

## Infeções Associadas a Cuidados de Saúde e Uso de Antimicrobianos nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados (HALT-2)

### QUESTIONÁRIO DO RESIDENTE

#### DADOS DO RESIDENTE

GÉNERO	<input type="checkbox"/> <i>Masculino</i>	<input type="checkbox"/> <i>Feminino</i>				
ANO DE NASCIMENTO	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> (ano)					
DURAÇÃO DA ESTADIA NA UCCI	<input type="checkbox"/> <i>Menos de um ano</i>	<input type="checkbox"/> <i>Um ano ou mais</i>				
ADMISSÃO NO HOSPITAL NOS ÚLTIMOS 3 MESES	<input type="checkbox"/> <i>Sim</i>	<input type="checkbox"/> <i>Não</i>				
CIRURGIA NOS 30 DIAS ANTERIORES	<input type="checkbox"/> <i>Sim</i>	<input type="checkbox"/> <i>Não</i>				
<b>PRESENÇA DE:</b>						
CATÉTER URINÁRIO	<input type="checkbox"/> <i>Sim</i>	<input type="checkbox"/> <i>Não</i>				
CATÉTER VASCULAR	<input type="checkbox"/> <i>Sim</i>	<input type="checkbox"/> <i>Não</i>				
INCONTINÊNCIA (URINÁRIA E/OU FECAL)	<input type="checkbox"/> <i>Sim</i>	<input type="checkbox"/> <i>Não</i>				
FERIDAS						
- ÚLCERAS DE PRESSÃO	<input type="checkbox"/> <i>Sim</i>	<input type="checkbox"/> <i>Não</i>				
- OUTRAS FERIDAS	<input type="checkbox"/> <i>Sim</i>	<input type="checkbox"/> <i>Não</i>				
DISORIENTAÇÃO (TEMPO E/OU ESPAÇO)	<input type="checkbox"/> <i>Sim</i>	<input type="checkbox"/> <i>Não</i>				
MOBILIDADE	<input type="checkbox"/> <i>Ambulante</i>	<input type="checkbox"/> <i>Cadeira de rodas</i> <input type="checkbox"/> <i>Acamado</i>				

#### **No dia do estudo o residente:**

- RECEBE TERAPÊUTICA ANTIMICROBIANA** → **PREENCHER PÁGINA 2 DESTE QUESTIONÁRIO**  
*Inclui: (i) Residentes com antimicrobianos profiláticos*  
**OU** (ii) Residentes com antibióticos com fins terapêuticos (se tiverem sido iniciados antes da admissão não devem ser registados sinais ou sintomas)
- APRESENTA SINAIS/SINTOMAS DE INFEÇÃO** → **PREENCHER PÁGINA 3 A 6 DESTE QUESTIONÁRIO**  
*Sinais/sintomas que não estavam presentes ou em incubação na admissão E doentes sem antibióticos*
- AMBOS: USO DE ANTIBIÓTICOS E SINAIS/SINTOMAS (s/s) DE INFEÇÃO** → **PREENCHER TODAS AS PÁGINAS**  
*inclui: (i) Residentes com s/s E a fazer antibióticos no dia do estudo (quer para tratamento de uma Infeção quer não)*  
**OU** (ii) Residentes cujos s/s já não estão presentes mas ainda estão a tomar antimicrobianos para essa infeção

#### **Observação importante:**

Por favor escreva o nº **do residente no canto superior direito da cada uma das páginas** seguintes a fim de manter juntos os dados de cada residente.

