

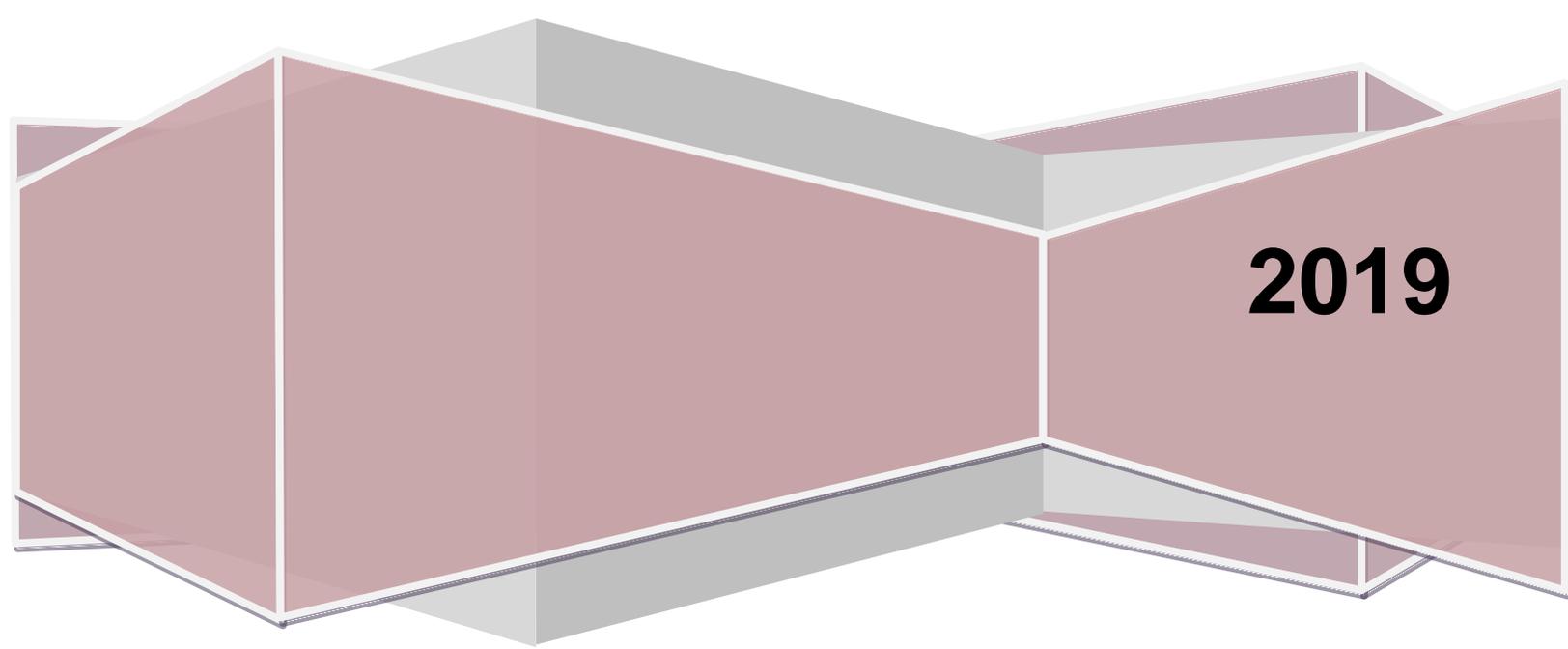


SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS - CCD
CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA "PROF. ALEXANDRE VRANJAC"
DIVISÃO DE INFECÇÃO HOSPITALAR

MANUAL DE ORIENTAÇÕES E CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

HOSPITAL GERAL

SISTEMA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DAS INFECÇÕES HOSPITALARES DO ESTADO DE SÃO PAULO



2019

ÍNDICE

ASSUNTO	Pág.
1. Critérios Diagnósticos para Infecção Hospitalar em Hospital Geral	04
2. Instruções para o preenchimento do instrumento de coleta de dados de infecção hospitalar	18
2.1. Orientações Gerais	18
2.2. Arquivo “Hospital Geral”	20
Anexo 1 – Modelo de planilha para coleta de dados em UTI Adulto, Unidade Coronariana e UTI Pediátrica.	42
Anexo 2 – Modelo de planilha para coleta de dados em UTI Neonatal	43

QUADROS	Pág.
Quadro 1. Critérios diagnósticos de Infecção de Sítio Cirúrgico (ISC)	04
Quadro 2. Procedimentos cirúrgicos com vigilância de ISC por até 30 e 90 dias	06
Quadro 3. Descrição e Sigla de Sítios Específicos de ISC/ORGÃO-ESPAÇO	06
Quadro 4. Pneumonia definida clinicamente	08
Quadro 5. Pneumonia definida microbiologicamente	09
Quadro 6. Pneumonia em paciente imunodeprimidos	10
Quadro 7. Pneumonia em crianças: > 4 semanas e ≤ 1 ano de idade e > 1 ano e < 12 anos	11
Quadro 8. Pneumonia no período neonatal (recém-nascido até 28 dias)	11
Quadro 9A: Critérios diagnósticos de Infecção Primária de Corrente Sanguínea (IPCS) com confirmação laboratorial	13
Quadro 9B: Critérios diagnósticos de Infecção Primária de Corrente Sanguínea (IPCS) sem confirmação laboratorial (clínica)	14
Quadro 10A. Critérios diagnósticos de Infecção Primária de Corrente Sanguínea (IPCS) – NEONATOS (recém-nascidos até 28 dias) com confirmação laboratorial	15
Quadro 10B - Critérios diagnósticos de Infecção Primária de Corrente Sanguínea (IPCS) – NEONATOS (recém-nascidos até 28 dias) clínica	16
Quadro 11. Critérios diagnósticos de Infecção do Trato Urinário (ITU) - Sintomática	17
Quadro 12. Especialidade cirúrgica e código de especialidade	23
Quadro 13. Exemplos de cirurgias limpas por especialidade cirúrgica	24
Quadro 14. Procedimentos cirúrgicos selecionados e critérios para notificação	26
Quadro 15. Exemplo de cálculo de pacientes-dia/procedimento-dia – UTI Adulto/UCO/ Pediátrica	29
Quadro 16. Ações Preventivas de Práticas de Inserção de CVC	30
Quadro 17. Exemplo de cálculo de pacientes-dia/procedimento-dia– UTI Neonatal	32

ORIENTAÇÕES E CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA HOSPITAL GERAL

1. CRITÉRIOS PARA O DIAGNÓSTICO DAS INFECÇÕES HOSPITALARES EM HOSPITAL GERAL

As definições aqui apresentadas são baseadas nas recomendações da ANVISA atualizadas em 2013/2017 e do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) atualizadas em janeiro de 2019.

QUADRO 1 - Critérios diagnósticos de Infecção de Sítio Cirúrgico (ISC)		
Incisional Superficial ISC - IS	Ocorre nos primeiros 30 dias após a cirurgia e envolve apenas pele e subcutâneo.	Com pelo menos um dos seguintes: a) Drenagem purulenta da incisão superficial; b) Cultura positiva de secreção ou tecido da incisão superficial, obtido assepticamente (não são considerados resultados de culturas colhidas por swab); c) A incisão superficial é deliberadamente aberta pelo cirurgião, médico assistente ou outro médico designado E cultura não foi realizada E paciente apresenta pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas: dor localizada ou aumento da sensibilidade, edema local, hiperemia ou calor d) Diagnóstico de infecção superficial pelo cirurgião ou médico assistente ou outro médico designado
<p>Obs: As situações abaixo não devem ser consideradas como critérios para ISC - IS:</p> <ol style="list-style-type: none"> O diagnóstico/tratamento de celulite (vermelhidão/calor/inchaço), por si só, não atende ao critério "d" para ISC – IS. Entretanto, uma incisão que é drenada ou com microrganismo identificado em cultura ou por método molecular de diagnóstico microbiológico não é considerada uma celulite. Abcesso de ponto isolado (inflamação mínima e descarga confinada aos pontos de penetração de sutura). Local de inserção de trocâter laparoscópico não é considerado uma ferida cirúrgica. A circuncisão não é um procedimento cirúrgico. Sítio de circuncisão infectado em recém-nascidos é classificado como outras infecções e não é uma ISC Ferida de queimadura infectada é classificada como INFECÇÃO DE FERIDA EM PACIENTE QUEIMADO e não é uma ISC. 		
Incisional Profunda ISC – IP	Ocorre nos primeiros 30 ou 90 dias (VER QUADRO 2) após a cirurgia, e envolve tecidos moles profundos à incisão (ex: fáscia e/ou músculos)	Com pelo menos um dos seguintes: a) Drenagem purulenta da incisão profunda, mas não de órgão/cavidade; b) Deiscência de sutura ou abertura ou aspiração da ferida pelo cirurgião, médico assistente ou outro médico designado E cultura positiva ou não realizada E paciente apresenta pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas: febre >38°C, dor ou aumento da sensibilidade local; c) Presença de abscesso ou outra evidência que a infecção envolva os planos profundos da ferida identificados em exame clínico,

<p>Orgão / Espaço</p> <p>ISC – OE</p>	<p>Ocorre nos primeiros 30 ou 90 dias (VER QUADRO 2) após a cirurgia, e envolve qualquer órgão ou espaço que tenha sido aberta ou manipulada durante a cirurgia (mais profundo que fásia e músculo).</p>	<p>histocitopatológico ou exame de imagem.</p> <p>Com pelo menos um dos seguintes:</p> <p>a) Drenagem purulenta de um dreno inserido em órgão / espaço (por exemplo, sistema de drenagem de sucção fechado, drenagem aberta, drenagem em tubo T, drenagem guiada por tomografia)</p> <p>b) Cultura positiva de secreção ou tecido de órgão/espaço obtido assepticamente;</p> <p>c) Presença de abscesso ou outra evidência que a infecção envolva os planos profundos da ferida identificados em reoperação, exame clínico, histocitopatológico ou exame de imagem.</p> <p>E</p> <p>Atende pelo menos um dos critérios definidores de infecção em um sítio específico de ISC/OE (VER QUADRO 3) (Para definições ver manual ANVISA/ CDC)</p>
<p>Observações:</p> <p>1. Caso a infecção envolva mais de um plano anatômico, notifique apenas o sítio de maior profundidade.</p> <p>2. Considera-se prótese todo corpo estranho implantável não derivado de tecido humano (ex: válvula cardíaca protética, transplante vascular não humano, coração mecânico ou prótese de quadril ou joelho), exceto drenos cirúrgicos.</p> <p>3. Data da infecção=data procedimento cirúrgico</p> <p>4. Informações adicionais sobre a utilização destes critérios encontram-se no documento disponível no Manual de Infecção de Sítio Cirúrgico ANVISA e CDC</p>		

QUADRO 2 – Procedimentos cirúrgicos com diagnóstico de ISC Incisional Profunda – IP e Órgão/Espaço-OE com vigilância por até 30 dias

- Cirurgias do fígado, pâncreas e vias biliares
- Fístula para Diálise
- Cirurgias gástricas e colorretais (exceto por vídeo)
- Cesarianas
- Histerectomia abdominal e vaginal
- Cirurgias urológicas
- Transplante de coração, fígado e rins
- Cirurgias torácicas
- Cirurgias de tireóide
- Cirurgias de rim
- Cirurgia de Baço
- Laminectomia
- Laparotomia Exploradora

QUADRO 2 - (CONT) Procedimentos cirúrgicos com diagnóstico de ISC Incisional Profunda – IP e Órgão/Espaço-OE com vigilância por até 90 dias

- Cirurgias de mama
- Cirurgias cardíacas
- Revascularização do miocárdio
- Craniotomia
- Cirurgias videolaparoscópicas (ex: herniorrafia, colecistectomia, apendicectomia) (*)
- Artrodese de coluna
- Osteossíntese
- Prótese de joelho
- Prótese de quadril
- Implante de marcapasso definitivo
- Cirurgia de bypass vascular periférica
- Derivação ventrículo-peritoneal

(*) RDC ANVISA nº08/2009

QUADRO 3 - Sítios Específicos de ISC/ORGÃO-ESPAÇO

Sistema osteoarticular

Osteomielite
 Disco intervertebral
 Articulação ou bolsa (bursa)
 Infecção associada à prótese articular

Sistema nervoso central

Meningite ou ventriculite
 Intracraniana, abscesso cerebral ou dura-máter
 Abscesso medular sem meningite

Sistema cardiovascular

Miocardite ou pericardite Endocardite Mediastinite Infecção arterial ou venosa
Olho, ouvido, nariz, garganta e boca
Olhos (exceto conjuntivite) Ouvido, mastóide Sinusite
Trato respiratório superior
Cavidade oral (boca, língua ou gengivas)
Trato gastrointestinal
Trato gastrintestinal Intra-abdominal, não especificada em outro local
Trato respiratório inferior, exceto pneumonia
Outras infecções do trato respiratório inferior
Sistema reprodutor
Endometrite Cúpula vaginal Outras infecções do aparelho reprodutor masculino ou feminino
Trato urinário, exceto infecção urinária
Outras infecções do trato urinário
Pele e partes moles
Abscesso mamário ou mastite

QUADRO 4 – Pneumonia definida clinicamente

Radiologia	Sinais/sintomas
<p>Paciente com doença de base com DUAS ou mais radiografias de tórax seriadas com um dos seguintes achados, persistentes, novos ou progressivos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Infiltrado persistente, novo ou progressivo;• Opacificação• Cavitação. <p>Nota: nos pacientes sem doença pulmonar ou cardíaca de base (exemplos: síndrome de desconforto respiratório agudo, displasia broncopulmonar, edema pulmonar, ou doença pulmonar obstrutiva crônica), uma radiografia de tórax é aceitável.</p>	<p>Para qualquer paciente, <u>pelo menos UM</u> dos seguintes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Febre (> 38°C)• Leucopenia (< 4.000 leuc / mm³) ou leucocitose (>12000 leuc / mm³)• Para adultos ≥70 anos, alteração do status mental sem outra causa conhecida <p><u>E pelo menos DOIS</u> dos seguintes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Surgimento de secreção pulmonar purulenta ou mudança das características da secreção ou aumento da secreção ou aumento da necessidade de aspiração.• Início ou piora da tosse ou dispneia ou taquipneia• Ausculta com estertores ou roncosp• Piora da troca gasosa (dessaturação (ex:PaO₂/ FiO₂ < 240) ou aumento da necessidade de oferta de oxigênio ou aumento dos parâmetros ventilatórios.

