



**Infecção associada a cuidados de saúde, resistência antimicrobiana, uso de antibióticos e recursos para controlo de infecção em unidades de cuidados continuados**

**Anexo III – QUESTIONÁRIO DO RESIDENTE**

**DADOS DO RESIDENTE**

SEXO	<input checked="" type="checkbox"/>	<i>Masculino</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Feminino</i>
ANO DE NASCIMENTO		<b>1933</b> (aaaa)		
DURAÇÃO DA ESTADIA NA UCC I	<input checked="" type="checkbox"/>	<i>&lt; 1 ano</i>	<input type="checkbox"/>	<i>≥ 1 ano</i>
ENTRADA NO HOSPITAL (NOS ÚLTIMOS 3 MESES)	<input type="checkbox"/>	<i>Sim</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<i>Não</i>
CIRÚRGIA NOS ÚLTIMOS 30 DIAS	<input type="checkbox"/>	<i>Sim</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<i>Não</i>
<b>PRESENÇA DE:</b>				
- CATETER URINÁRIO	<input checked="" type="checkbox"/>	<i>Sim</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Não</i>
- CATETER VASCULAR	<input type="checkbox"/>	<i>Sim</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<i>Não</i>
- INCONTINENCIA (URINÁRIA E/OU FECAL)	<input checked="" type="checkbox"/>	<i>Sim</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Não</i>
- FERIDAS:				
- ÚLCERAS DE PRESSÃO	<input type="checkbox"/>	<i>Sim</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<i>Não</i>
- OUTRAS FERIDAS	<input type="checkbox"/>	<i>Sim</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<i>Não</i>
- DESORIENTAÇÃO (no tempo e/ou no espaço)	<input type="checkbox"/>	<i>Sim</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<i>Não</i>
- MOBILIDADE	<input checked="" type="checkbox"/>	<i>Ambulante</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Cadeira de Rodas</i> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<i>Acamado</i>

**No dia do ENPI, o Residente:**

<input type="checkbox"/>	TOMA ANTIBIÓTICO	→	<b>PREENCHA PÁG. 2 DO QUESTIONÁRIO</b>
<input checked="" type="checkbox"/>	APRESENTA SINAIS/SINTOMAS DE INFECCÃO (não presentes ou em incubação na admissão)	→	<b>PREENCHA PÁGS. 3/4 DO QUESTIONÁRIO</b>
<input type="checkbox"/>	AMBOS: AB E SINAIS/SINTOMAS DE INFECCÃO	→	<b>PREENCHA TODO O QUESTIONÁRIO</b>

**NOTA IMPORTANTE:**

Recomenda-se que se escreva o **Nº. de estudo do residente** em todas as folhas (no canto superior direito), para evitar troca de dados entre residentes.