**DADOS REFERENTES À PRESCRIÇÃO DE ANTIMICROBIANOS**

DADOS REFERENTES À PRESCRIÇÃO DE ANTIMICROBIANOS				
	ANTIMICROBIANO 1	ANTIMICROBIANO 2	ANTIMICROBIANO 3	ANTIMICROBIANO 4
NOME DO ANTIMICROBIANO (MAIÚSCULAS)	.....	.....	.....	.....
VIA DE ADMINISTRAÇÃO	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Parentérica (IM, IV ou SC) <input type="checkbox"/> Outra	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Parentérica (IM, IV ou SC) <input type="checkbox"/> Outra	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Parentérica (IM, IV ou SC) <input type="checkbox"/> Outra	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Parentérica (IM, IV ou SC) <input type="checkbox"/> Outra
INDICADA DATA DE FIM/REVISÃO DO TRATAMENTO?	<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 INDICAÇÃO	<input type="checkbox"/> Profilática <input type="checkbox"/> Terapêutica	<input type="checkbox"/> Profilática <input type="checkbox"/> Terapêutica	<input type="checkbox"/> Profilática <input type="checkbox"/> Terapêutica	<input type="checkbox"/> Profilática <input type="checkbox"/> Terapêutica
INDICAÇÃO DA PRESCRIÇÃO	<input type="checkbox"/> Vias Urinárias <input type="checkbox"/> Via Genital <input type="checkbox"/> Pele ou ferida <input type="checkbox"/> Via Respiratória <input type="checkbox"/> Gastrointestinal <input type="checkbox"/> Ocular <input type="checkbox"/> ORL <input type="checkbox"/> Infecção sistêmica <input type="checkbox"/> Febre inexplicada <input type="checkbox"/> Outra (especificar) ..... .....	<input type="checkbox"/> Vias Urinárias <input type="checkbox"/> Via Genital <input type="checkbox"/> Pele ou ferida <input type="checkbox"/> Via Respiratória <input type="checkbox"/> Gastrointestinal <input type="checkbox"/> Ocular <input type="checkbox"/> ORL <input type="checkbox"/> Infecção sistêmica <input type="checkbox"/> Febre inexplicada <input type="checkbox"/> Outra (especificar) ..... .....	<input type="checkbox"/> Vias Urinárias <input type="checkbox"/> Via Genital <input type="checkbox"/> Pele ou ferida <input type="checkbox"/> Via Respiratória <input type="checkbox"/> Gastrointestinal <input type="checkbox"/> Ocular <input type="checkbox"/> ORL <input type="checkbox"/> Infecção sistêmica <input type="checkbox"/> Febre inexplicada <input type="checkbox"/> Outra (especificar) ..... .....	<input type="checkbox"/> Vias Urinárias <input type="checkbox"/> Via Genital <input type="checkbox"/> Pele ou ferida <input type="checkbox"/> Via Respiratória <input type="checkbox"/> Gastrointestinal <input type="checkbox"/> Ocular <input type="checkbox"/> ORL <input type="checkbox"/> Infecção sistêmica <input type="checkbox"/> Febre inexplicada <input type="checkbox"/> Outra (especificar) ..... .....
ONDE PRESCRITO?	<input type="checkbox"/> Na UCCI <input type="checkbox"/> No Hospital <input type="checkbox"/> Noutro local	<input type="checkbox"/> Na UCCI <input type="checkbox"/> No Hospital <input type="checkbox"/> Noutro local	<input type="checkbox"/> Na UCCI <input type="checkbox"/> No Hospital <input type="checkbox"/> Noutro local	<input type="checkbox"/> Na UCCI <input type="checkbox"/> No Hospital <input type="checkbox"/> Noutro local
QUEM PRESCREVEU?	<input type="checkbox"/> Clínico Geral <input type="checkbox"/> Médico da UCCI <input type="checkbox"/> Especialista <input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Clínico Geral <input type="checkbox"/> Médico da UCCI <input type="checkbox"/> Especialista <input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Clínico Geral <input type="checkbox"/> Médico da UCCI <input type="checkbox"/> Especialista <input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Clínico Geral <input type="checkbox"/> Médico da UCCI <input type="checkbox"/> Especialista <input type="checkbox"/> Outro
PARA IVU: FOI FEITO TESTE DE TIRA REAGENTES?	<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
FOI FEITA COLHEITA PARA ESTUDO MICRO?	<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

**MICROORGANISMOS ISOLADOS (se foi feita cultura)**

NOME DO MICROORGANISMO  (por favor use lista de códigos)	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _
	2	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _
	3	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _
EM CASO DE ACIBAU, CIT***, ENB***, ENC***, ESCCOL, KLE***, MOGSPP, PRT***, PSEAER, SER***, STAAUR					
RESISTÊNCIA ANTIMICROBIANA  (ver lista de códigos)	1	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> ?
	2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> ?
	3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> ?