QUADRO 5 - Pneumonia definida microbiologicamente

Radiologia	Sinais/sintomas	Laboratório
<p>Paciente com doença de base com DUAS ou mais radiografias de tórax seriadas com um dos seguintes achados, persistentes, novos ou progressivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infiltrado persistente, novo ou progressivo; • Opacificação • Cavitação. <p>Nota: nos pacientes sem doença pulmonar ou cardíaca de base (exemplos: síndrome de desconforto respiratório agudo, displasia broncopulmonar, edema pulmonar, ou doença pulmonar obstrutiva crônica), uma radiografia de tórax é aceitável.</p>	<p><u>Pelo menos UM dos seguintes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Febre (>38°C) • Leucopenia (< 4.000 leuc / mm³) ou leucocitose (>12000 leuc / mm³) • Para adultos ≥ 70 anos, alteração do estado mental sem outra causa conhecida. <p><u>E pelo menos UM dos seguintes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Surgimento de secreção pulmonar purulenta ou mudança das características da secreção ou aumento da secreção ou aumento da necessidade de aspiração. • Início ou piora da tosse ou dispneia ou taquipneia. • Ausculta com estertores ou roncos • Piora da troca gasosa: dessaturação (ex: PaO₂/ FiO₂ < 240) ou aumento da necessidade de oferta de oxigênio ou aumento dos parâmetros ventilatórios. 	<p><u>Pelo menos UM dos seguintes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Hemocultura positiva sem outra causa conhecida • Cultura positiva de líquido pleural • Cultura quantitativa positiva de secreção pulmonar obtida por procedimento com menor potencial de contaminação (lavado broncoalveolar e escovado protegido) • Na bacterioscopia do lavado broncoalveolar, achado de ≥5% leucócitos e macrófagos contendo microrganismos (presença de bactérias intracelulares) • Cultura quantitativa positiva de parênquima pulmonar • Exame histopatológico mostrando pelo menos uma das seguintes evidências de pneumonia: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Formação de abscesso ou foco de consolidação com infiltrado de polimorfonucleares nos bronquíolos e alvéolos. ✓ Evidência de invasão de parênquima pulmonar por hifas ou pseudo-hifas. ✓ <i>Virus, Bordetella, Legionella, Chlamydia</i> ou <i>Mycoplasma</i> identificados a partir de cultura de secreção ou tecido pulmonar ou identificados por teste microbiológico realizado para fins de diagnóstico clínico ou tratamento. ✓ Aumento de 4 vezes nos valores de IgG na sorologia para patógeno (exemplo: influenza, <i>Chlamydia</i>). ✓ Aumento de 4 vezes nos valores de IgG na sorologia para <i>Legionella pneumophila</i> sorogrupo I titulada ≥ 1:128 na fase aguda e convalescença por imunofluorescência indireta. ✓ Detecção de antígeno de <i>Legionella pneumophila</i> sorogrupo I em urina.

QUADRO 6 - Pneumonia em paciente imunodeprimidos

Radiologia	Sinais/sintomas	Laboratório
<p>Paciente com doença de base com DUAS ou mais radiografias de tórax seriadas com um dos seguintes achados, persistentes, novos ou progressivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infiltrado novo, progressivo e persistente; • Opacificação • Cavitação; • Pneumatocele, em crianças meores de 1 ano <p>Nota: nos pacientes sem doença pulmonar ou cardíaca de base (exemplos: síndrome de desconforto respiratório agudo, displasia broncopulmonar, edema pulmonar, ou doença pulmonar obstrutiva crônica), uma radiografia de tórax é aceitável.</p>	<p>Pelo menos UM dos seguintes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Febre (> 38°C). • Para adultos ≥ 70 anos, alteração do estado mental sem outra causa conhecida. • Surgimento de secreção pulmonar purulenta ou mudança das características da secreção ou aumento da secreção ou aumento da necessidade de aspiração. • Início ou piora da tosse ou dispneia ou taquipneia • Ausculta com estertores ou roncosp • Piora da troca gasosa: dessaturação (ex:PaO₂/ FiO₂ < 240) ou aumento da necessidade de oferta de oxigênio ou aumento dos parâmetros ventilatórios. • Hemoptise • Dor pleurítica 	<p>E pelo menos UM dos seguintes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificação de Candida spp. em amostra de sangue e de secreção respiratória (escarro, aspirado endotraqueal, lavado broncoalveolar ou escovado protegido) • Evidência de fungo em amostra obtida por procedimento com menor potencial de contaminação (ex: lavado broncoalveolar ou escovado protegido) de uma das seguintes: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Exame de microscopia direta ✓ Cultura positiva de fundo ✓ Teste diagnóstico laboratorial (não cultura) <p>OU</p> <p>Qualquer um dos critérios laboratoriais do Quadros 5.</p>

Nota: Os pacientes imunocomprometidos incluem:

- aqueles com neutropenia definida como contagem absoluta de neutrófilos ou contagem total de glóbulos brancos <500 / mm³
- aqueles com leucemia, linfoma ou que são HIV positivos com contagem de CD4 <200
- aqueles que sofreram esplenectomia
- aqueles que têm uma história de transplante de órgão sólido ou de células-tronco hematopoiéticas
- aqueles em quimioterapia citotóxica
- aqueles em uso de esteróides (excluindo esteróides inalados) diariamente por > 2 semanas (por exemplo, > 40mg de prednisona ou seu equivalente, > 160mg de hidrocortisona, > 32mg de metilprednisolona, > 6mg dexametasona, > 200mg cortisona)..

QUADRO 8 – Pneumonia no período neonatal (recém-nascido até 28 dias)

Radiologia	Sinais/sintomas
------------	-----------------

**QUADRO 7 – Pneumonia em crianças: > 4 semanas e ≤ 1 ano de idade
E > 1 ano e <12 anos**

Radiologia	Sinais/sintomas
<p>Deverão ser realizados 02 ou mais Raio X seriados com pelo menos 01 dos achados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infiltrado persistente, novo ou progressivo ; • Consolidação; • Cavitação; • Pneumatocele <p>OBS: para crianças sem doença pulmonar ou cardíaca de base (exemplos: síndrome de desconforto respiratório agudo, displasia broncopulmonar, edema pulmonar ou doença pulmonar obstrutiva crônica) é aceitável uma radiografia bem definida.</p>	<p><u>Crianças > 4 semanas e ≤ 1 ano de idade</u> Piora da troca gasosa: dessaturação (ex: PaO₂/ FiO₂ < 240) ou aumento da necessidade de oferta de oxigênio ou aumento dos parâmetros ventilatórios).</p> <p><u>E pelo menos TRÊS</u> dos seguintes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instabilidade térmica sem outra causa conhecida; • Leucopenia (≤ 4000 cel/mm³) ou leucocitose (≥ 15000 cel/mm³) e desvio a esquerda (≥ 10% bastonetes) • Surgimento de secreção respiratória purulenta ou mudança das características da secreção ou aumento da secreção respiratória ou aumento da necessidade de aspiração • Apneia, taquipnéia, batimento de asa de nariz, tiragem intercostal. • Ausculta com sibilos, estertores ou roncos; • Tosse • Bradicardia (< 100 bpm) ou taquicardia (>170 bpm) <p><u>Crianças >1 ano e < 12 anos</u></p> <p><u>Pelo menos TRÊS</u> dos seguintes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Febre (> 38 °C) • Leucopenia (≤ 4000 cel/mm³) ou leucocitose (≥ 15000 cel/mm³) • Surgimento de secreção respiratória purulenta ou mudança das características da secreção ou aumento da secreção respiratória ou aumento da necessidade de aspiração • Início ou piora da tosse ou dispneia ou apneia ou taquipneia. • Ausculta com estertores ou roncos • Piora da troca gasosa: dessaturação (ex:PaO₂/ FiO₂ < 240) ou aumento da necessidade de oferta de oxigênio ou aumento dos parâmetros ventilatórios.

<p>RN com alguma das doenças de base abaixo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Síndrome do desconforto respiratório; - Edema pulmonar; - Displasia broncopulmonar; - Aspiração de mecônio <p>Deverão ser realizados 02 ou mais radiografias seriadas com pelo menos 01 dos achados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infiltrado persistente, novo ou progressivo; • Consolidação; • Cavitação; • Pneumatocele <p>OBS: Para RN sem doença de base poderá ser realizado 01 ou mais radiografias seriadas</p>	<p>Piora da troca gasosa (piora da relação PaO₂/FiO₂, aumento da necessidade de oferta de oxigênio, aumento dos parâmetros ventilatórios</p> <p><u>E pelo menos TRÊS</u> dos seguintes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instabilidade térmica (temp. axilar > de 37,5 °C ou < que 36°C) sem outra causa conhecida; • Leucopenia ou leucocitose com desvio a esquerda (considerar leucocitose >25.000 leu/mm³ ao nascimento ou ≥ 30.000 entre 12 e 24 horas ou acima de 21.000 ≥ 48 horas e leucopenia ≤ 5.000 leu/mm³) <ul style="list-style-type: none"> • Hemograma com ≥ 3 parâmetros alterados (vide escore hematológico no Manual de Neonatologia ANVISA) ; • Mudança do aspecto da secreção traqueal, aumento da secreção respiratória ou aumento da necessidade de aspiração e surgimento de secreção purulenta; • Sibilância, roncos; • Bradicardia (<100 batimentos/min) ou taquicardia (> 160 batimentos/min)
---	---

Obs:

1. Todos os critérios de infecção devem ser cumpridos no período de 7 dias (**período de janela de infecção**) Inclui o primeiro dia de sinal/sintoma e/ou exame laboratorial positivo, 3 dias antes e 3 dias após
2. Para notificação ao sistema estadual de infecção hospitalar serão consideradas somente as pneumonias associadas à ventilação mecânica (PAV) que são definidas como infecções em paciente que permaneceu em ventilação mecânica (VM) por mais de 2 dias calendário (D1=dia de início da VM) e estava em VM no dia do diagnóstico da pneumonia ou no dia anterior.
3. Sugere-se a avaliação seriada do Raio X a comparação de exames realizados até 3 dias antes e até 3 dias após o diagnóstico.
4. Mudança de aspecto da secreção traqueal em uma amostra isolada não deve ser considerada como definitiva. Valorizar a persistência da observação por mais 24h.
5. Taquipnéia em RN < 37 semanas de idade gestacional FR> 75 incursões por minuto; até 40 semanas de IG corrigida RN 37 semanas de IG a FR pode ser considerado maior que 60 incursões por minuto.

6. Informações adicionais sobre a utilização destes critérios encontram-se no documento disponível no Manual de Infecção do Trato Respiratório (ANVISA) e CDC

QUADRO 9**A - Critérios diagnósticos de Infecção Primária de Corrente Sanguínea (IPCS) Associada a Cateter Venoso Central (CVC) com confirmação laboratorial**

Paciente com cateter venoso central há mais de dois dias calendário no momento do diagnóstico da infecção (Considerar o dia da passagem do cateter = D1)

OU

Paciente permaneceu com CVC por mais de 2 dias calendário e este foi removido até no máximo 2 dias calendário antes do diagnóstico da infecção (Considerar o dia da retirada do CVC = D1)

Critério 1	Uma ou mais hemoculturas positivas coletadas preferencialmente de sangue periférico, e o patógeno não está relacionado com infecção em outro sítio.	
Critério 2	<p>Pelo menos de UM dos seguintes sinais ou sintomas:</p> <p>Febre (>38°C), tremores ou hipotensão (pressão sistólica ≤ 90 mmHg), e esses sintomas não estão relacionados com infecção em outro sítio</p>	<p>E</p> <p>DUAS ou mais hemoculturas (em diferentes punções com intervalo máximo de 1 dia calendário) com contaminante de pele (Ex.: <i>Corynebacterium</i> spp., <i>Bacillus</i> spp., <i>Propionibacterium</i> spp., <i>estafilococos coagulase negativo [incluindo S.epidermidis]</i>, <i>estreptococos do grupo viridans</i>, <i>Aerococcus</i> spp, <i>Micrococcus</i> spp, <i>Rhodococcus</i> spp.)</p> <p>E</p> <p>Sinais/sintomas e resultados de cultura positiva ocorrendo no período de janela de infecção*</p>
<p>Critério 3</p> <p>Para crianças > 28 dias e ≤ 1 ano</p>	<p>Pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas:</p> <p>Febre (>38°C), hipotermia (<36°C), bradicardia, apnéia ou bradicardia. (não relacionados com infecção em outro sítio)</p>	<p>E</p> <p>DUAS ou mais hemoculturas (em diferentes punções com intervalo máximo de 1 dia calendário) com contaminante comum de pele (Ex.: <i>Corynebacterium</i> spp., <i>Bacillus</i> spp., <i>Propionibacterium</i> spp., <i>estafilococos coagulase negativo [incluindo S.epidermidis]</i>, <i>estreptococos do grupo viridans</i>, <i>Aerococcus</i> spp, <i>Micrococcus</i> spp, <i>Rhodococcus</i> spp.)</p> <p>E</p> <p>Sinais/sintomas e resultados de cultura positiva ocorrendo no período de janela de infecção*</p>

***Período de janela de infecção:** definido como o período de 7 dias durante o qual todos os critérios de infecção devem ser cumpridos. Inclui o dia da primeira hemocultura positiva e/ou primeiro sinal/sintoma, 3 dias antes e 3 dias após. Exemplo

05/01/2019	06/01/2019	07/01/2019	08/01/2019	Data IPCSL (=data do evento)
Febre>38°C	Sem critério para IPCSL	<i>S.epidermidis</i> (1ª amostra)	<i>S.epidermidis</i> (2ª amostra)	05/01/2018

Obs: Se os critérios para uma nova IPCS forem identificados no período de até 14 dias, um novo evento não deverá ser notificado