## DADOS DO TRATAMENTO COM ANTIBIÓTICOS

	Antibiótico – 1	Antibiótico – 2	Antibiótico – 3	Antibiótico – 4
NOME DO ANTIBIÓTICO (letra maiúscula)	.....	.....	.....	.....
<b>Total da dose diária prescrita:</b>	.....	.....	.....	.....
UNIDADE	<input type="checkbox"/> gr./ dia <input type="checkbox"/> mg./ dia <input type="checkbox"/> U.I./ dia	<input type="checkbox"/> gr./ dia <input type="checkbox"/> mg./ dia <input type="checkbox"/> U.I./ dia	<input type="checkbox"/> gr./ dia <input type="checkbox"/> mg./ dia <input type="checkbox"/> U.I./ dia	<input type="checkbox"/> gr./ dia <input type="checkbox"/> mg./ dia <input type="checkbox"/> U.I./ dia
VIA DE ADMINISTRAÇÃO	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> IM ou IV <input type="checkbox"/> Inalação <input type="checkbox"/> Rectal	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> IM ou IV <input type="checkbox"/> Inalação <input type="checkbox"/> Rectal	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> IM ou IV <input type="checkbox"/> Inalação <input type="checkbox"/> Rectal	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> IM ou IV <input type="checkbox"/> Inalação <input type="checkbox"/> Rectal
TIPO DE TRATAMENTO POR AB	<input type="checkbox"/> Profilático <input type="checkbox"/> Terapêutico			
CAUSAS PARA O TRATAMENTO POR AB	<i>Infecção do/da:</i> <input type="checkbox"/> Vias Urinárias; <input type="checkbox"/> Pele ou Feridas; <input type="checkbox"/> Via respiratória; <input type="checkbox"/> Gastrointestinal; <input type="checkbox"/> Ocular; <input type="checkbox"/> Ouvidos, nariz, boca; <input type="checkbox"/> Infecção Sistêmica. <input type="checkbox"/> Febre inexplicável; <input type="checkbox"/> Outros motivos:	<i>Infecção do/da:</i> <input type="checkbox"/> Vias Urinárias; <input type="checkbox"/> Pele ou Feridas; <input type="checkbox"/> Via respiratória; <input type="checkbox"/> Gastrointestinal; <input type="checkbox"/> Ocular; <input type="checkbox"/> Ouvidos, nariz, boca; <input type="checkbox"/> Infecção Sistêmica. <input type="checkbox"/> Febre inexplicável; <input type="checkbox"/> Outros motivos:	<i>Infecção do/da:</i> <input type="checkbox"/> Vias Urinárias; <input type="checkbox"/> Pele ou Feridas; <input type="checkbox"/> Via respiratória; <input type="checkbox"/> Gastrointestinal; <input type="checkbox"/> Ocular; <input type="checkbox"/> Ouvidos, nariz, boca; <input type="checkbox"/> Infecção Sistêmica. <input type="checkbox"/> Febre inexplicável; <input type="checkbox"/> Outros motivos:	<i>Infecção do/da:</i> <input type="checkbox"/> Vias Urinárias; <input type="checkbox"/> Pele ou Feridas; <input type="checkbox"/> Via respiratória; <input type="checkbox"/> Gastrointestinal; <input type="checkbox"/> Ocular; <input type="checkbox"/> Ouvidos, nariz, boca; <input type="checkbox"/> Infecção Sistêmica. <input type="checkbox"/> Febre inexplicável; <input type="checkbox"/> Outros motivos:
<i>Especifique:</i>				
ONDE FOI PRESCRITO?	<input type="checkbox"/> Nesta UCCI <input type="checkbox"/> No Hospital <input type="checkbox"/> Noutro local	<input type="checkbox"/> Nesta UCCI <input type="checkbox"/> No Hospital <input type="checkbox"/> Noutro local	<input type="checkbox"/> Nesta UCCI <input type="checkbox"/> No Hospital <input type="checkbox"/> Noutro local	<input type="checkbox"/> Nesta UCCI <input type="checkbox"/> No Hospital <input type="checkbox"/> Noutro local
QUEM PRESCREVEU?	<input type="checkbox"/> Clínico Geral <input type="checkbox"/> Especialista <input type="checkbox"/> Farmacêutico <input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Clínico Geral <input type="checkbox"/> Especialista <input type="checkbox"/> Farmacêutico <input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Clínico Geral <input type="checkbox"/> Especialista <input type="checkbox"/> Farmacêutico <input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Clínico Geral <input type="checkbox"/> Especialista <input type="checkbox"/> Farmacêutico <input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Outro
FORAM REALIZADOS TESTES À URINA COM TIRAS REAGENTES ANTES DO TRATAMENTO COM AB?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim			
FORAM REALIZADOS ANÁLISES CULTURAIS ANTES DO TRATAMENTO COM AB?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim			

## MICROORGANISMOS ISOLADOS

NOME DO MICROORGANISMO ISOLADO (P.F. USE A LISTA DE CÓDIGOS)	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____

## SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO

**INFECÇÃO DAS VIAS URINÁRIAS**

- Febre (> 38°C)
- Arrepios
- Aparecimento ou aumento de ardor durante a micção
- Aparecimento ou aumento da frequência da micção
- Aparecimento ou aumento da urgência da micção
- Aparecimento de dor ou sensibilidade no flanco ou na zona supra-púbica
- Alteração da característica da urina (ou odor)
- Agravamento do estado mental ou funcional (pode ser um estado novo ou agravado de incontinência)
- Diagnosticada pelo médico assistente.

