de Prevalência das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde e Uso de Antimicrobianos

### Formulário W. Dados do Serviço

<b>Código do hospital</b> ( _____ )	<b>Nome do serviço (abr.)/Id. Unidade</b> ( _____ )	<b>Data do estudo<sup>1</sup>:</b> ____ / ____ / ____ dd mm aaaa
-------------------------------------	--	---

Especialidade do serviço<sup>2</sup>:  PED  NEO  UCI  MED  CIR  G/O  GER  PSI  REAB  LTC  OUT  MIX

Número total de doentes no serviço/enfermaria<sup>3</sup>:  
( \_\_\_\_\_ )

Existe um procedimento formal para rever a adequação de um antimicrobiano dentro de um período de 72 horas desde o início nesse serviço/enfermaria (revisão pós-prescrição)?  Sim  Não

**Número total de doentes por médico/especialidade de doente (somente na opção Light):**

<b>Médico/Especialidade do doente</b>	<b>Número de doentes no serviço<sup>4</sup>:</b>

	<b>Número</b>	<b>Ano<sup>5</sup></b>
Número de doentes-dias no Serviço/ano		
Consumo de SABA nos Serviços, em litros/ano <sup>6</sup>		
Número de oportunidades observadas de higienização das mãos/ano		
Número de camas no serviço		
Número de camas com dispensadores de SABA no local de prestação de cuidados		
Número de Profissionais de Saúde presentes no serviço/enfermaria na altura do PPS		
Número de Profissionais de Saúde no serviço transportando dispensador de SABA		
Número de quartos no serviço		
Número de quartos individuais no serviço		
Número de quartos individuais com casa-de-banho e chuveiro		
Número de camas ocupadas à 00h01 do dia do PPS		

<sup>1</sup> Os doentes do mesmo serviço deverão ser incluídos no mesmo dia se possível; <sup>2</sup> Principal especialidade do serviço: >=80% dos doentes a pertencerem a esta especialidade, se de outra forma - a escolha é mista; <sup>3</sup> Opcional para a opção protocolo Standard e obrigatória, para a opção do protocolo Light; <sup>3-4</sup> Número de doentes admitidos no serviço antes ou até às 08h00 e sem alta do serviço na altura do estudo; <sup>5</sup> Ano: ano dos dados, ano anterior ou o ano mais recente disponível; <sup>6</sup> SABA em litros, entregue no serviço durante o mesmo ano; N = Número; AHR=SABA; HCW= Profissionais de saúde.

Comentários/observações: \_\_\_\_\_

**Dados do doente (a recolher para todos os doentes)**

Código do hospital (\_\_\_\_\_)   
 Nome do serviço (abr./ID da unid. (\_\_\_\_\_))

Data do estudo: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_\_\_ (dd/mm/aaaa)

Nº do doente: (\_\_\_\_\_)

Idade em anos: (\_\_\_\_) anos; Idade de < 2 anos de idade: (\_\_\_\_) meses

Sexo: M / F      Data da admissão hospitalar: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (dd/mm/aaaa)

Médico/Especialidade do doente: (\_\_\_\_\_)

Cirurgia desde a admissão:

Sem cirurgia       Invasão mínima/Cirurgia Não-NHSN

NHSN cirurgia -> especificar (opcional): [\_\_\_\_\_]       Desconhecido

**Pontuação McCabe:**

Doença não fatal       Doença fatal a prazo

Doença fatal rápida       Desconhecido

Se recém nascido: peso de nascimento: [\_\_\_\_\_] gramas

**Cateter vascular central:**       Não    Sim    Desc.

**Cateter vascular periférico:**       Não    Sim    Desc.

**Cateter urinário:**       Não    Sim    Desc.

**Intubação:**       Não    Sim    Desc.

Doente recebe antimicrobiano(s)<sup>(1)</sup>:       Não    Sim      **SE**

Doente com HAI ativa<sup>(2)</sup>:       Não    Sim      **SIM**

(1) Na altura do estudo, à exceção da profilaxia cirúrgica 24h antes das 08h00 no dia do estudo; Se sim, preencher com os dados de utilização antimicrobiana; se o doente recebe >3 antimicrobianos, adicionar um novo formulário; (2) [início da infeção ≥ Dia 3, OU critério SSI (cirurgia nos 30d/90d anteriores), OU alta do hospital de cuidados agudos <48h antes, OU CDI e alta do hospital de cuidados agudos <28 dias antes OU início < Dia 3 depois de dispositivo/procedimento invasivo no D1 ou D2] E [critérios HAI que se observam no dia do estudo OU se o doente recebe (algum) tratamento para HAI E os critérios são observados entre o D1 do tratamento e do dia do estudo]; se sim, preencher dados HAI, se o doente tem > 2 HAIs, adicionar novo formulário.

Antimicrobiano (genérico ou marca)	Via administração	Indicação	Diagnóstico (local)	Razão nas notas	Data de início do AM	Alterado? (+razão)	Se alterado: Data de início 1º AM	Dosagem por dia		
								Nº de doses	Força de 1 dose	mg/g/IU
					/ /		/ /			
					/ /		/ /			
					/ /		/ /			

Via: P=Parentérica, O=Oral, R=Retal, I=Inalação; Indicação: intenção para tratamento comunitário (CI), cuidados continuados (LI) ou infeção de hospitais agudos (HI), profilaxia cirúrgica: SP1: dose única, SP2: 1 dia, SP3: > 1 dia, MP: profilaxia médica, O: outros, Desc: Indicação desconhecida; Diagnóstico: ver lista dos locais, somente para CI-LI-HI; Razão nas notas: S/N; AM Alterado? (+ razão): N=nenhuma mudança, E=Escalção, D=De-escalção, S=Alterar (switch) via IV para via oral, A=Efeitos adversos, OU=Outra razão, U=Desconhecida; Se alterado, data de início 1º AM para a mesma indicação; Dose/dia ex. 3 x 1 g; g=grama, mg=miligramas, IU= unidades internacionais, MU=milhões IU

	HAI 1			HAI 2		
<b>Código de definição de caso</b>						
<b>Dispositivo relevante</b> <sup>(3)</sup>	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Desconhecido			<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Desconhecido		
<b>Presente na admissão</b>	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não			<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
<b>Data de início</b> <sup>(4)</sup>	/ /			/ /		
<b>Origem da infeção</b>	<input type="radio"/> Hosp. atual <input type="radio"/> Outro hosp. <input type="radio"/> Outra origem/desc.			<input type="radio"/> Hosp. atual <input type="radio"/> Outro hosp. <input type="radio"/> Outra origem/desc.		
<b>HAI associada ao serviço atual</b>	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Desconhecido			<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Desconhecido		
<b>SE BSI: fonte</b> <sup>(5)</sup>						
	Código MO	AMR AM <sup>(6)</sup> SIR	P D R	Código MO	AMR AM <sup>(6)</sup> SIR	P D R
<b>Microrganismo 1</b>						
<b>Microrganismo 2</b>						
<b>Microrganismo 3</b>						

(3) Utilização de dispositivo relevante antes do início da infeção (intubação para PN, CVC/PVC para BSI, cateter urinário para UTI); (4) Somente para infeções não presentes/ativas na admissão (dd/mm/aaaa); (5) C-CVC, C-PVC, S-PUL, S-UTI, S-DIG, S-SSI, S-SST, S-OTH, UO, UNK; (6) AB: antibiótico(s) testado(s): STAAUR: OXA+GLY, Enterococci: GLY, Enterobacteriaceae: C3G+CAR, PSEAEER e Acinetobacter: CAR; SIR: S=Sensível, I=Intermédio, R=Resistente, D=Desconhecido; PDR: Pan-drug resistente: N=Não, P=Possível; C=Confirmado, D=Desconhecido