QUADRO 9 (CONT.)**B - Critérios diagnósticos de Infecção Primária de Corrente Sangüínea (IPCS) Associada a Cateter Venoso Central (CVC) sem confirmação laboratorial**

Critério 1	<p>Paciente com cateter venoso central há mais de dois dias calendário no momento do diagnóstico da infecção (Considerar o dia da passagem do cateter = D1)</p> <p>OU</p> <p>Paciente permaneceu com CVC por mais de 2 dias calendário e este foi removido até no máximo 2 dias calendário antes do diagnóstico da infecção (Considerar o dia da retirada do CVC = D1)</p> <p>E</p> <p>Pelo menos de UM dos seguintes sinais ou sintomas:</p> <p>Febre (>38°C), tremores, oligúria (volume urinário <20 ml/h), hipotensão (pressão sistólica ≤ 90mmHg), e esses sintomas não estão relacionados com infecção em outro sítio</p>	<p><u>E TODOS</u> os seguintes:</p> <p>a) Hemocultura negativa ou não realizada b) Nenhuma infecção aparente em outro local c) Médico institui terapia antimicrobiana adequada para sepse</p>
Critério 2 Para crianças > 28 dias e ≤ 1ano	<p>Paciente com cateter venoso central há mais de dois dias calendário no momento do diagnóstico da infecção (Considerar o dia da passagem do cateter = D1)</p> <p>OU</p> <p>Paciente permaneceu com CVC por mais de 2 dias calendário e este foi removido até no máximo 2 dias calendário antes do diagnóstico da infecção (Considerar o dia da retirada do CVC = D1)</p> <p>E</p> <p>Pelo menos de UM dos seguintes sinais ou sintomas:</p> <p>Febre (>38°C), hipotermia (<36°C), bradicardia ou taquicardia (não relacionados com infecção em outro sítio)</p>	<p><u>E TODOS</u> os seguintes:</p> <p>a) Hemocultura negativa ou não realizada b) Nenhuma infecção aparente em outro local c) Médico institui terapia antimicrobiana adequada para sepse</p>

Obs: 1. Para notificação ao sistema estadual de infecção hospitalar serão consideradas somente as infecções primárias da corrente sanguínea (IPCS) associadas a cateter venoso central, com hemoculturas positivas (laboratorialmente confirmadas) OU com hemoculturas negativas ou não realizadas (critério clínico).

2. A infecção de corrente sanguínea secundária, que é a ocorrência de hemocultura positiva ou sinais clínicos de sepsis, na presença de sinais de infecção em outro sítio, não será abordada neste documento. Neste caso, deverá ser notificado o foco primário, por exemplo, pneumonia, infecção do trato urinário ou sítio cirúrgico.

3. Informações adicionais sobre a utilização destes critérios encontram-se no documento disponível no Manual de Infecção de Corrente Sangüínea (ANVISA e CDC).

QUADRO 10**A - Critério diagnóstico de Infecção Primária de Corrente Sanguínea (IPCS) Associada a Cateter Venoso Central (CVC) com confirmação laboratorial - NEONATOS (recém-nascidos até 28 dias)**

Paciente com cateter venoso central há mais de dois dias calendário no momento do diagnóstico da infecção (Considerar o dia da passagem do cateter = D1)

OU

Paciente permaneceu com CVC por mais de 2 dias calendário e este foi removido até no máximo 2 dias calendário antes do diagnóstico da infecção (Considerar o dia da retirada do CVC = D1)

Critério 1	Uma ou mais hemoculturas positivas por microrganismos não contaminantes da pele e que o microrganismo não esteja relacionado à infecção em outro sítio	
Critério 2	<p>Pelo menos (DOIS) dos seguintes sinais e sintomas sem outra causa não infecciosa reconhecida e sem relação com infecção em outro local (discutir com médico assistente do RN):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instabilidade térmica; • Bradicardia; • Apnéia; • Intolerância alimentar; • Piora do desconforto respiratório; • Intolerância à glicose; • Instabilidade hemodinâmica, • Hipoatividade/letargia <p>E</p>	<p>Pelo menos UM dos seguintes:</p> <p>a. Duas ou mais hemoculturas colhidas em momentos diferentes, com intervalo máximo de 48 horas e positivas para microrganismos contaminantes comuns da pele (<i>Corynebacterium</i> spp. , <i>Bacillus</i> spp., <i>Propionibacterium</i> spp., , <i>Streptococcus</i> do grupo <i>viridans</i>, <i>Aerococcus</i> spp. e <i>Micrococcus</i> spp), sem estar relacionada à infecção em outro sítio;</p> <p>b. Estafilococo coagulase negativo cultivado em pelo menos 01 <u>hemocultura periférica</u> de paciente com cateter vascular central (CVC)*</p> <p>E</p> <p>Sinais/sintomas e resultados de cultura positiva ocorrendo no período de janela de infecção**</p>

****Período de janela de infecção: definido como o período de 7 dias durante o qual todos os critérios de infecção devem ser cumpridos. Inclui o dia da primeira hemocultura positiva e/ou primeiro sinal/sintoma, 3 dias antes e 3 dias após. Exemplo**

05/01/2019	06/01/2019	07/01/2019	08/01/2019	Data IPCSL (=data do evento)
Febre>38°C	Sem critério para IPCSL	<i>S.epidermidis</i> (1ª amostra)	<i>S.epidermidis</i> (2ª amostra)	05/01/2019

Obs:

- *Em caso de isolamento de Estafilococo coagulase negativo em somente uma hemocultura, valorizar a evolução clínica, exames complementares (hemograma \geq 3 parâmetros e PCR alterada) e crescimento do microrganismo nas primeiras 48h de incubação. Obrigatoriamente deve haver uma amostra coletada de cateter periférico. Se a amostra for colhida somente no CVC, não valorizar;
- Sinais e sintomas de IPCS são inespecíficos e podem estar relacionados a etiologias não infecciosas, daí a necessidade de reavaliação do caso em 72h em conjunto com o médico acompanhante. Se o diagnóstico for descartado, é importante a suspensão dos antimicrobianos e não deve ser notificada como infecção.

B - Critério diagnóstico de Infecção Primária de Corrente Sanguínea (IPCS) Associada a Cateter Venoso Central (CVC) sem confirmação laboratorial – NEONATOS (recém-nascidos até 28 dias)

Paciente com cateter venoso central há mais de dois dias calendário no momento do diagnóstico da infecção (Considerar o dia da passagem do cateter = D1)

OU

Paciente permaneceu com CVC por mais de 2 dias calendário e este foi removido até no máximo 2 dias calendário antes do diagnóstico da infecção (Considerar o dia da retirada do CVC = D1)

Critério 1

Pelo menos UM dos seguintes sinais e sintomas sem outra causa não infecciosa reconhecida e sem relação com infecção em outro local (discutir com médico assistente do RN):

- Instabilidade térmica,
- Apnéia;
- Bradicardia;
- Intolerância alimentar;
- Intolerância à glicose;
- Instabilidade hemodinâmica,
- Hipoatividade/letargia.

E TODOS os seguintes:

- a. Hemograma com ≥ 3 parâmetros alterados (**vide escore hematológico no Manual de Neonatologia ANVISA**) e Proteína C Reativa quantitativa alterada
- b. Hemocultura não realizada ou negativa;
- c. Ausência de evidência de infecção em outro sítio;
- d. Terapia antimicrobiana instituída e mantida pelo médico assistente.

E

Sinais/sintomas e resultados de cultura positiva ocorrendo no **período de janela de infecção**

• Obs:

- Na suspeita de sepse, recomenda-se colher hemoculturas antes do início da antibioticoterapia empírica. O hemograma e a PCR devem ser colhidos preferencialmente entre 12 e 24 h de vida na suspeita de IRAS precoce de origem materna com a finalidade de suspensão da antibioticoterapia recomenda-se a reavaliação da evolução clínica, exames microbiológicos e nova coleta de hemograma e PCR em 72 horas após o início do tratamento.
- O valor normal da PCR é $< 1 \text{ ml/dl}$, lembrar que outras afecções elevam a PCR, síndrome do desconforto respiratório, hemorragia intra-ventricular, aspiração meconial.

QUADRO 11 - Critério diagnóstico de Infecção do Trato Urinário (ITU) Associada à Sonda Vesical de Demora (SVD) - SINTOMÁTICA

<p>Critério 1</p>	<p>Paciente com sonda vesical de demora há mais de dois dias calendário no momento do diagnóstico da infecção (Considerar o dia da passagem da sonda = D1)</p> <p style="text-align: center;">E</p> <p>Pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas sem outra causa reconhecida:</p> <ul style="list-style-type: none"> • febre (>38°C) • desconforto suprapúbico • dor ou desconforto no ângulo costo-vertebral <p style="text-align: center;">OU</p> <p>Paciente permaneceu com sonda vesical de demora por mais de dois dias calendário e esta foi removida um dia antes do diagnóstico da infecção</p> <p style="text-align: center;">E</p> <p>Pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas sem outra causa reconhecida:</p> <ul style="list-style-type: none"> • febre (>38°C) • desconforto suprapúbico • dor ou desconforto no ângulo costo-vertebral • urgência miccional • aumento da frequência miccional • disúria 	<p>E</p> <p>Cultura de urina com no máximo duas espécies de microrganismos, sendo pelo menos uma das espécies com contagem $\geq 10^5$ UFC/ml.</p> <p>E</p> <p>Sinais/sintomas e resultados de cultura positiva ocorrendo no período de janela de infecção*</p>
<p>Critério 2</p> <p>Para crianças > 28 dias e ≤ 1ano</p>	<p>Paciente com sonda vesical de demora há mais de dois dias calendário no momento do diagnóstico da infecção (Considerar o dia da passagem da sonda = D1)</p> <p style="text-align: center;">OU</p> <p>Paciente permaneceu com sonda vesical de demora por mais de dois dias calendário e esta foi removida um dia antes do diagnóstico da infecção</p> <p style="text-align: center;">E</p> <p>Pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Febre (T>38°C) • Hipotermia (T < 36°C) • Apnéia • Bradicardia • Letargia • Vômito • Desconforto suprapúbico 	<p>E</p> <p>Cultura de urina com no máximo duas espécies de microrganismos, sendo pelo menos uma das espécies com contagem $\geq 10^5$ UFC/ml.</p> <p>E</p> <p>Sinais/sintomas e resultados de cultura positiva ocorrendo no período de janela de infecção*</p>

***Período de janela de infecção:** definido como o período de 7 dias durante o qual todos os critérios de infecção devem ser cumpridos. Inclui o dia da primeira urocultura positiva e/ou primeiro sinal/sintoma, 3 dias antes e 3 dias após.

- Obs;**
1. Cultura de urina com isolamento de *Candida* spp, levedura não especificada, fungos dimórficos ou parasitas não devem ser consideradas para o diagnóstico de ITU associada à SVD. Uma cultura de urina pode incluir estes microrganismos, desde que também esteja presente uma bactéria com contagem igual ou superior a 100 000 CFU/ml.
 2. Infecções associadas à nefrostomia ou cateteres suprapúbicos não devem ser notificadas
 3. **Para fins de notificação ao sistema considerar apenas as infecções do trato urinário sintomáticas.**
 4. Informações adicionais sobre a utilização destes critérios encontram-se no documento disponível no Manual de Infecção do Trato Urinário (CDC)

2. INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DE INFECÇÃO HOSPITALAR

2.1. Orientações Gerais

Os dados deverão ser notificados através de planilha Excel

Arquivo "Plan 1 a 6 Hosp Geral 2019": contém Planilha de Identificação do Hospital, Planilha 1, Planilha 1B, Planilha 2, Planilha 3, Planilha 4, Planilha 5, Planilha 5B, Planilha 6.

Indicações:

1. Arquivo "**hospital geral**": indicado para os Hospitais Gerais ou Especializados que apresentam qualquer uma das seguintes situações:

- a) Planilha 1: para os hospitais que realizam cirurgias limpas
- b) Planilha 1B: para os hospitais que realizam os procedimentos cirúrgicos selecionados, conforme descritos na planilha.
- c) Planilha 2: para os hospitais que possuem Unidade de Terapia Intensiva de Adultos, Unidade Coronariana e/ou Unidade de Terapia Pediátrica
- d) Planilha 3: para os hospitais que possuem Unidade de Terapia Intensiva Neonatal ou Berçário de Alto Risco
- e) Planilha 4: para os hospitais que possuem Unidades de Terapia Intensiva de Adultos, Coronariana, Pediátrica e/ou Neonatal.
- f) Planilha 5: para os hospitais que possuem *Unidade de Terapia Intensiva de Adulto e/ou Unidade Coronariana*.
- g) Planilha 5B: para os hospitais que possuem Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e/ou Neonatal
- h) Planilha 5C: para hospitais que possuem Unidade de Terapia Intensiva de Adulto e/ou Unidade Coronariana e Pediátrica
- i) Planilha 6: para os hospitais que possuem Unidade de Terapia Intensiva de Adultos e/ou Unidade Coronariana

Se o Hospital possuir unidade de diálise, unidade psiquiátrica ou longa permanência ou até mesmo serviço de oftalmologia que realize procedimentos oftalmológicos invasivos (cirurgias de catarata e injeção intra-vítreo de medicamentos) então deverá preencher as planilhas correspondentes:

Planilha 7: para os hospitais que possuem Unidade psiquiátrica e ou Longa permanência (Arquivo: Plan_7_LP_Psiq_2019)

Planilha 8: para os hospitais que possuem Unidade de Diálise (Arquivo: Plan_8_Dialise_2019)

Planilha 9: para os hospitais que possuem Serviço de oftalmologia que realize procedimentos oftalmológicos invasivos (cirurgias de catarata e injeção intra-vítreo de medicamentos). (Arquivo: Plan_9_Endoftalmite_2019)

Tipo de Planilha para notificação	Indicadores epidemiológicos segundo tipo Hospital/Unidade/Procedimento							
	Cirurgias limpas	Cirurgias selecionadas	UTI Adulto/UCO	UTI Pediátrica	UTI Neonatal	Longa Permanência e/ou Psiquiátrico	Serviços de Diálise	Serviços de Oftalmologia
Planilha 1 - Infecção em cirurgias limpas	X							
Planilha 1B - Infecção em cirurgias selecionadas		X						
Planilha 2 - Infecções em UTI Adulto, UCO e Pediátrica			X	X				
Planilha 3 - Infecções em UTI Neonatal ou Berçário de Alto Risco					X			
Planilha 4 - Consumo de produto alcoolico em UTI			X	X	X			
Planilha 5 - Hemoculturas Positivas de IPCS Lab X CT UTI Adulto e UCO			X					
Planilha 5B - Hemoculturas Positivas em IPCS Lab x CT - UTI Ped e Neo				X	X			
Planilha 5C - Uroculturas Positivas em ITU x SV - UTI Adulto, UCO e Ped			X	X				
Planilha 6 - Consumo antimicrobianos (DDD) em UTI Adulto e UCO			X					
Planilha 7 - Infecções em Hospitais de Longa Permanência e/ou Psiquiátricos						X		
Planilha 8 - Eventos adversos em Serviços de Diálise							X	
Planilha 9 - Endoftalmite após procedimentos oftalmológicos invasivos								X

Figura 1. Planilhas de Notificação de Indicadores epidemiológicos para Hospital Geral de acordo com a complexidade do hospital no Sistema de Vigilância Epidemiológica das IH do Estado de São Paulo.