## SINAIS E SINTOMAS DE UMA INFEÇÃO

### OBSERVAÇÃO IMPORTANTE:

Todas as IACS em fase **ativa no dia do estudo** devem ser reportadas. Considera-se uma IACS como **ativa** quando os sinais e sintomas de infeção estão presentes no dia do estudo ou os sinais e sintomas estiveram presentes anteriormente e o residente ainda está a receber tratamento para essa infeção no dia do estudo. A presença de sinais e sintomas deve ser verificada até pelo menos duas semanas anteriores ao dia do estudo a fim de se determinar se o tratamento corresponde à definição de IACS.

Os sinais/sintomas não serão registados na aplicação. Apenas se regista as conclusões inscritas nas caixas em barras cinzentas.

- \* **Febre:** 1) um registo > 37.8°C oral/timpanico ou 2) registos repetidos > 37.2°C oral ou > 37.5°C rectal ou 3) > 1.1°C superior ao habitual De qualquer local (oral, timpanico, axilar)
- \*\* **Leucocitose:** 1) Neutrofilia > 14,000 leucocitos/mm<sup>3</sup> ou 2) desvio à esquerda (>6% bastonetes ou ≥ 1500 bastonetes/mm<sup>3</sup>)
- § **Alteração aguda no estado mental:** Início agudo + curso fluctuante + perda de atenção E pensamento desorganizado OU nível de consciência alterado
- §§ **Declínio funcional agudo:** Novo aumento na pontuação total ADL em 3 pontos (escala 0-28) com base em 7 ADL itens (Mobilidade na cama, transfer, locomoção, vestir, uso do WC, higiene pessoal, comer) cada um pontuado de 0 (independente) -4 (dependência total) Ou aumento de dependência definida por outro tipo de escala

### INFEÇÕES DAS VIAS URINÁRIAS

<input type="checkbox"/> Residente <u>SEM</u> cateter urinário	<input type="checkbox"/> Residente <u>COM</u> cateter urinário						
<p><u>SINAIS E SINTOMAS</u></p> <p>PELO MENOS <b>UM</b> DOS SEGUINTE (①, ② <u>ou</u> ③) CRITÉRIOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> ① Disúria <u>OU</u> dor aguda/edema ou hiperestesia do testículo, epidídimo, ou próstata</li> <li><input type="checkbox"/> ② Febre* <u>OU</u> leucocitose**</li> </ul> <p style="text-align: center;">E</p> <p><u>Um ou mais dos seguintes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Dor aguda no ângulo costovertebral</li> <li><input type="checkbox"/> Dor/hiperestesia suprapúbica</li> <li><input type="checkbox"/> Hematúria macroscópica</li> <li><input type="checkbox"/> Aparecimento ou aumento da frequência da micção</li> <li><input type="checkbox"/> Aparecimento ou aumento da urgência da micção</li> <li><input type="checkbox"/> Aparecimento ou aumento da incontinência</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> ③ Dois ou mais (na ausência de febre ou leucocitose):           <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Frequência (nova/aumento)</td> <td><input type="checkbox"/> Dor Suprapúbica</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Urgência (nova/aumento)</td> <td><input type="checkbox"/> Hematúria macro</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Incontinência (nova/aumento)</td> <td></td> </tr> </table> </li> </ul>	<input type="checkbox"/> Frequência (nova/aumento)	<input type="checkbox"/> Dor Suprapúbica	<input type="checkbox"/> Urgência (nova/aumento)	<input type="checkbox"/> Hematúria macro	<input type="checkbox"/> Incontinência (nova/aumento)		<p><u>SINAIS E SINTOMAS</u></p> <p>PELO MENOS <b>UM</b> DOS SEGUINTE (①, ②, ③ <u>or</u> ④) CRITÉRIOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> ① Febre*, arrepios, <u>OU</u> nova hipotensão na ausência de infeção noutra local</li> <li><input type="checkbox"/> ② Alteração aguda do estado mental § <u>OU</u> declínio funcional agudo §§ sem outro diagnóstico E leucocitose**</li> <li><input type="checkbox"/> ③ Nova dor suprapúbica ou dor/hiperestesia do ângulo costovertebral</li> <li><input type="checkbox"/> ④ Secreção purulenta à volta do cateter ou dor aguda/edema ou hiperestesia do testículo, epidídimo, ou próstata</li> </ul>
<input type="checkbox"/> Frequência (nova/aumento)	<input type="checkbox"/> Dor Suprapúbica						
<input type="checkbox"/> Urgência (nova/aumento)	<input type="checkbox"/> Hematúria macro						
<input type="checkbox"/> Incontinência (nova/aumento)							
<p><u>CULTURA DE URINA</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Não foi feita, é negativa ou não sabe o resultado</li> <li><input type="checkbox"/> Foi feita cultura E:           <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Pelo menos 10<sup>5</sup> cfu/ml de não mais de 2 espécies de microrganismos na amostra de jacto médio</li> </ul> </li> </ul> <p style="text-align: center;"><u>OU</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Pelo menos 10<sup>2</sup> cfu/ml de qualquer número de microrganismos numa amostra colhida com algália</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <u>CULTURA DE URINA</u> Não foi feita, é negativa ou não sabe o resultado</li> <li><input type="checkbox"/> Foi feita cultura E:           <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Pelo menos 10<sup>5</sup> cfu/ml de não mais de 2 espécies de microrganismos na amostra obtida do catéter urinário</li> </ul> </li> </ul>						
<p><u>CONFIRMAÇÃO DE PRESENÇA DE INFEÇÃO</u></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sinais e sintomas <u>E</u> cultura urinária positiva:</td> <td style="text-align: right;"><b>INFEÇÃO CONFIRMADA</b></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sinais e sintomas <u>E</u> cultura não feita, negativa ou desconhece resultados:</td> <td style="text-align: right;"><b>INFEÇÃO PROVÁVEL</b></td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Sinais e sintomas <u>E</u> cultura urinária positiva:	<b>INFEÇÃO CONFIRMADA</b>	<input type="checkbox"/> Sinais e sintomas <u>E</u> cultura não feita, negativa ou desconhece resultados:	<b>INFEÇÃO PROVÁVEL</b>		
<input type="checkbox"/> Sinais e sintomas <u>E</u> cultura urinária positiva:	<b>INFEÇÃO CONFIRMADA</b>						
<input type="checkbox"/> Sinais e sintomas <u>E</u> cultura não feita, negativa ou desconhece resultados:	<b>INFEÇÃO PROVÁVEL</b>						
<p>RESULTADO DA TIRA DE REAGENTE (nitritos e/ou leucocitos) <span style="float: right;"> <input type="checkbox"/> Negativa   <input type="checkbox"/> Positiva   <input type="checkbox"/> Não foi feita         </span></p>							

