

INQUÉRITO NACIONAL DE PREVALÊNCIA - ANO 2009

*Código Entrevistador Data do Estudo: / 03 / 2009

*Nº Ficha: Nº Formulário digital

Serviço/Unidade: _____

*Cama: Género: Masculino Feminino

Data de Nascimento: /

Data da Admissão no Hospital: /

Data da Admissão no Serviço: /

Proveniência do doente:

Outro Serviço Outro Hospital UCCI Lar

Domicílio Outro: _____

* Nº Processo

Diagnóstico Principal: Código ICD-9 _____

FACTORES DE RISCO INTRÍNSECO

Imunodeficiência por: Tumor Sólido Linfoma Leucemia
 SIDA VIH+ c/ contagem de CD4 ≤ 500
 Outros _____

Neutropénia: N.º de neutrófilos < 1000/mm³ * < 500/mm³

FACTORES DE RISCO EXTRÍNSECO

	Dia do IPI		4 DIAS ANTES	
	Sim	Não	Sim	Não
1. Catéter Urinário:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Circuito Fechado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Circuito Aberto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Catéter Vascular Periférico:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Catéter Vascular Central (CVC):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Alimentação Parentérica:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Alimentação Entérica:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ventilação Assistida Invasiva:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Terapêutica Imunossupressora:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AVALIAÇÃO DE RISCO DE BASE

(preencher só RN até 1 mês)

Peso (gramas)

Idade gestação (semanas)

ANTIMICROBIANOS

Antibiótico 1 _____ Indicação

Antibiótico 2 _____ Indicação

Antibiótico 3 _____ Indicação

Antibiótico 4 _____ Indicação

CIRURGIA

Sim Não

Data da intervenção cirúrgica: / /

Procedimentos NNIS: ASA: Duração (minutos):

Classe ferida Cirúrgica: (limpa=1; limpa-contaminada=2; contaminada=3; suja=4)

Electiva: Sim Não Endoscópica: Sim Não

INFECÇÕES ACTIVAS

INFECÇÃO 1 Local: Nosocomial Comunidade

Data início: / / Cultura:

(pos. = 1; neg. = 2; não efect.^a = 3; Outro teste = 4)

Microorganismo 1 _____ Resist.

Microorganismo 2 _____ Resist.

Microorganismo 3 _____ Resist.

INFECÇÃO 2 Local: Nosocomial Comunidade

Data início: / / Cultura:

Microorganismo 1 _____ Resist.

Microorganismo 2 _____ Resist.

Microorganismo 3 _____ Resist.

INFECÇÃO 3 Local: Nosocomial Comunidade

Data início: / / Cultura:

Microorganismo 1 _____ Resist.

Microorganismo 2 _____ Resist.

Microorganismo 3 _____ Resist.

INFECÇÃO 4 Local: Nosocomial Comunidade

Data início: / / Cultura:

Microorganismo 1 _____ Resist.

Microorganismo 2 _____ Resist.

Microorganismo 3 _____ Resist.