Período:

Cada arquivo permite o registro das infecções para o período de um ano, discriminadas em quadros para cada mês. **Preencher um quadro para cada mês do ano e enviar os dados mensalmente para o gestor local. Não excluir os dados dos meses já notificados, pois a planilha é acumulativa. Os novos arquivos enviados substituirão os anteriores.**

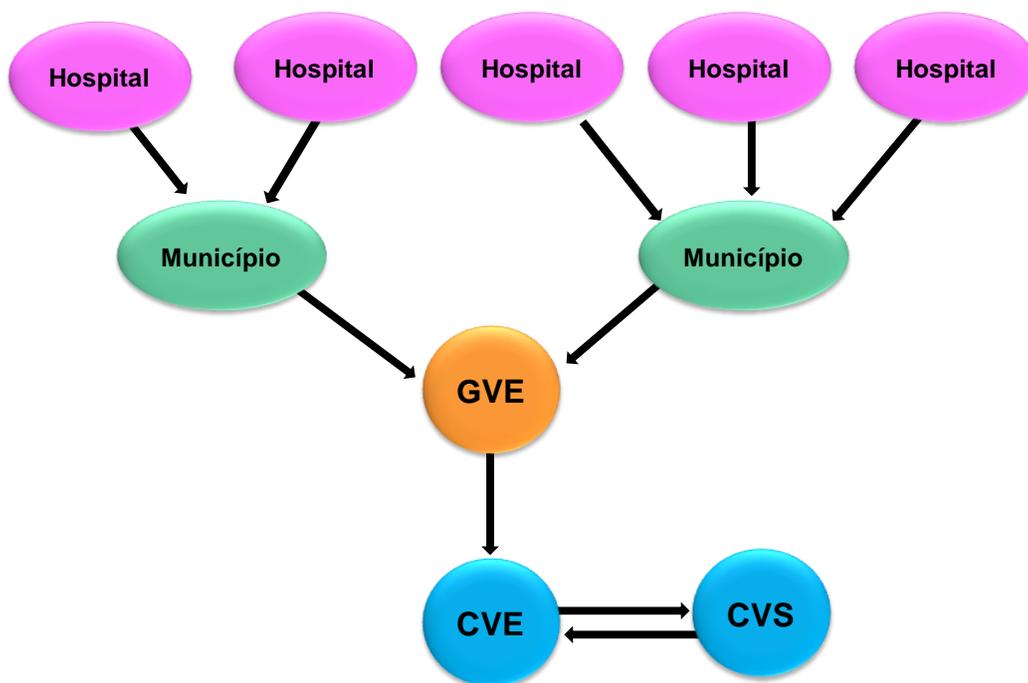


Figura 2. Fluxo de informações das Planilhas de Infecção Hospitalar no Sistema de Vigilância Epidemiológica das IH do Estado de São Paulo

Fluxo de Envio: Os hospitais deverão enviar os arquivos eletrônicos às vigilâncias municipais e estas aos Grupos de vigilâncias na data acordada (Ex: segunda quinzena do mês seguinte)

Data de envio das planilhas: Os Grupos de Vigilância Epidemiológica (GVE) deverão enviar as planilhas para o CVE (Divisão de Infecção Hospitalar) até o dia 30 do mês seguinte ao mês de notificação, **exclusivamente** através de arquivo eletrônico.

2.2. ARQUIVO "HOSPITAL GERAL"

Cada arquivo é subdividido em planilhas diferentes, identificadas no rótulo inferior (parte de baixo da tela), como segue:

- Identificação do Hospital
- Planilha 1 - Sítio Cirúrgico por especialidade
- Planilha 1B – Sítio Cirúrgico por procedimento
- Planilha 2 - UTI Adulto, Coronariana e Pediátrica
- Planilha 3 – UTI Neonatal
- Planilha 4 - Consumo de produto alcoólico em UTI
- Planilha 5 - Hemoculturas positivas (IPCS Lab) em UTI Adulto e Coronariana
- Planilha 5B – Hemoculturas em UTI Pediátrica e Neonatal
- Planilha 5C – Uroculturas em UTI Adulto, Coronariana e Pediátrica
- Planilha 6 – Consumo Mensal de Antimicrobianos e Cálculo de DDD (Dose Diária Dispensada)

Orientações Gerais:

- Clicar sobre o rótulo da planilha a ser preenchida. **Não modificar os rótulos das**

planilhas (NÃO RENOMEAR AS PLANILHAS).

- Cada planilha possui 13 tabelas, uma para cada mês e uma com o total dos meses já preenchidos.
- Preencher somente as células em branco. **Não preencher nenhum campo já pré-preenchido. Não preencher nenhum campo do Quadro TOTAL.**
- As fórmulas de cálculos e soma dos dados (exceto para número de pacientes-dia) serão automaticamente preenchidas à medida que os dados são inseridos nas planilhas. As células de cálculos estão protegidas com senha.
- AS PLANILHAS NÃO DEVEM SER ALTERADAS NA SUA FORMA, POIS PREJUDICA A COMPILAÇÃO DOS DADOS PELO MUNICÍPIO, GVE E ESTADO.
- Após o preenchimento, **salvar a cópia do arquivo com o nome do hospital** (e nome do município, se necessário) + 02 dígitos referentes ao mês + 02 dígitos referentes ao ano de notificação. **Ex1:** Hospital Nossa Senhora de Fátima, mês de janeiro, ano de 2015; Salvar como: “**hospitalnossasenhora0118**”; **Ex2:** Santa Casa de Aparados da Serra, mês de janeiro, ano de 2018; Salvar como: “**santacasaaparadosdaserra0118**”

PLANILHA DE IDENTIFICAÇÃO DO HOSPITAL

O preenchimento da planilha de identificação deverá ser feito na primeira vez que for iniciada a utilização do arquivo, uma vez que este será utilizado para preenchimento dos dados do ano todo. Nos meses subseqüentes basta apenas completar os dados referentes às infecções, dispositivos e procedimentos, a cada mês, salvando o arquivo conforme orientações já descritas.

ANO DE NOTIFICAÇÃO: preencher o ano referente à vigilância que está sendo notificada.

HOSPITAL: preencher com o nome completo do hospital. (Razão social ou Nome Fantasia)

CNES: preencher o número do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

NATUREZA DO HOSPITAL: Preencher com (X) se é hospital Público, Privado e/ou Filantrópico.

EM CASO DE HOSPITAL PÚBLICO, QUAL A ESFERA DE GOVERNO? Federal, Estadual ou Municipal. Preencher com (X).

É INSTITUIÇÃO CONVENIADA COM SUS?

Preencher com (X) no quadro correspondente SIM ou NÃO.

É INSTITUIÇÃO DE ENSINO/HOSPITAL-ESCOLA/UNIVERSITÁRIO?

Preencher com (X) no quadro correspondente SIM ou NÃO.

NÚMERO DE LEITOS HOSPITALARES: Preencher o nº de leitos totais do hospital, e se for o caso preencher o nº de leitos específicos de UTI Adulto, Pediátrica, Unidade Coronariana e/ou UTI Neonatal.

CCIH REALIZA VIGILÂNCIA DE INFECÇÕES CIRÚRGICAS PÓS-ALTA? Preencher com (X) no quadro correspondente SIM ou NÃO.

EM CASO AFIRMATIVO, INFORMAR O MÉTODO: assinalar uma das opções de método:

- ✓ busca telefônica
- ✓ carta pré-selada para paciente dar retorno dos sintomas
- ✓ ambulatório de egressos com acompanhamento de um membro da CCIH
- ✓ outro método: se a CCIH realiza outro método, indicar o método realizado

CCIH realiza *checklist* de verificação de inserção de CVC nas UTI? Preencher com (X) no quadro correspondente SIM ou NÃO.

PRESIDENTE DA CCIH: preencher o nome do responsável pela CCIH

EMAIL INSTITUCIONAL: preencher o endereço eletrônico da instituição (SCIH, diretoria, etc..)

MUNICÍPIO: preencher o nome do município

GVE: preencher o número e nome do GVE correspondente.

RESPONSÁVEL NO MUNICÍPIO: preencher o nome do responsável pelo recebimento e encaminhamento das planilhas do sistema de vigilância epidemiológica no município.

RESPONSÁVEL NO GVE: preencher o nome do responsável pelo recebimento e encaminhamento das planilhas do sistema de vigilância epidemiológica no GVE.

Modelo: Planilha de Identificação de Hospital Geral

IDENTIFICAÇÃO DE HOSPITAL GERAL	
REGISTRO DE INFECÇÕES HOSPITALARES	
ANO DE NOTIFICAÇÃO:	2019
HOSPITAL:	
CNES:	
NATUREZA DO HOSPITAL: (X) PÚBLICO <input type="checkbox"/> PRIVADO <input type="checkbox"/> FILANTRÓPICO <input type="checkbox"/>	SE PÚBLICO, QUAL ESFERA DE GOVERNO? (X) FEDERAL <input type="checkbox"/> ESTADUAL <input type="checkbox"/> MUNICIPAL <input type="checkbox"/>
É CONVENIADO AO SUS? (X) Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	NÚMERO DE LEITOS: (Nº) TOTAL DO HOSPITAL <input type="checkbox"/> UTI ADULTO <input type="checkbox"/> UTI CORONARIANA <input type="checkbox"/> UTI PEDIÁTRICA <input type="checkbox"/> UTI NEONATAL <input type="checkbox"/>
É INSTITUIÇÃO DE ENSINO? (X) Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
CCIH realiza vigilância de infecções cirúrgicas pós-alta? (X) Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Em caso afirmativo, informar o(s) método(s):	
busca telefônica:	<input type="checkbox"/>
carta pré-selada para paciente dar retorno dos sintomas:	<input type="checkbox"/>
ambulatório com acompanhamento de um membro da CCIH:	<input type="checkbox"/>
outro:	<input type="checkbox"/>
CCIH realiza checklist de verificação de inserção de CVC nas UTI? (X)	
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
PRESIDENTE DA CCIH:	
EMAIL INSTITUCIONAL	
MUNICÍPIO:	
GVE:	
RESPONSÁVEL NO MUNICÍPIO:	
RESPONSÁVEL NO GVE:	

PLANILHA 1 - INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO EM CIRURGIAS LIMPAS

Indicação: indicado para preenchimento por hospitais e clínicas-dia que realizam **cirurgias limpas**.

Indicador que será gerado: Incidência de infecção de sítio cirúrgico em cirurgia limpa.

Fórmula de cálculo: $(ISC / CL) \times 100$ – número de infecções de sítio cirúrgico dividido pelo número de cirurgias limpas realizadas, por especialidade e total.

Modo de preenchimento: preencher um quadro para cada mês do ano e enviar os dados mensalmente.

PLANILHA 1 - INFECÇÕES DE SÍTIO CIRÚRGICO EM CIRURGIA LIMPA			
IMPORTANTE: NÃO EDITAR AS PLANILHAS.			
Indicação: indicado para preenchimento por hospitais e clínicas-dia que realizam cirurgias limpas.			
Indicador que será gerado: taxa de incidência de infecção de sítio cirúrgico em cirurgia limpa (%)			
Fórmula de cálculo: nº total de infecções de sítio cirúrgico (ISC / CL) x 100			
Preencher um quadro para cada mês do ano e enviar os dados mensalmente.			
Janeiro			
Especialidade cirúrgica	Número total de infecções de sítio cirúrgico em cirurgia limpa (ISC)	Número de cirurgias limpas realizadas (CL)	ISC/CL (%)
CCARD			#DIV/0!
CGERA			#DIV/0!
CIRPE			#DIV/0!
CIVAS			#DIV/0!
GASCI			#DIV/0!
GINEC			#DIV/0!
NEUCI			#DIV/0!
ORTOP			#DIV/0!
PLAST			#DIV/0!
TORAX			#DIV/0!
UROCI			#DIV/0!
Total	0	0	#DIV/0!

Primeira coluna: Especialidade cirúrgica – já está pré-preenchida, de acordo com o código da especialidade. O código para cada especialidade está descrito no Quadro 12. Preencher com número "0" as especialidades que o hospital não dispõe. **Não inserir** especialidades nesta coluna.

Quadro 12. Especialidade cirúrgica e código da especialidade

Código da Especialidade	Especialidade Cirúrgica
CCARD	Cirurgia Cardíaca
CGERA	Cirurgia Geral
CIRPE	Cirurgia Pediátrica
CIVAS	Cirurgia Vasculare
GASCI	Cirurgia de Vias Digestivas (Gastrocirurgia)
GINEC	Cirurgia Ginecológica
NEUCI	Cirurgia Neurológica

ORTOP	Cirurgia Ortopédica
PLAST	Cirurgia Plástica
TORAX	Cirurgia Torácica
UROCI	Cirurgia Urológica

Segunda coluna: Número de infecções de sítio cirúrgico em cirurgia limpa (ISC) – preencher o número de casos de infecção de ferida cirúrgica, de acordo com a especialidade. Nesta coluna deverão ser agrupados todos os casos diagnosticados de infecção, independente do tipo (incisional superficial, profunda, ou órgão/espaço).

