



5340



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

**QUESTIONÁRIO DO RESIDENTE - MÓDULO DAS INFECÇÕES URINÁRIAS**

**IMPORTANTE**

A fim de permitir maior celeridade na sua introdução, estes documentos vão ser submetidos a leitura óptica. Por esse motivo é essencial cumprir os seguintes requisitos:

- o preenchimento deve ser feito preenchendo totalmente o círculo; não é suficiente o sinal de verificação ou um círculo à volta das respostas
- não agrafar nem dobrar os documentos
- evitar alterar as marcas em preto (nos 4 cantos) e o marcador de reconhecimento (canto esquerdo)
- Utilizar apenas maiúsculas

Este inquérito recolhe informação adicional sobre a ocorrência e tratamento das infeções das vias urinárias (IU) nos residentes das UCC. Por favor preencha este questionário para cada residente a receber um antimicrobiano para o tratamento ou prevenção de IU e/ou apresentando sinais/sintomas de IU no dia do estudo.

**NOTA: Este questionário não dispensa o preenchimento do questionário de residente do HALT-2 original.**

NÚMERO DE ESTUDO DA UCC

NÚMERO DE ESTUDO DO RESIDENTE

DIA DO ESTUDO (DD/MM/AA)   -   -

**IMPORTANTE:**  
estes números devem ser idênticos aos do HALT-2

**DADOS ADICIONAIS DO RESIDENTE**

**CATETERIZAÇÃO URINÁRIA NOS ÚLTIMOS SETE DIAS**

- Sem cateterização       Cateterização intermitente       Penrose  
 Catéter urinário permanente       Catéter suprapúbico /cistostomia       Nefrostomia/ureterostomia

NO CASO DE CATETERIZAÇÃO URINÁRIA, RESPONDA DE A - D:

A. DATA DE INSERÇÃO (DD/MM/AA)    -    -     
(se desconhece: digite 99/99/99)

B. DATA DA REMOÇÃO OU ÚLTIMA SUBSTITUIÇÃO (DD/MM/AA)    -    -     
(se desconhece: digite 99/99/99)

C. SISTEMA DE DRENAGEM FECHADO  Sim       Não

(NÃO HÁ DISCONEXÃO ENTRE CATÉTER O SACO PARA DRENAR A URINA)

D. PRINCIPAL MOTIVO DE CATETERIZAÇÃO (ESCOLHA APENAS UMA RESPOSTA)

- Retenção ou obstrução urinária       Incontinência urinária       Gestão de ferida  
 Limitação física /imobilização       Deficiência cognitiva       Conforto do residente  
 Monitorização de fluidos       Doença terminal       Outra

**FACTORES DE RISCO:**

DIABETES MELLITUS  Tipo 1       Tipo 2       Não

DOENÇA NEUROLÓGICA CRÓNICA  Sim  
(AVC, ALZHEIMER, PARKINSON ETC.)  Não

DOENÇA RENAL MODERADA OU GRAVE  Sim  
(TAXA DE FILTRAÇÃO GLOMERULAR (GFR) INFERIOR A 60  Não  
ML/MIN)

INFECÇÕES URINÁRIAS RECORRENTES  Sim  
(2 OU MAIS EVENTOS EM 6 MESES OU 3 OU MAIS NUM ANO)  Não

**NO DIA DO ESTUDO:**

INCONTINÊNCIA  Não       Apenas urinária  
 Apenas fecal       Urinária e fecal

TOMA PRODUTO COM ARANDO  Sim       Não

TOMA SUPLEMENTO VITAMÍNICO  Sim       Não

MULHER FAZ TERAPÊUTICA COM ESTROGÉNIO  Sim       Não



5340

## USO DE ANTIMICROBIANOS NAS INFEÇÕES DAS VIAS URINÁRIAS

	ANTIMICROBIANO 1	ANTIMICROBIANO 2
NOME DO ANTIMICROBIANO (maiúsculas)	_____	_____
DOSE PRESCRITA & N° DE TOMAS DIÁRIAS	_____	_____
UNIDADE	<input type="checkbox"/> gr <input type="checkbox"/> mg <input type="checkbox"/> U.I.	<input type="checkbox"/> gr <input type="checkbox"/> mg <input type="checkbox"/> U.I.
DATA DE INÍCIO	____ - ____ - ____	____ - ____ - ____
DATA DE FIM	____ - ____ - ____	____ - ____ - ____
FREQUÊNCIA DO TRATAMENTO	<input type="checkbox"/> Tratamento único <input type="checkbox"/> Tratamento repetido	<input type="checkbox"/> Tratamento único <input type="checkbox"/> Tratamento repetido
TIPO DE TRATAMENTO	<input type="checkbox"/> Profilático <input type="checkbox"/> Prevenção de IU associada a catéter <input type="checkbox"/> Prevenção de IU recorrente <input type="checkbox"/> Empírico <input type="checkbox"/> Documentado (orientado por resultado de urocultura)	<input type="checkbox"/> Profilático <input type="checkbox"/> Prevenção de IU associada a catéter <input type="checkbox"/> Prevenção de IU recorrente <input type="checkbox"/> Empírico <input type="checkbox"/> Documentado (orientado por resultado de urocultura)
TIPO DE INFEÇÃO  <b>NOTA: EXCLUIR INFEÇÕES GENITAIS</b>	<input type="checkbox"/> IU superior <input type="checkbox"/> Pielonefrite (renal) <input type="checkbox"/> Ureterite (ureter) <input type="checkbox"/> IU inferior <input type="checkbox"/> Cistite (bexiga) <input type="checkbox"/> Uretrite (uretra) <input type="checkbox"/> Não especificado	<input type="checkbox"/> IU superior <input type="checkbox"/> Pielonefrite (renal) <input type="checkbox"/> Ureterite (ureter) <input type="checkbox"/> IU inferior <input type="checkbox"/> Cistite (bexiga) <input type="checkbox"/> Uretrite (uretra) <input type="checkbox"/> Não especificado
O QUE MOTIVOU SUSPEITA DE INFEÇÃO URINÁRIA?	<input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Alteração do estado mental <input type="checkbox"/> Disúria aguda ou dor/hiperestesia aguda <input type="checkbox"/> Alterações na micção (frequência, urgência, incontinência nova ou aumentada) <input type="checkbox"/> Alteração das características da urina (turva, hemática...) <input type="checkbox"/> Urina com mau cheiro ou cheiro forte <input type="checkbox"/> Infecção recorrente ou insucesso da terapêutica inicial da IU	<input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Alteração do estado mental <input type="checkbox"/> Disúria aguda ou dor/hiperestesia aguda <input type="checkbox"/> Alterações na micção (frequência, urgência, incontinência nova ou aumentada) <input type="checkbox"/> Alteração das características da urina (turva, hemática...) <input type="checkbox"/> Urina com mau cheiro ou cheiro forte <input type="checkbox"/> Infecção recorrente ou insucesso da terapêutica inicial da IU
TESTE DE TIRAS & RESULTADO	Resultado do teste de nitratos <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Não efectuado  Resultado do teste da esterase leucocitária <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++ <input type="checkbox"/> Não efectuado	Resultado do teste de nitratos <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Não efectuado  Resultado do teste da esterase leucocitária <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++ <input type="checkbox"/> Não efectuado
MÉTODO DE COLHEITA PARA UROCULTURA	<input type="checkbox"/> Colheita simples / amostra da micção <input type="checkbox"/> Jacto médio <input type="checkbox"/> Algaliação (só para colheita) <input type="checkbox"/> Aspiração Suprapúbica <input type="checkbox"/> Através do catéter permanente <input type="checkbox"/> Através do penrose <input type="checkbox"/> Amostra da fralda ou penso de incontinência	<input type="checkbox"/> Colheita simples / amostra da micção <input type="checkbox"/> Jacto médio <input type="checkbox"/> Algaliação (só para colheita) <input type="checkbox"/> Aspiração suprapúbica <input type="checkbox"/> Através do catéter permanente <input type="checkbox"/> Através do penrose <input type="checkbox"/> Amostra da fralda ou penso de incontinência
CÓDIGO ATC <b>A PREENCHER PELO COORDENADOR NACIONAL</b>	_____	_____



--	--	--	--	--

## SINAIS E SINTOMAS DE UMA INFEÇÃO DAS VIAS URINÁRIAS

Por favor transferir os sinais/sintomas tal como no inquérito do HALT-2 no questionário do residente

Residente SEM catéter urinário

Residente COM catéter urinário

### SINAIS E SINTOMAS

PELO MENOS UM DOS SEGUINTE (1, 2 or 3) CRITÉRIOS:

- (1) Disúria OU dor aguda/edema ou hiperestesia do testículo, epidídimo, ou próstata
- (2) Febre\* OU leucocitose\*\*  
E  
Um ou mais dos seguintes:
- Dor aguda no ângulo costovertebral
  - Dor/hiperestesia suprapúbica
  - Hematúria macroscópica
  - Aparecimento ou aumento da frequência da micção
  - Aparecimento ou aumento da urgência da micção
  - Aparecimento ou aumento da incontinência
- (3) Dois ou mais (na ausência de febre ou leucocitose):
- Frequência (nova/aumento)
  - Dor suprapúbica
  - Hematúria macroscópica
  - Urgência (nova/aumento)
  - Incontinência (nova/aumento)

### SINAIS E SINTOMAS

PELO MENOS UM DOS SEGUINTE (1, 2, 3 or 4) CRITÉRIOS:

- (1) Febre\*, arrepios, OU nova hipotensão na ausência de infeção noutra local
- (2) Alteração aguda do estado mental § OU declínio funcional agudo§§ sem outro diagnóstico E leucocitose\*\*
- (3) Nova dor suprapúbica ou dor/hiperestesia do ângulo costovertebral
- (4) Secreção purulenta à volta do catéter ou dor aguda/edema ou hiperestesia do testículo, epidídimo, ou próstata

### CULTURA DE URINA

- Não foi feita, é negativa ou não sabe o resultado
- Foi feita cultura E:
- Pelo menos  $10^5$  cfu/ml de não mais de 2 espécies de microrganismos na amostra de jacto médio OU
  - Pelo menos  $10^2$  cfu/ml de qualquer número de microrganismos numa amostra colhida com algália

### CULTURA DE URINA

- Não foi feita, é negativa ou não sabe o resultado
- Foi feita cultura E:  
Pelo menos  $10^5$  cfu/ml de não mais de 2 espécies de microrganismos na amostra obtida do catéter urinário

### CONFIRMAÇÃO DE PRESENÇA DE INFEÇÃO

- Sinais e sintomas E cultura urinária positiva: INFEÇÃO CONFIRMADA
- Sinais e sintomas E cultura não feita, negativa ou desconhece resultados: INFEÇÃO PROVÁVEL

O RESIDENTE AINDA APRESENTA ESTES SINAIS/SINTOMAS NO DIA DO ESTUDO?

- Sim
- Não, o residente apresentava estes sinais/sintomas no passado, mas ele/ela ainda está a fazer tratamento para essa infeção urinária

A INFEÇÃO URINÁRIA FOI DIAGNOSTICADA PELO MÉDICO ASSISTENTE?

- Sim  Não