## INFEÇÕES DAS VIAS RESPIRATÓRIAS

### SÍNDROME GRIPAL COMUM OU FARINGITE

PELO MENOS **DOIS** DOS SEGUINTE CRITÉRIOS:

- 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)

#### CONFIRMAÇÃO DE PRESENÇA DE INFEÇÃO

- Critérios verificados: **INFEÇÃO CONFIRMADA**

### GRUPE *diagnóstico pode ser feito for a da época da gripe*

**AMBOS** OS CRITÉRIOS DEVEM SER VERIFICADOS:

- Febre (*ver definição na pg. 3*)
- E
- Pelo menos **três** dos seguintes:
  - Arrepios
  - Aparecimento de dor de cabeça ou nos olhos
  - Mialgias dores no corpo
  - Mal-estar ou perda de apetite
  - Dor de garganta
  - Aparecimento ou aumento de tosse seca

#### CONFIRMAÇÃO DE PRESENÇA DE INFEÇÃO

- Critérios verificados: **INFEÇÃO CONFIRMADA**

### INFEÇÃO DE VIA RESPIRATÓRIA INFERIOR

- Residente **com** RaioX do torax POSITIVO para pneumonia ou com um novo infiltrado

- Resident **sem** RaioX do torax POSITIVO para pneumonia ou com um novo infiltrado OU não foi feito RaioX

#### SINAIS E SINTOMAS

**AMBOS** OS SEGUINTE CRITÉRIOS DEVEM SER VERIFICADOS:

- Pelo menos **um** dos sinais ou sintomas respiratórios:
  - Aparecimento ou aumento de tosse
  - Aparecimento ou aumento de expetoração
  - Saturação de O<sub>2</sub> < 94% ou redução >3% do valor basal
  - Exame pulmonar anormal (novo ou alterado)
  - Dor pleurítica no peito
  - Frequência respiratória ≥ 25/min
- E
- Um ou mais sinais/sintomas constitucionais (febre, leucocitose, confusão, declínio funcional agudo; *ver definições na pg. 3*)