Terceira coluna: Número de cirurgias limpas – preencher o número de cirurgias limpas realizadas no período, em cada especialidade (Ver exemplos de cirurgias limpas por especialidade – Quadro 13).

Quadro 13. Exemplos de cirurgias limpas por especialidade cirúrgica

Código da Especialidade	Exemplos de cirurgia limpa	Código da Especialidade	Exemplos de cirurgia limpa
CCARD	<ul style="list-style-type: none"> • Aneurismectomia • Angioplastia coronariana • Correção de cardiopatias congênicas • Revascularização do miocárdio • Transplante cardíaco • Valvuloplastias 	CIRPE	<ul style="list-style-type: none"> • Cardioplastia • Correção de varicocele • Desconexão ázigo-portal • Herniorrafia (sem inflamação ou infecção) • Orquidopexia • Plástica de bolsa escrotal/ torção de testículo
ORTOP	<ul style="list-style-type: none"> • Artroplastia • Artrodese • Osteossíntese • Osteotomia 	GASCI	<ul style="list-style-type: none"> • Cardiotomia/ cardioplastia • Esplenectomia / esplenorrafia • Hepatectomia / hepatorrafia • Hernioplastia hiatal • Herniorrafia (sem inflamação/ infecção) diafragmática / inguinal/ umbilical /crural • Linfadenectomia retroperitoneal /tronco celiaco • Pancreatectomia • Ressecção de tu de parede abdominal • Vagotomia
TORAX	<ul style="list-style-type: none"> • Herniorrafia diafragmática • Mediastinotomia • Ressecção de tumor de mediastino • Tratamento cirúrgico de fratura do externo 	PLAST	<ul style="list-style-type: none"> • Blefaroplastia • Dermolipectomia abdominal • Enxerto de pele • Exerese de cistos • Mamoplastias • Reconstrução de mama • Retração cicatricial • Ritidoplastia
NEUCI	<ul style="list-style-type: none"> • Artrodese de coluna • Correção de aneurisma • Cranioplastia / craniotomia • Derivação ventrículo peritoneal (exceto revisão de complicações) 	UROCI	<ul style="list-style-type: none"> • Adrenalectomia • Epididimectomia • Linfadenectomia • Orquidopexia • Torção de testículo • Varicocele

	<ul style="list-style-type: none"> • Descompressão neurovascular • Drenagem de hematomas • Excisão de tu (exceto via transesfenoidal) • Laminectomia • Lobectomia 	GINEC	<ul style="list-style-type: none"> • Mastectomia • Ooforectomia • Salpingectomia • Ginecomastia
CIVAS	<ul style="list-style-type: none"> • Varizes • Safenectomia • Linfadenectomia • Enxertos • Vagotomia • Aneurisma de aorta abdominal • Fístulas arterio-venosas 	CGERA	<ul style="list-style-type: none"> • Esplenectomia / esplenorrafia • Hepatectomia / hepatorrafia • Hernioplastia hiatal • Herniorrafia (sem inflamação/ infecção) diafragmática / inguinal/ umbilical / crural • Pancreatectomia

Obs: Os procedimentos descritos por especialidade cirúrgica serão considerados conforme a equipe cirúrgica responsável por sua realização no hospital (Ex: cirurgia geral X cirurgia gástrica).

Última linha: Total. O arquivo em planilha "Excel" já calcula automaticamente o número total de casos e de cirurgias, bem como o taxa de infecção em cirurgia limpa. **NÃO PREENCHER ESTE CAMPO.**

PLANILHA 1B - INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO EM PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS SELECIONADOS

PLANILHA 1B - INFECÇÕES DE SÍTIO CIRÚRGICO SEGUNDO TIPO DE CIRURGIA				
IMPORTANTE: NÃO EDITAR AS PLANILHAS.				
Indicação: indicado para preenchimento por hospitais e clínicas-dia que realizam as seguintes cirurgias: apendicectomia laparoscópica, artroplastia de joelho , artroplastia total de quadril , colectomia laparoscópica, colecistectomia laparoscópica, craniotomia, derivação ventricular interna (DVP) , herniorrafia/hernioplastia laparoscópica, histerectomia laparoscópica, mastectomia, mamoplastia com implante mamário , parto cesariano e revascularização do miocárdio .*				
* Notificação obrigatória ANVISA				
Indicador que será gerado: Taxa de Incidência de infecção de sítio cirúrgico segundo tipo de cirurgia (%)				
Fórmula de cálculo: n° total de infecções de sítio cirúrgico (ISC)/n° total de cirurgias realizadas x 100				
Preencher com (X) se realiza Vigilância pós-alta por tipo de cirurgia				
Preencher um quadro para cada mês do ano e enviar os dados mensalmente.				
Janeiro				
Tipo de Cirurgia	Número total de infecções de sítio cirúrgico (ISC)	Número de cirurgias realizadas	Taxa de Infecção de sítio cirúrgico (%)	Vigilância pós-alta
Apendicectomia laparoscópica			#DIV/0!	
Artroplastia de joelho			#DIV/0!	
Artroplastia total de quadril			#DIV/0!	
Colectomia laparoscópica			#DIV/0!	
Colecistectomia laparoscópica			#DIV/0!	
Craniotomia			#DIV/0!	
Derivação ventricular interna			#DIV/0!	
Herniorrafia/hernioplastia laparoscópica			#DIV/0!	
Histerectomia laparoscópica			#DIV/0!	
Mastectomia			#DIV/0!	
Mamoplastia com implante mamário			#DIV/0!	
Parto cesariano			#DIV/0!	
Revascularização do miocárdio			#DIV/0!	

Indicação: deve ser preenchida para notificação das ISC, por hospitais e clínicas-dia que realizam as seguintes cirurgias: apendicectomia, artroplastia do joelho, artroplastia total do quadril, colecistectomia, colectomia, craniotomia, derivação ventricular interna, herniorrafia/hernioplastia, histerectomia, mastectomia, mamoplastia com implante mamário, parto cesariano e revascularização do miocárdio (Quadro 14).

Para 2019, os procedimentos de notificação obrigatória para ANVISA são: artroplastia do joelho, artroplastia total do quadril, derivação ventricular interna (DVP), mamoplastia com implante mamário, parto cesariano e revascularização do miocárdio.

Quadro 14. Procedimentos cirúrgicos selecionados e critérios para notificação.

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO	CRITÉRIO PARA NOTIFICAÇÃO
Apendicectomia	Procedimento cirúrgico para remoção do apêndice, realizada por laparoscopia.
Artroplastia do joelho	Procedimento cirúrgico para colocação de prótese no joelho.
Artroplastia total do quadril	Procedimento cirúrgico para colocação de prótese no quadril.
Colecistectomia	Procedimento cirúrgico para remoção da vesícula biliar, realizada por laparoscopia.
Colectomia	Procedimento cirúrgico para incisão, ressecção ou anastomose do intestino grosso, realizada por laparoscopia.
Craniotomia	Procedimento cirúrgico para abertura do crânio, com o objetivo de ter acesso às meninges ou à massa encefálica.
Derivação Ventricular interna	Procedimento cirúrgico para implante de derivações internas neurológicas, exceto derivação ventricular externa (DVE) e derivação lombar externa (DLE)
Herniorrafias/ hernioplastias	Procedimento cirúrgico para reparação de hérnia inguinal, diafragmática, femoral, umbilical, ou hérnia da parede abdominal anterior, realizada por laparoscopia.
Histerectomia	Procedimento cirúrgico para remoção do útero, realizada por laparoscopia.
Mastectomia	Procedimento cirúrgico para excisão de lesão ou tecido da mama.
Mamoplastia com implante mamário	Procedimento cirúrgico que transforma e modifica o formato das mamas com implante de prótese mamária
Parto Cesariano	Resolução obstétrica por parto cesárea.
Revascularização do miocárdio	Procedimento cirúrgico de incisão torácica para vascularização direta do coração.

NÃO NOTIFICAR:

- ISC de procedimentos cirúrgicos realizados em sítio com infecção.
- ISC de procedimentos cirúrgicos que caracterizem exclusivamente punção e/ou drenagem
- Apendicectomia acidental por outro procedimento.
- Artroplastia parcial do quadril.

- Para revascularização do miocárdio não notificar ISC da área doadora do enxerto.

Indicador que será gerado: Incidência de infecção de sítio cirúrgico para os procedimentos cirúrgicos (PC) selecionados.

Fórmula de cálculo: $(ISC / PC) \times 100$ – número de infecções de sítio cirúrgico dividido pelo número de procedimentos cirúrgicos selecionados realizados.

Primeira coluna: Procedimento cirúrgico – já está preenchida com o nome do procedimento. Preencher com “0” o procedimento que a instituição não realiza. **Não inserir procedimentos nesta coluna.**

Segunda coluna: Número total de ISC para o tipo de procedimento cirúrgico. Incluir todos os casos diagnosticados de infecção, independente da topografia (incisional ou órgão-espço).

Terceira coluna: Número total de cirurgias por procedimento realizado no período, de acordo com o procedimento cirúrgico selecionado.

Quarta coluna: cálculo automático da taxa de ISC (%). Não preencher.

Quinta coluna: Indicar se a instituição realiza vigilância pós-alta para o procedimento cirúrgico selecionado.

PLANILHA 2 - INFECÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE ADULTO, CORONARIANA E PEDIÁTRICA

Janeiro								
Unidade	PN (Número de pneumonias associadas a ventilador mecânico)	IPCS Laboratorial (Número de IPCS laboratorial associada a cateter central)	IPCS Clínica (Número de IPCS clínica associada a cateter central)	IU (Número de infecções urinárias associadas a sonda vesical de demora)	VM (Número de pacientes com ventilador mecânico/dia)	CT (Número de pacientes com cateter central / dia)	SV (Número de pacientes com sonda vesical de demora / dia)	Pacientes-dia
UTI - 1								
UTI - 2								
UTI - 3								
UTI - 4								
UCO								
UTIPE								
Unidade	DI PN X VM	DI IPCS Lab X CT	DI IPCS Clin X CT	DI IU X SV	TX VM	TX CT	TX SV	
UTI - 1	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
UTI - 2	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
UTI - 3	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
UTI - 4	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
UCO	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
UTIPE	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	

Indicação: indicado para preenchimento por hospitais gerais ou especializados que possuem qualquer uma das seguintes unidades (ou todas): Unidade de Tratamento Intensivo Adulto (UTI); Unidade Coronariana (UCO), Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico (UTIPE).

Primeira coluna: já está pré-preenchida. Para os hospitais que possuem mais do que uma UTI, numerar as UTIs de 1 a 4 e notificar todo mês na mesma ordem de numeração.

Segunda coluna: PN (pneumonia associada ao ventilador mecânico). Preencher com o número total de pneumonias hospitalares diagnosticadas em pacientes em uso de ventilador mecânico para cada UTI.

DI PN X VM: cálculo automático da densidade de incidência de pneumonias em pacientes com ventilação mecânica. **NÃO PREENCHER ESTE CAMPO.**

Terceira coluna: IPCS Laboratorial (infecção primária da corrente sanguínea com confirmação laboratorial associada a cateter central). Preencher com o número total de infecções diagnosticadas no mês, laboratorialmente confirmadas, em pacientes em uso de cateter central para cada UTI.

DI IPCS Lab X CT: cálculo automático da densidade de incidência de infecção primária da corrente sanguínea laboratorial em pacientes com cateter central. **NÃO PREENCHER ESTE CAMPO.**

Quarta coluna: IPCS Clínica (infecção primária da corrente sanguínea sem confirmação laboratorial, ou seja, sepse clínica, associada a cateter central). Preencher com o número total de infecções diagnosticadas no mês, em pacientes em uso de cateter central para cada UTI.

DI IPCS Clin X CT: cálculo automático da densidade de incidência de infecção primária da corrente sanguínea clínica em pacientes com cateter central. **NÃO PREENCHER ESTE CAMPO.**

Quinta coluna: IU (infecção urinária associada à sonda vesical de demora). Preencher com o número total de infecções urinárias, incluindo somente as infecções urinárias sintomáticas diagnosticadas em pacientes em uso de sonda vesical de demora para cada UTI.

DI IU X SV: cálculo automático da densidade de incidência de infecções urinárias em pacientes com sonda vesical de demora. **NÃO PREENCHER ESTE CAMPO.**

Sexta coluna: VM (pacientes com ventilador mecânico-dia). Preencher com a soma total dos dias de pacientes em uso de ventilador mecânico no período de um mês, para cada unidade.

TX VM: cálculo automático da taxa de utilização de ventilação mecânica. **NÃO PREENCHER ESTE CAMPO.**

Sétima coluna: CT (pacientes com cateter central-dia). Preencher com a soma total dos dias de pacientes com cateter central no período de um mês, para cada unidade. Na coleta de dados de vigilância, contabilizar somente um cateter por paciente.

TX CT: cálculo automático da taxa de utilização de cateter central. **NÃO PREENCHER ESTE CAMPO.**

Oitava coluna: SV (pacientes com sonda vesical-dia). Preencher com a soma total dos dias de pacientes com sonda vesical de demora no período de um mês, para cada unidade.

TX SV: cálculo automático da taxa de utilização de sonda vesical de demora. **NÃO PREENCHER ESTE CAMPO.**

Nona coluna: Pacientes-dia. Preencher com a soma total dos dias de internação de todos os pacientes no período de um mês, para cada unidade.

Quadro 15. Exemplo de cálculo de pacientes-dia e procedimentos-dia para uma Unidade de Terapia Intensiva de Adulto com 5 leitos, no período de 1 semana.

Dia do mês	PAC (Número de pacientes Internados)	VM (Número de pacientes em ventilação mecânica)	CT (Número de pacientes com cateter central)	SV (Número de pacientes com sonda vesical de demora)
1	3	3	3	3
2	4	4	3	3
3	4	4	4	4
4	5	5	4	5
5	5	5	5	5
6	4	4	3	3
7	3	3	3	3
Total	28	28	25	26

Conclusão: para o exemplo citado (período de 1 semana) temos: 28 pacientes-dia; 28 ventiladores-dia; 25 cateteres-dia e 26 sondas-dia.