**INFECÇÃO NA PELE*****Celulite / tecidos moles / infecção da ferida***

- Existência de pus numa ferida, na pele ou tecidos moles
- Febre (> 38°C)
- Agravamento do estado mental ou funcional
- Aparecimento ou aumento de calor no local afectado
- Aparecimento ou aumento de rubor no local afectado
- Aparecimento ou aumento de edema no local afectado
- Aparecimento ou aumento de sensibilidade ou dor no local afectado
- Aparecimento ou aumento de exsudado no local afectado
- Diagnosticada pelo Médico assistente
- Antibiótico em pomada, unguento, etc. usado para tratamento

***Infecção Fúngica na Pele***

- Erupção maculopapular
- Diagnosticada pelo médico assistente ou com confirmação laboratorial

***Infecção por Herpes Simplex e Herpes Zoster***

- Erupção cutânea vesicular
- Diagnosticada pelo médico assistente ou com confirmação laboratorial

***Sarna***

- Erupção maculopapular e/ou prurido
- Diagnosticada pelo médico assistente ou com confirmação laboratorial

**INFECÇÃO DAS VIAS RESPIRATÓRIAS*****Síndrome Gripal Comum / Faringite***

- Corrimento nasal ou espirros
- Congestão nasal
- Dor de garganta ou rouquidão ou dificuldade a engolir
- Tosse seca
- Gânglios do pescoço inflamados ou sensíveis (linfadenopatia cervical)
- Diagnosticada pelo médico assistente

***Estado Gripal***

- Febre (> 38°C)
- Arrepios
- Aparecimento de dor de cabeça ou nos olhos
- Mialgias
- Mal-estar ou perda de apetite
- Dor de garganta
- Aparecimento ou aumento de tosse seca
- Diagnosticado pelo Médico assistente

***Pneumonia/Outra infecção do Tracto Respiratório Inferior (Bronquite, Traqueobronquite)***

- Interpretação de uma radiografia ao tórax que demonstre pneumonia, probabilidade de pneumonia ou presença de infiltrado. Se existir uma radiografia mais antiga como termo de comparação, o infiltrado deverá ser recente.
- Aparecimento ou aumento da tosse
- Aparecimento ou aumento da expectoração
- Febre (> 38°C)
- Dor pleurítica no peito
- Auscultação de estertores, roncos, sibilos, respiração brônquica
- Diminuição da respiração ou da frequência respiratória > 25 por minuto
- Agravamento do estado mental ou funcional
- Pneumonia diagnosticada pelo médico assistente (estertores crepitantes durante a auscultação)
- Outra infecção do tracto respiratório inferior diagnosticada pelo médico assistente.

## SINAIS E SINTOMAS DE INFEÇÃO

**INFEÇÃO DO TRACTO GASTRINTESTINAL**

- Diarreia: duas ou mais perdas de fezes aquosas num período de 24 horas
- Vómitos: dois ou mais episódios de vómitos num período de 24 horas
- Resultados positivos para um patogénico (Salmonelas, Shigella, E. coli 0157:H7, Campilobacter, Clostridium difficile) e/ou teste positivo para toxina C. difficile numa cultura de fezes.
- Náuseas
- Dor ou sensibilidade abdominal
- Diagnosticada pelo Médico assistente

**INFEÇÃO DA BOCA, OUIDOS, NARIZ OU OLHOS****Conjuntivite**

- Aparecimento de pus nos olhos nas últimas 24 horas
- Conjuntivite com ou sem comichão ou dor nas últimas 24 horas (olho vermelho)
- Diagnosticada pelo Médico assistente
- Antibiótico em gotas, pomada, etc.

**Otite**

- Aparecimento de exsudado num ou nos dois ouvidos (drenagem não purulenta - deverá estar acompanhada de sintomas adicionais como dor ou rubor nos ouvidos).
- Diagnosticada pelo Médico assistente.

**Infeção Perioral ou da Boca**

- Diagnosticada pelo Médico assistente

**Sinusite**

- Diagnosticada pelo Médico assistente.

**INFEÇÃO SISTÉMICA****Infeção Primária da Corrente Sanguínea**

- Duas ou mais hemoculturas positivas para o mesmo organismo
- Uma hemocultura documentada com um microrganismo considerado não saprófita da pele.
- Febre (> 38°C)
- Aparecimento de hipotermia (< 34.5°C)
- Descida da pressão sanguínea sistólica em > 30 mmHg dos valores normais.
- Agravamento do estado mental ou funcional.
- Diagnosticada pelo Médico assistente

**EPISÓDIO FEBRIL INEXPLICADO**

- Nos registos médicos do residente deverá constar febre (> 38°C) em duas ou mais ocasiões, com intervalo de 12 horas, num período de 3 dias, sem causa infecciosa ou não infecciosa.
- Diagnosticado pelo médico assistente.

- OUTRA**  
*p.f. especifique*