#### SINAIS E SINTOMAS

**AMBOS** OS SEGUINTE CRITÉRIOS DEVEM SER VERIFICADOS:

- Pelo menos **dois** dos sinais ou sintomas respiratórios:
  - Aparecimento ou aumento de tosse
  - Aparecimento ou aumento de expetoração
  - Saturação de O<sub>2</sub> < 94% ou redução >3% do valor basal
  - Exame pulmonar anormal (novo ou alterado)
  - Dor pleurítica no peito
  - Frequência respiratória ≥ 25/min
- E
- Um ou mais sinais/sintomas constitucionais (febre, leucocitose, confusão, declínio funcional agudo; *ver definições na pg. 3*)

**Não existem outras situações clínicas como insuficiência cardíaca crónica que possam justificar os sintomas**

#### CONFIRMAÇÃO DE PRESENÇA DE INFEÇÃO

- Verificam-se sinais/sintomas E RaioX torax positivo: **PNEUMONIA CONFIRMADA**

#### CONFIRMAÇÃO DE PRESENÇA DE INFEÇÃO

- Verificados critérios: **CONFIRMADA OUTRA INFEÇÃO DA VIA RESPIRATÓRIA INFERIOR**

## INFEÇÕES CUTÂNEAS

### CELULITE/TECIDOS MOLES/FERIDAS

DEVE SER VERIFICADO **UM** DOS SEGUINTE (① ou ②) CRITÉRIOS:

- ① Pus na ferida, pele, ou tecidos moles
- ② Quatro ou mais novos ou agravados sinais /sintoma no local afetado:
  - Calor
  - Hiperestesia ou dor
  - Rubor
  - Drenagem serosa
  - Edema
  - Um sinal/sintoma constitucional (febre, leucocitose, confusão, declínio funcional agudo)

#### CONFIRMAÇÃO DE PRESENÇA DE INFEÇÃO

- Critérios verificados: **INFEÇÃO CONFIRMADA**
- USO DE ANTIBIÓTICO
- AB tópico usado para tratamento (p. ex. pomada)

### INFEÇÃO POR HERPES SIMPLEX OR ZOSTER

**AMBOS** OS SEGUINTE CRITÉRIOS SÃO VERIFICADOS:

- Uma erupção vesicular
- E**
- Diagnóstico do médico ou confirmação laboratorial

#### CONFIRMAÇÃO DE PRESENÇA DE INFEÇÃO

- Critérios verificados: **INFEÇÃO CONFIRMADA**

### SARNA

VERIFICAM-SE **AMBOS** DOS SEGUINTE CRITÉRIOS:

- Erupção maculopapular e/ou pruriginosa
- E**
- Pelo menos **um** dos seguintes:
  - Diagnóstico feito pelo médico
  - Confirmação laboratorial (raspagem ou biópsia positivas)
  - Exposição epidemiológica a caso de sarna com confirmação laboratorial

#### CONFIRMAÇÃO DE PRESENÇA DE INFEÇÃO

- Critérios verificados: **INFEÇÃO CONFIRMADA**

### INFEÇÃO FÚNGICA

**AMBOS** OS SEGUINTE CRITÉRIOS SÃO VERIFICADOS:

- Lesões cutâneas ou erupção característica
- E**
- Diagnóstico do médico ou confirmação de fungo na raspagem ou biópsia

#### CONFIRMAÇÃO DE PRESENÇA DE INFEÇÃO

- Critérios verificados: **INFEÇÃO CONFIRMADA**

## INFEÇÕES GASTRINTESTINAIS

### GASTRENERITE

VERIFICA-SE **UM** DOS SEGUINTE (①, ② ou ③) CRITÉRIOS:

- ① Diarreia, três ou mais dejeções líquidas ou aquosas acima do habitual para o residente num período de 24-hr
- ② Vômitos, dois ou mais episódio num período de 24h
- ③ **Ambos** os seguintes
  - Amostra fecal positiva para um agente bacteriano ou viral
- E**
- Pelo menos um dos seguintes: náuseas, vômitos, dor ou hiperestesia abdominal, diarreia