Décima à Décima terceira colunas:

CHECK LIST DE VERIFICAÇÃO DAS PRÁTICAS DE INSERÇÃO DO CATETER VENOSO CENTRAL (CVC) EM UTI ADULTO

Segundo ANVISA, a partir de 2018, será obrigatória, para os hospitais com **leito de UTI adulto**, a notificação dos seguintes dados:

- Número total de cateter venoso central (CVC) inserido na UTI adulto no período de vigiância;
- Número total de *checklist* de inserção de CVC aplicado na UTI adulto no período de vigiância;
- Número total de CVC inserido seguindo todas as recomendações do *checklist*.

	INDICADOR DE PROCESSO		
Unidade	CT Número total de CVC inseridos na UTI	Número de checklist de inserção aplicados na UTI	Número total de CVC inserido seguindo todas as recomendações do checklist
UTI - 1			
UTI - 2			
UTI - 3			
UTI - 4			
UCO			
UTIPE			
Unidade		Adesão ao checklist	Adesão às praticas
UTI - 1		#DIV/0!	#DIV/0!
UTI - 2		✓ #DIV/0!	✓ #DIV/0!
UTI - 3		✓ #DIV/0!	✓ #DIV/0!
UTI - 4		✓ #DIV/0!	✓ #DIV/0!
UCO		✓ #DIV/0!	✓ #DIV/0!
UTIPE		✓ #DIV/0!	✓ #DIV/0!

Assim, serão calculados os seguintes indicadores:

- Adesão ao *Checklist* de Verificação das Práticas de Inserção Segura de Cateter Venoso Central (VPIS-CVC) na UTI Adulto.
- Adesão às Práticas de Inserção Segura de CVC na UTI adulto.

Para fins de notificação em 2018, devem ser informados apenas os dados dos *checklists* aplicados em **UTI adulto**, entretanto o hospital pode definir outros setores para sua aplicação. Na planilha existem campos disponíveis para UCO e UTI Pediátrica, bem como UTI Adulto de 1 a 4.

Também para fins de notificação, **deve ser considerado CVC inserido, seguindo todas as recomendações do checklist, ou seja, todos os itens do bundle de prevenção devem estar em conformidade (100% conformidade)**. As seguintes ações preventivas são recomendações da ANVISA: higienizar as mãos; realizar antissepsia da pele, esperar o antisséptico secar completamente antes de proceder à punção; utilizar barreira máxima com: luvas, avental estéreis, gorro, máscara e óculos de proteção; utilizar campo estéril que cubra todo o corpo do paciente (cabeça aos pés); realizar curativo oclusivo com gaze e fita adesiva estéril ou cobertura transparente semipermeável estéril, conforme Anexo VII, constante na NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 05/2018. (Quadro 16)

Quadro 16. Ações preventivas de Práticas de Inserção Segura de CVC

Ação preventiva
Higienizar as mãos (com produto alcoólico ou água e sabonete antisséptico)
Realizar a antissepsia da pele com gluconato de clorexidina ≥ 0,5% ou PVPI alcoólico 10%.
Esperar o antisséptico secar completamente antes de proceder à punção.
Utilizar barreira máxima com: luvas, avental estéreis, gorro, máscara e óculos de proteção.
Utilizar campo estéril que cubra todo o corpo do paciente (cabeça aos pés)
Realizar curativo oclusivo com gaze e fita adesiva estéril ou cobertura transparente semipermeável estéril

Fonte: Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº05/2018 adaptada

PLANILHA 3 - INFECÇÃO EM UTI NEONATAL

Janeiro						
Faixa de Peso ao nascer	PN (Número de pneumonias associadas ao uso de ventilador mecânico)	IPCS Laboratorial (Número de IPCS Laboratorial associada a cateter central)	IPCS Clínica (Número de IPCS Clínica associada a cateter central)	VM (Número de pacientes com ventilador mecânico/dia)	CT (Número de pacientes com cateter central/dia)	Pacientes-dia
A- <750g						
B- 750-999g						
C- 1000-1499g						
D- 1500-2499g						
E- >=2500g						
Peso ao nascer	DI PN X VM	DI IPCS Lab X CT	DI IPCS Clin X CT	TX VM	TX CT	
A- <750g	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
B- 750-999g	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
C- 1000-1499g	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
D- 1500-2499g	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
E- >=2500g	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	

Indicação: indicado para preenchimento por hospitais gerais que possuem Berçário de Alto Risco ou UTI NEONATAL

Primeira coluna: já está pré-preenchida. Define a estratificação do grupo de pacientes internados no Berçário de Alto Risco ou UTI Neonatal segundo o peso ao nascer. **Os pacientes devem ser inseridos em seu estrato de acordo com o peso ao nascer e devem permanecer nesta categoria durante toda a internação. Não considerar as variações de peso ao longo do tempo.**

Segunda coluna: PN (pneumonias associadas ao ventilador mecânico) Preencher com o número total de pneumonias hospitalares diagnosticadas em pacientes em uso de ventilador mecânico para cada estrato de peso ao nascer.

DI PN X VM: cálculo automático da densidade de incidência de pneumonias em pacientes com ventilação mecânica. **NÃO PREENCHER ESTE CAMPO.**

Terceira coluna: IPCS Laboratorial (infecções primárias de corrente sanguínea com confirmação laboratorial associadas ao uso de cateter central). Preencher com o número total de **infecções primárias de corrente sanguínea com confirmação laboratorial** diagnosticadas em pacientes em uso de cateter central ou umbilical, para cada estrato de peso ao nascer.

DI IPCS Lab X CT: cálculo automático da densidade de incidência de infecções da corrente sanguínea com confirmação laboratorial em pacientes com cateter central/umbilical. **NÃO PREENCHER ESTE CAMPO.**

Quarta coluna: IPCS Clínica (infecções primárias de corrente sanguínea clínicas associadas ao uso de cateter central). Preencher com o número total de **infecções primárias de corrente sanguínea clínica** diagnosticadas em pacientes em uso de cateter central ou umbilical, para cada estrato de peso ao nascer.

DI IPCS Clin X CT: cálculo automático da densidade de incidência de **infecção primária da corrente sanguínea clínica** em pacientes com cateter central/umbilical. **NÃO PREENCHER ESTE CAMPO.**

Quinta coluna: VM (pacientes com ventilador mecânico-dia). Preencher com a soma dos dias de pacientes em uso de ventilador mecânico no período de um mês, para cada estrato de peso ao nascer.

TX VM: cálculo automático da taxa de utilização de ventilação mecânica. **NÃO PREENCHER ESTE CAMPO.**

Sexta coluna: CT (pacientes com cateter central-dia). Preencher com a soma dos dias de pacientes em uso de cateter central no período de um mês, para cada estrato de peso ao nascer.

TX CT: cálculo automático da taxa de utilização de cateter central. **NÃO PREENCHER ESTE CAMPO.**

Sétima coluna: Pacientes-dia. Preencher com a soma total dos dias de internação de todos os pacientes no período de um mês, para cada estrato de peso ao nascer.

Obs.: ver exemplo de cálculo de dispositivos-dia e pacientes-dia no exemplo abaixo.

Quadro 17. Exemplo de cálculo de pacientes-dia e procedimentos-dia para uma Unidade de Terapia Intensiva com 25 leitos, no período de 1 semana.

Dia do mês	PN < 750 g			PN 750g a 999g			PN 1000 – 1499g			PN 1500 – 2499g			PN ≥2500g		
	PAC	VM	CT	PAC	VM	CT	PAC	VM	CT	PAC	VM	CT	PAC	VM	CT
1	2	2	2	5	5	5	10	9	5	6	2	1	1	0	1
2	2	2	2	5	4	3	10	9	5	6	2	1	1	0	1
3	1	1	1	6	5	4	9	9	5	5	2	0	1	0	1
4	1	1	1	4	4	4	9	8	3	5	2	0	1	0	1
5	1	1	1	5	5	3	9	8	2	5	2	0	1	0	1
6	1	1	1	5	5	3	10	9	1	4	2	0	1	0	1
7	1	1	1	5	5	3	10	7	1	4	2	0	1	0	1
Total	9	9	9	35	33	25	67	59	22	35	14	2	7	0	7

PN = peso ao nascimento; PAC = nº pacientes internados; VM = nº pacientes em ventilação mecânica; CT = nº pacientes com cateter central

PLANILHA 5 e 5B- HEMOCULTURAS DE UTI ADULTO, CORONARIANA, PEDIÁTRICA E NEONATAL

Janeiro
Microrganismo
<i>Acinetobacter baumannii</i> RESISTENTE a carbapenêmico
<i>Acinetobacter baumannii</i> SENSÍVEL a carbapenêmico
<i>Acinetobacter baumannii</i> RESISTENTE a polimixina B e/ou polimixina E (colistina)
<i>A. calcoaceticus</i> , <i>A. nosocomialis</i> , <i>A. pittii</i> , <i>A. seifertii</i> RESISTENTES a carbapenêmico
<i>A. calcoaceticus</i> , <i>A. nosocomialis</i> , <i>A. pittii</i> , <i>A. seifertii</i> SENSÍVEIS a carbapenêmico
<i>A. calcoaceticus</i> , <i>A. nosocomialis</i> , <i>A. pittii</i> , <i>A. seifertii</i> RESISTENTES a polimixina B e/ou polimixina E (colistina)
<i>Burkholderia cepacia</i> complexo RESISTENTE a cefatzidima
<i>Burkholderia cepacia</i> complexo SENSÍVEL a cefatzidima
<i>Burkholderia cepacia</i> complexo RESISTENTE a carbapenêmico
<i>Burkholderia cepacia</i> complexo SENSÍVEL a carbapenêmico
<i>Burkholderia cepacia</i> complexo RESISTENTE a sulfametoxazol/trimetoprim
<i>Burkholderia cepacia</i> complexo SENSÍVEL a sulfametoxazol/trimetoprim
<i>Candida albicans</i> complexo
<i>Candida glabrata</i> complexo
<i>Candida guilliermondii</i> complexo
<i>Candida krusei</i> complexo
<i>Candida lusitanae</i> complexo
<i>Candida parapsilosis</i> complexo
<i>Candida tropicalis</i> complexo
<i>Candidas</i> não <i>albicans</i> (Outras espécies)
<i>Enterobacter</i> spp RESISTENTE a carbapenêmico e cefalosporina de 4ª geração (cefepime)
<i>Enterobacter</i> spp SENSÍVEL a carbapenêmico e cefalosporina de 4ª geração
<i>Enterobacter</i> spp SENSÍVEL a carbapenêmico e RESISTENTE a cefalosporina de 4ª geração
<i>Enterobacter</i> spp RESISTENTE a carbapenêmico e RESISTENTE a polimixina B e/ou polimixina E (colistina)
<i>Enterococcus faecalis</i> RESISTENTE a vancomicina
<i>Enterococcus faecalis</i> SENSÍVEL a vancomicina
<i>Enterococcus faecium</i> RESISTENTE a vancomicina
<i>Enterococcus faecium</i> SENSÍVEL a vancomicina
<i>Enterococcus</i> spp (exceto <i>E. faecalis</i> e <i>E. faecium</i>) RESISTENTE a vancomicina
<i>Enterococcus</i> spp (exceto <i>E. faecalis</i> e <i>E. faecium</i>) SENSÍVEL a vancomicina
<i>Escherichia coli</i> RESISTENTE a carbapenêmico e cefalosporinas de 3ª (ceftriaxona, cefotaxima, ceftazidima) e/ou de 4ª geração (cefepime)
<i>Escherichia coli</i> SENSÍVEL a carbapenêmico e cefalosporinas de 3ª e/ou 4ª geração
<i>Escherichia coli</i> SENSÍVEL a carbapenêmico e RESISTENTE a cefalosporina de 3ª e/ou 4ª geração (cefepime)
<i>Escherichia coli</i> RESISTENTE a polimixina B e/ou polimixina E (colistina) e SENSÍVEL a carbapenêmico
<i>Escherichia coli</i> RESISTENTE a carbapenêmico e RESISTENTE a polimixina B e/ou polimixina E (colistina)
<i>Klebsiella pneumoniae</i> RESISTENTE a carbapenêmico e cefalosporinas de 3ª e/ou 4ª geração
<i>Klebsiella pneumoniae</i> SENSÍVEL a carbapenêmico e cefalosporina de 3ª e/ou 4ª geração
<i>Klebsiella pneumoniae</i> SENSÍVEL a carbapenêmico e RESISTENTE a cefalosporinas de 3ª e/ou 4ª geração (cefepime)
<i>Klebsiella pneumoniae</i> RESISTENTE a carbapenêmico e RESISTENTE a polimixina B e/ou polimixina E (colistina)
<i>Klebsiella pneumoniae</i> RESISTENTE a polimixina B e/ou polimixina E (colistina) e SENSÍVEL a carbapenêmico
Outras Enterobactérias (<i>Proteus</i> , <i>Morganella</i> , <i>Citrobacter</i> , <i>Providencia</i> spp) RESISTENTES a carbapenêmico e cefalosporinas de 3ª e/ou 4ª geração
Outras Enterobactérias (<i>Proteus</i> , <i>Morganella</i> , <i>Citrobacter</i> , <i>Providencia</i> spp) SENSÍVEIS a carbapenêmico e cefalosporinas de 3ª e/ou 4ª geração
Outras Enterobactérias (<i>Proteus</i> , <i>Morganella</i> , <i>Citrobacter</i> , <i>Providencia</i> spp) SENSÍVEIS a carbapenêmico e RESISTENTES a cefalosporinas de 3ª e/ou 4ª geração
<i>Pseudomonas aeruginosa</i> RESISTENTE a carbapenêmico
<i>Pseudomonas aeruginosa</i> SENSÍVEL a carbapenêmico
<i>Pseudomonas aeruginosa</i> RESISTENTE a polimixina B e/ou polimixina E (colistina)
<i>Serratia</i> spp. RESISTENTE a carbapenêmico e cefalosporinas de 3ª e/ou 4ª geração
<i>Serratia</i> spp. SENSÍVEL a carbapenêmico e cefalosporinas de 3ª e/ou 4ª geração
<i>Serratia</i> spp. SENSÍVEL a carbapenêmico e RESISTENTE a cefalosporinas de 3ª e/ou 4ª geração
<i>Serratia</i> spp. SENSÍVEL a cefalosporinas de 3ª e/ou 4ª geração e RESISTENTE a carbapenêmico
<i>Staphylococcus aureus</i> SENSÍVEL a vancomicina e oxacilina
<i>Staphylococcus aureus</i> SENSÍVEL a vancomicina e RESISTENTE a oxacilina
<i>Staphylococcus aureus</i> RESISTENTE a vancomicina e oxacilina
<i>Staphylococcus aureus</i> INTERMEDIÁRIO a vancomicina
<i>Staphylococcus</i> coagulase negativo (<i>S. epidermidis</i> , <i>S. haemolyticus</i> , <i>S. hominis</i> , <i>S. lugdunensis</i>) SENSÍVEL a vancomicina e oxacilina
<i>Staphylococcus</i> coagulase negativo (<i>S. epidermidis</i> , <i>S. haemolyticus</i> , <i>S. hominis</i> , <i>S. lugdunensis</i>) SENSÍVEL a vancomicina e RESISTENTE a oxacilina
<i>Staphylococcus</i> coagulase negativo (<i>S. epidermidis</i> , <i>S. haemolyticus</i> , <i>S. hominis</i> , <i>S. lugdunensis</i>) RESISTENTE a vancomicina e oxacilina
<i>Staphylococcus</i> coagulase negativo (<i>S. epidermidis</i> , <i>S. haemolyticus</i> , <i>S. hominis</i> , <i>S. lugdunensis</i>) INTERMEDIÁRIO a vancomicina
<i>Stenotrophomonas maltophilia</i> RESISTENTE a sulfametoxazol/trimetoprim e/ou levofloxacino
<i>Stenotrophomonas maltophilia</i> SENSÍVEL a sulfametoxazol/trimetoprim e/ou levofloxacino
<i>Stenotrophomonas maltophilia</i> RESISTENTE a levofloxacina e SENSÍVEL a sulfametoxazol/trimetoprim
<i>Stenotrophomonas maltophilia</i> SENSÍVEL a levofloxacina e RESISTENTE a sulfametoxazol/trimetoprim
Outros microrganismos (Especificar): _____
Total de microrganismos isolados em pacientes com IPCS
Total de IPCS Lab notificada (para efeito de comparabilidade)

Indicação: indicado para preenchimento por hospitais gerais ou especializados que possuem qualquer uma das seguintes unidades (ou todas): Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) Adulto e/ou Unidade Coronariana (UCO) e/ou Pediátrica e/ou neonatal.

Em primeiro lugar, as seguintes perguntas devem ser respondidas na planilha de hemoculturas:

1-QUE RECOMENDAÇÃO TÉCNICA É SEGUIDA PELO LABORATÓRIO DE MICROBIOLOGIA RESPONSÁVEL PELA LIBERAÇÃO DO LAUDO? (MARQUE COM UM X AS OPÇÕES):

- 1-CLSI
- 2-EUCAST/ BRCAS
- 3-CLSI + EUCAST/ BRCAS
- 4-OUTRA: _____

2- O LABORATÓRIO REALIZA MICRODILUIÇÃO EM CALDO PARA TESTAR RESISTÊNCIA À POLIMIXINA?

- SIM ()
- NÃO ()

<p>QUE RECOMENDAÇÃO TÉCNICA É SEGUIDA PELO LABORATÓRIO DE MICROBIOLOGIA RESPONSÁVEL PELA LIBERAÇÃO DO LAUDO? (MARQUE COM UM X AS OPÇÕES):</p> <p>1-CLSI</p> <p>2-EUCAST/ BRCAS</p> <p>3-CLSI + EUCAST/ BRCAS</p> <p>4-OUTRA: _____</p>	<table border="1" style="width: 100%; height: 40px;"> <tr><td style="width: 50%;"></td><td style="width: 50%;"></td></tr> </table>								

<p>O LABORATÓRIO REALIZA MICRODILUIÇÃO EM CALDO PARA TESTAR RESISTÊNCIA À POLIMIXINA?</p>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center; font-size: 8px;">SIM</td> <td style="width: 50%; text-align: center; font-size: 8px;">NÃO</td> </tr> </table>	SIM	NÃO
SIM	NÃO		

A seguir, deve ser feito o preenchimento dos microrganismos identificados em IPCS confirmada laboratorialmente, de acordo com o perfil de resistência encontrado:

Primeira coluna: Já está preenchida de acordo com as diretrizes da ANVISA. Indica os principais microrganismos envolvidos em IPCS Laboratorial associada à CVC em UTI Adulto e/ou Coronariana e/ou Pediátrica e/ou neonatal e os principais marcadores de resistência microbiana.

Obs:

- Carbapenêmico: imipenem, meropenem e ertapenem.
- Cefalosporinas de 3ª geração: ceftriaxone, ceftazidima e cefotaxima.
- Cefalosporinas de 4ª geração: cefepime
- Outras Enterobactérias: são exemplos de microrganismos que pertencem a este grupo, *Citrobacter spp*, *Proteus spp.*, *Providencia spp.*, *Morganella spp.*, *Yersinia spp.*
- No complexo *Burkholderia cepacia* estão contempladas: *B. cepacia*; *B. multivorans*; *B. cenocepacia*; *B. stabilis*; *B. vietnamiensis*; *B. dolosa*; *B. ambifaria*; *B. anthina*; *B. pyrrocinia*; *B. ubonensis*.
- Staphylococcus* Coagulase Negativo: são exemplos de microrganismos que pertencem a este grupo: *Staphylococcus epidermidis*, *S. haemolyticus*, *S. hominis*, *S. lugdunensis*, *S.*

simulans, *S. warneri*, *S.xyloso*, *S. capitis*, *S. saprophyticus*, *S.auriculares*, *S. sciuri*. **Muita atenção: Não digitar em Outros microrganismos!!**

- Outros Microrganismos: preencher com o número e descrevê-lo quando o microrganismo não estiver contemplado em nenhum outro da lista, indicando o perfil de resistência antimicrobiana: para gram negativos (carbapenêmico, cefalosporinas de 3ª e 4ª e polimixina B e/ou polimixina E-Colistina) e gram positivos (vancomicina, teicoplanina e linezolida). Ex; *Klebsiella* spp;
- Para os microrganismos indicados como spp., preencher somente para aqueles em que não se chegou a espécie na identificação laboratorial.

Segunda coluna: Número de microrganismos isolados em hemoculturas de pacientes com IPCS Lab associada à CVC internados nas UTI Adulto (Plan5) e Pediátrica (Plan5B). Preencher com o número de microrganismos isolados em hemoculturas de pacientes com IPCS Lab associada à CVC no período de um mês.

Obs:

- No caso de coleta de mais de uma amostra de hemocultura em um mesmo momento, com a identificação da mesma bactéria, independentemente do número de amostras positivas, CONSIDERAR O MICRORGANISMO APENAS UMA VEZ.
- O número de microrganismos notificados nas planilhas de hemoculturas para as UTI deve corresponder ao número de infecções de corrente sanguínea laboratorialmente confirmadas (IPCS Lab) associadas a cateter venoso central (CVC) notificadas na planilha de UTI (planilha 2 e 3). Dessa forma, o número de microrganismos notificados nas planilhas de hemoculturas deve ser igual ou maior (no caso da identificação de mais de um microrganismo em uma mesma amostra de hemocultura) ao número de IPCSL associada à CVC notificado mensalmente.

Terceira coluna: Cálculo automático da distribuição percentual de microrganismos isolados em hemoculturas de pacientes com IPCS Lab associada à CVC nas UTI Adulto (Plan5) e Pediátrica (Plan5B). **NÃO PREENCHER ESTE CAMPO.**

Quarta coluna: Número de microrganismos isolados em hemoculturas de pacientes com IPCS Lab associada à CVC internados na UCO (Plan5) e UTI Neo (Plan5B). Preencher com o número de microrganismos isolados em hemoculturas de pacientes com IPCS Lab, no período de um mês.

Quinta coluna: Cálculo automático da distribuição percentual de microrganismos isolados em hemoculturas de pacientes com IPCS Lab associada à CVC na UCO (Plan5) e UTI neo (Plan5B). **NÃO PREENCHER ESTE CAMPO.**

PLANILHA 5C– UROCULTURAS DE UTI ADULTO, CORONARIANA E PEDIÁTRICA

Janeiro
Microrganismo
<i>Acinetobacter baumannii</i> RESISTENTE a carbapenêmico
<i>Acinetobacter baumannii</i> SENSÍVEL a carbapenêmico
<i>Acinetobacter baumannii</i> RESISTENTE a polimixina B e/ou polimixina E (colistina)
<i>A. calcoaceticus</i> , <i>A. nosocomialis</i> , <i>A. pittii</i> , <i>A. seifertii</i> RESISTENTES a carbapenêmico
<i>A. calcoaceticus</i> , <i>A. nosocomialis</i> , <i>A. pittii</i> , <i>A. seifertii</i> SENSÍVEIS a carbapenêmico
<i>A. calcoaceticus</i> , <i>A. nosocomialis</i> , <i>A. pittii</i> , <i>A. seifertii</i> RESISTENTES a polimixina B e/ou polimixina E (colistina)
<i>Candida albicans</i> complexo
<i>Candida glabrata</i> complexo
<i>Candida guilliermondii</i> complexo
<i>Candida krusei</i> complexo
<i>Candida lusitanae</i> complexo
<i>Candida parapsilosis</i> complexo
<i>Candida tropicalis</i> complexo
<i>Candidas</i> não albicans (Outras espécies)
<i>Enterobacter</i> spp RESISTENTE a carbapenêmico e cefalosporina de 4ª geração (cefepime)
<i>Enterobacter</i> spp SENSÍVEL a carbapenêmico e cefalosporina de 4ª geração
<i>Enterobacter</i> spp SENSÍVEL a carbapenêmico e RESISTENTE a cefalosporina de 4ª geração
<i>Enterobacter</i> spp RESISTENTE a carbapenêmico e RESISTENTE a polimixina B e/ou polimixina E (colistina)
<i>Enterococcus</i> spp RESISTENTE a vancomicina
<i>Enterococcus</i> spp SENSÍVEL a vancomicina
<i>Enterococcus faecalis</i> RESISTENTE a vancomicina
<i>Enterococcus faecalis</i> SENSÍVEL a vancomicina
<i>Enterococcus faecium</i> RESISTENTE a vancomicina
<i>Enterococcus faecium</i> SENSÍVEL a vancomicina
<i>Escherichia coli</i> RESISTENTE a carbapenêmico e cefalosporinas de 3ª (ceftriaxona, cefotaxima, ceftazidima) e/ou de 4ª geração (cefepime)
<i>Escherichia coli</i> SENSÍVEL a carbapenêmico e cefalosporinas de 3ª e/ou 4ª geração
<i>Escherichia coli</i> SENSÍVEL a carbapenêmico e RESISTENTE a cefalosporina de 3ª e/ou 4ª geração (cefepime)
<i>Escherichia coli</i> RESISTENTE a polimixina B e/ou polimixina E (colistina) e SENSÍVEL a carbapenêmico
<i>Escherichia coli</i> RESISTENTE a polimixina B e/ou polimixina E (colistina) e RESISTENTE a carbapenêmico
<i>Klebsiella pneumoniae</i> RESISTENTE a carbapenêmico e cefalosporinas de 3ª e/ou 4ª geração
<i>Klebsiella pneumoniae</i> SENSÍVEL a carbapenêmico e cefalosporina de 3ª e/ou 4ª geração
<i>Klebsiella pneumoniae</i> SENSÍVEL a carbapenêmico e RESISTENTE a cefalosporinas de 3ª e/ou 4ª geração (cefepime)
<i>Klebsiella pneumoniae</i> RESISTENTE a carbapenêmico e RESISTENTE a polimixina B e/ou polimixina E (colistina)
<i>Klebsiella pneumoniae</i> RESISTENTE a polimixina B e/ou polimixina E (colistina) e SENSÍVEL a carbapenêmico
<i>Proteus</i> spp RESISTENTE a carbapenêmico e cefalosporinas de 3ª e/ou 4ª geração
<i>Proteus</i> spp SENSÍVEL a carbapenêmico e cefalosporinas de 3ª e/ou 4ª geração
<i>Proteus</i> spp SENSÍVEL a carbapenêmico e RESISTENTE a cefalosporinas de 3ª e/ou 4ª geração
<i>Proteus</i> spp RESISTENTE a polimixina B e/ou polimixina E (colistina)
<i>Pseudomonas aeruginosa</i> RESISTENTE a carbapenêmico
<i>Pseudomonas aeruginosa</i> SENSÍVEL a carbapenêmico
<i>Pseudomonas aeruginosa</i> RESISTENTE a polimixina B e/ou polimixina E (colistina)
<i>Serratia</i> spp. RESISTENTE a carbapenêmico e cefalosporinas de 3ª e/ou 4ª geração
<i>Serratia</i> spp. SENSÍVEL a carbapenêmico e cefalosporinas de 3ª e/ou 4ª geração
<i>Serratia</i> spp. SENSÍVEL a carbapenêmico e RESISTENTE a cefalosporinas de 3ª e/ou 4ª geração
<i>Serratia</i> spp. SENSÍVEL a cefalosporinas de 3ª e/ou 4ª geração e RESISTENTE a carbapenêmico
Outros microrganismos:
Total de microrganismos isolados em pacientes com ITU
Total de ITU notificada (para efeito de comparabilidade)

Indicação: indicado para preenchimento por hospitais gerais ou especializados que possuem qualquer uma das seguintes unidades (ou todas): Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) Adulto e/ou Unidade Coronariana (UCO) e/ou Pediátrica.

As seguintes perguntas também devem ser respondidas na planilha de urocultura:

1-QUE RECOMENDAÇÃO TÉCNICA É SEGUIDA PELO LABORATÓRIO DE MICROBIOLOGIA RESPONSÁVEL PELA LIBERAÇÃO DO LAUDO? (MARQUE COM UM X AS OPÇÕES):

- 1-CLSI
- 2-EUCAST/ BRCAS
- 3-CLSI + EUCAST/ BRCAS
- 4-OUTRA: _____

2- O LABORATÓRIO REALIZA MICRODILUIÇÃO EM CALDO PARA TESTAR RESISTÊNCIA À POLIMIXINA?

SIM () NÃO ()

QUE RECOMENDAÇÃO TÉCNICA É SEGUIDA PELO LABORATÓRIO DE MICROBIOLOGIA RESPONSÁVEL PELA LIBERAÇÃO DO LAUDO? (MARQUE COM UM X AS OPÇÕES):	
1-CLSI	<input type="checkbox"/>
2-EUCAST/ BRCAS	<input type="checkbox"/>
3-CLSI + EUCAST/ BRCAS	<input type="checkbox"/>
4-OUTRA: _____	<input type="checkbox"/>

O LABORATÓRIO REALIZA MICRODILUIÇÃO EM CALDO PARA TESTAR RESISTÊNCIA À POLIMIXINA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	SIM	NÃO

A seguir, deve ser feito o preenchimento dos microrganismos identificados em ITU, de acordo com o perfil de resistência encontrado:

Primeira coluna: Já está preenchida de acordo com as diretrizes da ANVISA. Indica os principais microrganismos envolvidos em ITU associada à SVD em UTI Adulto e/ou Coronariana e/ou Pediátrica e os principais marcadores de resistência microbiana.

Segunda coluna: Número de microrganismos isolados em UROCULTURAS de pacientes com ITU associada à SVD internados nas **UTI Adulto** no período de um mês

Terceira coluna: Cálculo automático da distribuição percentual de microrganismos. **NÃO PREENCHER ESTE CAMPO.**

Quarta coluna: Número de microrganismos isolados em UROCULTURAS de pacientes com ITU associada à SVD internados nas **UCO** no período de um mês

Quinta coluna: Cálculo automático da distribuição percentual de microrganismos. **NÃO PREENCHER ESTE CAMPO.**

Sexta coluna: Número de microrganismos isolados em UROCULTURAS de pacientes com ITU associada à SVD internados nas **UTI Pediátricas** no período de um mês

Sétima coluna: Cálculo automático da distribuição percentual de microrganismos. **NÃO PREENCHER ESTE CAMPO.**

PLANILHA 6 – CONSUMO MENSAL DE ANTIMICROBIANOS – CÁLCULO DE DOSE DIÁRIA DISPENSADA (DDD) - Parte I – PARA PREENCHIMENTO

Janeiro	Nome genérico do antimicrobiano	Apresentação	UTIA		UTIC	
			nº unidades	Total (g)	nº unidades	Total (g)
	Ampicilina-sulbactam (base sulbactam)	FR AMP 1,5G		0,00		0,00
	Ampicilina-sulbactam (base sulbactam)	FR AMP 3G		0,00		0,00
	Cefepima	FR AMP 1G		0,00		0,00
	Cefepima	FR AMP 2G		0,00		0,00
	Cefotaxima	FR AMP 1G		0,00		0,00
	Ceftazidima	FR AMP 1G		0,00		0,00
	Ceftriaxone	FR AMP 1G		0,00		0,00
	Ciprofloxacina	CP 250 MG		0,00		0,00
	Ciprofloxacina	FR AMP 200 MG		0,00		0,00
	Ciprofloxacina	FR AMP 400 MG		0,00		0,00
	Ciprofloxacina	CP 500 MG		0,00		0,00
	Ertapenem	FR AMP 1G		0,00		0,00
	Imipenem	FR AMP 250 MG		0,00		0,00
	Imipenem	FR AMP 500 MG		0,00		0,00
	Levofloxacina	FR AMP 250 MG		0,00		0,00
	Levofloxacina	FR AMP 500 MG		0,00		0,00
	Levofloxacina	CP 250 MG		0,00		0,00
	Levofloxacina	CP 500 MG		0,00		0,00
	Linezolida	BOLSA 600 MG		0,00		0,00
	Linezolida	CP 600 MG		0,00		0,00
	Meropenem	FR AMP 500 MG		0,00		0,00
	Meropenem	FR AMP 1G		0,00		0,00
	Moxifloxacino	BOLSA 400 MG		0,00		0,00
	Moxifloxacino	CP 400 MG		0,00		0,00
	Piperacilina-tazobactam (base piperacilina)	FR AMP 4,5G		0,00		0,00
	Piperacilina-tazobactam (base piperacilina)	FR AMP 2,25G		0,00		0,00
	Sulfato de Polimixina B	FR AMP 500.000 UI (50 MG)		0,00		0,00
	Sulfato de Polimixina E	FR AMP 1.000.000 UI (33 MG)		0,00		0,00
	Sulfato de Polimixina E	FR AMP 4.500.000 UI (150 MG)		0,00		0,00
	Teicoplanina	FR AMP 200 MG		0,00		0,00
	Teicoplanina	FR AMP 400 MG		0,00		0,00
	Vancomicina	FR AMP 500 MG		0,00		0,00
	Vancomicina	FR AMP 1G		0,00		0,00
	Daptomicina	FR AMP 500 MG		0,00		0,00
	Tigeciclina	FR AMP 50 MG		0,00		0,00
	Anfotericina B	FR AMP 50MG		0,00		0,00
	Anfotericina B Lipossomal	FR AMP 50MG		0,00		0,00
	Anidulafungina	FR AMP 100MG		0,00		0,00
	Caspofungina	FR AMP 50MG		0,00		0,00
	Caspofungina	FR AMP 70MG		0,00		0,00
	Fluconazol	FR 200MG		0,00		0,00
	Micafungina	FR AMP 100MG		0,00		0,00
	Voriconazol	FR AMP 200MG		0,00		0,00

Indicação: preenchimento indicado para hospitais gerais que possuem pelo menos uma das seguintes unidades (ou ambas): UTI Adulto (UTIA) e Unidade Coronariana (UTIC)

Modo de preenchimento: Preencher o **número de unidades** consumidas ou dispensadas pela farmácia do antimicrobiano, de acordo com a apresentação, utilizado na UTI Adulto (Coluna UTIA) e na UTI Coronariana (Coluna UTIC). Não incluir dados de Unidade de Terapia Pediátrica ou Neonatal.

Primeira coluna (nome genérico do antimicrobiano): Já está pré-preenchida. Lista os principais antimicrobianos utilizados em unidades de terapia intensiva.

Segunda coluna (apresentação): Apresentação dos antimicrobianos disponibilizados pela farmácia, conforme via de apresentação e quantidade em gramas ou miligramas. FR AMP = frasco ampola; CP = comprimido; BOLSA = bolsa plástica; G = gramas; MG = miligramas.

Terceira coluna (UTIA – número de unidades): Preencher para cada antimicrobiano com o número de frascos ou nº de comprimidos ou nº de bolsas plásticas utilizadas na unidade de terapia intensiva de Adulto (UTIA)

Quarta coluna (UTIA - Total em gramas): Cálculo automático para cada antimicrobiano utilizado na UTIA em gramas (G). **NÃO PREENCHER ESTA COLUNA.**

Quinta coluna (UTIC – número de unidades): Preencher para cada antimicrobiano com o número de frascos ou nº de comprimidos ou nº de bolsas plásticas utilizadas na unidade de terapia intensiva coronariana (UTIC).

Sexta coluna (UTIC - Total em gramas): Cálculo automático para cada antimicrobiano utilizado na UTIC em gramas (G). **NÃO PREENCHER ESTA COLUNA.**

Parte II – NÃO PREENCHER

UTIA				
Janeiro	A	B		
Nome genérico	Total (g)	DDD padrão	A/B	consumo
Ampicilina-sulbactam	0,00	1,00	0,00	#DIV/0!
Cefepima	0,00	4,00	0,00	#DIV/0!
Cefotaxima	0,00	4,00	0,00	#DIV/0!
Ceftazidima	0,00	4,00	0,00	#DIV/0!
Ceftriaxone	0,00	2,00	0,00	#DIV/0!
Ciprofloxacina oral	0,00	1,00	0,00	#DIV/0!
Ciprofloxacina parenteral	0,00	0,80	0,00	#DIV/0!
Ertapenem	0,00	1,00	0,00	#DIV/0!
Imipenem	0,00	2,00	0,00	#DIV/0!
Levofloxacina oral	0,00	0,50	0,00	#DIV/0!
Levofloxacina parenteral	0,00	0,50	0,00	#DIV/0!
Linezolida oral	0,00	1,20	0,00	#DIV/0!
Linezolida parenteral	0,00	1,20	0,00	#DIV/0!
Meropenem	0,00	3,00	0,00	#DIV/0!
Moxifloxacino oral	0,00	0,40	0,00	#DIV/0!
Moxifloxacino parenteral	0,00	0,40	0,00	#DIV/0!
Piperacilina-tazobactam	0,00	14,00	0,00	#DIV/0!
Sulfato de Polimixina B	0,00	0,15	0,00	#DIV/0!
Sulfato de Polimixina E	0,00	0,30	0,00	#DIV/0!
Teicoplanina	0,00	0,40	0,00	#DIV/0!
Vancomicina	0,00	2,00	0,00	#DIV/0!
Daptomicina	0,00	0,28	0,00	#DIV/0!
Tigeciclina	0,00	0,10	0,00	#DIV/0!
Anfotericina B	0,00	0,04	0,00	#DIV/0!
Anfotericina B Lipossomal	0,00	0,21	0,00	#DIV/0!
Anidulafungina	0,00	0,10	0,00	#DIV/0!
Caspofungina	0,00	0,05	0,00	#DIV/0!
Fluconazol	0,00	0,20	0,00	#DIV/0!
Micafungina	0,00	0,10	0,00	#DIV/0!
Voriconazol	0,00	0,40	0,00	#DIV/0!

Modo de preenchimento: NÃO PREENCHER ESTA PARTE. OS DADOS SERÃO

AUTOMATICAMENTE TRANSFERIDOS PARA AS COLUNAS E O CÁLCULO DA DDD SERÁ FEITO PARA CADA ANTIMICROBIANO UTILIZADO NA UTIA E NA UTIC, UTILIZADO COMO DENOMINADOR O Nº DE PACIENTES-DIA DAS UTIs.

UTIA e UTIC

Primeira coluna (nome genérico do antimicrobiano): Já está pré-preenchida. Lista os principais antimicrobianos agrupados pela forma de apresentação oral e parenteral.

Segunda coluna (A): Total do antimicrobiano consumido em gramas. **Cálculo automático.**

Terceira coluna (B): DDD padrão - Estão preenchidas as doses diárias padrão para cada antimicrobiano utilizado nas UTI. **Revisado de acordo com ATC/DDD da OMS.**

Quarta coluna (A/B): Fórmula - Cálculo automático para cada antimicrobiano nas UTIs entre o total utilizado em gramas (G) dividido pela DDD padrão.

Quinta coluna (consumo): Densidade de Consumo do antimicrobiano – Dose Diária Dispensada (DDD) por 1000 pacientes-dia. **Cálculo automático** – Fórmula: resultado da 4ª coluna dividido pelo nº de pacientes-dia na UTIA e UTIC x 1000.

PLANILHA 4 – CONSUMO DE PRODUTO ALCOÓLICO EM UTI

Mês do ano	UTI Adulto		
	Quantidade de produto alcóolico utilizado (mL)	Número de pacientes/dia	Consumo em mL por pac.dia
Janeiro		0	#DIV/0!
Fevereiro		0	#DIV/0!
Março		0	#DIV/0!
Abril		0	#DIV/0!
Maio		0	#DIV/0!
Junho		0	#DIV/0!
Julho		0	#DIV/0!
Agosto		0	#DIV/0!
Setembro		0	#DIV/0!
Outubro		0	#DIV/0!
Novembro		0	#DIV/0!
Dezembro		0	#DIV/0!
TOTAL	0	0	#DIV/0!

Indicação: indicado para preenchimento por hospitais gerais ou especializados que possuem qualquer uma das seguintes unidades (ou todas): Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) Adulto, Unidade Coronariana (UCO), UTI Pediátrica, UTI Neonatal.

A coleta da informação sobre a quantidade de produto alcóolico utilizado deverá representar o consumo da melhor forma possível podendo ser através de:

- Registro em planilha feita por quem faz a reposição na unidade;
- Contagem de “bags” vazios ao final do mês;
- Utilização de contador automático, etc...

O consumo mínimo esperado é de 20 ml por paciente/dia, de acordo com o preconizado pela OMS.

Modo de preenchimento: preencher a quantidade utilizada de produto alcóolico a cada mês do ano e enviar os dados mensalmente. O responsável pelo preenchimento deverá fazer o registro **somente** do consumo de produto alcóolico **em mL** a cada mês na coluna “**Quantidade de preparação alcoólica utilizada**”.

Primeira coluna: Já está preenchida com o mês do ano.

Segunda coluna: registrar a quantidade de produto alcóolico, em mL, utilizada na unidade a cada mês. Ex: Se foi utilizado 1 litro de produto alcóolico em um mês específico, será digitado 1000 mL no mês correspondente na coluna “**Quantidade de preparação alcoólica utilizada**”.

Terceira coluna: Esta coluna “**Número de pacientes/dia**” será preenchida automaticamente, após preenchimento das planilhas 2 e 3. **As planilhas estão vinculadas, favor NÃO PREENCHER ESTE CAMPO.**

Quarta coluna: Cálculo automático do Consumo de produto alcóolico (em mL) por paciente-dia na unidade. **As fórmulas já estão inseridas, favor NÃO PREENCHER ESTE CAMPO.**

Anexo 1 – Modelo de planilha para coleta de dados em UTI Adulto, Unidade Coronariana e UTI Pediátrica.

Dia do Mês	PAC (Nº pacientes internados)	VM (Nº Pacientes em ventilação mecânica)	CT (Nº pacientes com cateter central)	SV (Nº pacientes com sonda vesical de demora)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
Total				

Anexo 2 – Modelo de planilha para coleta de dados em UTI Neonatal

Dia do mês	< 750g.			750 - 999g.			1000 - 1499g.			1500 - 2499g.			≥ 2500g.		
	PAC	VM	CT	PAC	VM	CT	PAC	VM	CT	PAC	VM	CT	PAC	VM	CT
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															
21															
22															
23															
24															
25															
26															
27															
28															
29															
30															
31															
Total															