#### CONFIRMAÇÃO DE PRESENÇA DE INFEÇÃO

- Critérios verificados: **INFEÇÃO CONFIRMADA**

### INFEÇÃO POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE

VERIFICAM-SE **AMBOS** DOS SEGUINTE CRITÉRIOS:

- Pelo menos **um** dos seguintes: diarreia, (três ou mais dejeções líquidas ou aquosas acima do habitual para o residente num período de 24-hr)
- OU presença de megacolon tóxico no RaioX
- E**
- Pelo menos **um** dos seguintes:
  - Amostra fecal positiva para toxina A ou B, ou cultura ou PCR positivas para C. diff.
  - Colite pseudomembranosa observada na endoscopia, cirurgia ou biópsia

#### CONFIRMAÇÃO DE PRESENÇA DE INFEÇÃO

- Verificados critérios de sinais/sintomas + teste positivo OU colite pseudomembranosa: **INFEÇÃO CONFIRMADA**

## INFEÇÃO OCULAR, OUVIDO, NASAL E ORAL

### CONJUNCTIVITE

DEVE VERIFICAR-SE **UM** DOS SEGUINTE (①, ② ou ③) CRITÉRIOS:

- ① Pus em um ou ambos os olhos, presente há pelo menos 24 horas
- ② Aparecimento ou agravamento de eritema conjuntival, com ou sem prurido
- ③ Aparecimento ou agravamento de dor conjuntival, presente há pelo menos 24 horas

Deve ser excluída a alergia ou trauma da conjuntiva como causa dos sintomas

#### CONFIRMAÇÃO DE PRESENÇA DE INFEÇÃO

Critérios verificados: **INFEÇÃO CONFIRMADA**

#### USO DE ANTIBIÓTICOS

AB tópico utilizado para tratamento (e.g. pomada)

### SINUSITE

Sinusite diagnosticada pelo médico

#### CONFIRMAÇÃO DE PRESENÇA DE INFEÇÃO

Critérios verificados: **INFEÇÃO CONFIRMADA**

### OUVIDO

DEVE VERIFICAR-SE **UM** DOS SEGUINTE (① ou ②) CRITÉRIOS:

- ① Diagnóstico do médico
- ② Aparecimento de drenagem de um ou ambos os ouvidos (se não for purulenta deve ser acompanhada de sintomas adicionais como dor ou rubor no ouvido)

#### CONFIRMAÇÃO DE PRESENÇA DE INFEÇÃO

Critérios verificados: **INFEÇÃO CONFIRMADA**

### CANDIDÍASE ORAL

VERIFICAM-SE **AMBOS** DOS SEGUINTE CRITÉRIOS:

- Presença de placas brancas sobre mucosa oral inflamada ou não
- E**
- Diagnóstico feito pelo médico ou dentista

#### CONFIRMAÇÃO DE PRESENÇA DE INFEÇÃO

Critérios verificados: **INFEÇÃO CONFIRMADA**

## INFEÇÕES DA CORRENTE SANGUÍNEA

DEVE VERIFICAR-SE **UM** (① ou ②) DOS SEGUINTE CRITÉRIOS:

- ① Duas ou mais hemoculturas positivas para o mesmo microrganismo
- ② Apenas uma hemocultura positiva para um microrganismo não considerado contaminante

**E**

Pelo menos **um** dos seguintes:

- Febre (ver definição na pg. 3)
- Nova hipotermia (<34.5° C, ou não consegue registo no termómetro utilizado)
- Queda na pressão sistólica basal de >30 mm Hg

#### CONFIRMAÇÃO DE PRESENÇA DE INFEÇÃO

Critérios verificados: **INFEÇÃO CONFIRMADA**

## EPISÓDIO FEBRIL INEXPLICADO

- Deve haver registo no processo do residente de febre (ver definição na pg. 3) em duas ou mais ocasiões em intervalos superiores a 12 horas e num período de 3 dias, sem qualquer outra causa infecciosa ou não infecciosa

#### CONFIRMAÇÃO DE PRESENÇA DE INFEÇÃO

Critérios verificados: **INFEÇÃO CONFIRMADA**

### OUTRA INFEÇÃO

POR FAVOR ESPECIFIQUE: