

Ficha de Encaminhamento de Cepas Bacterianas

PROCEDÊNCIA

Unidade de Saúde (Hospital)	CNES:
Laboratório Responsável:	
Município:	GRS:
Nome do Profissional de Saúde:	
Cartão Nacional de Saúde (CNS) do Profissional	Reg. Profissional (Conselho ou Matrícula):
Telefone para contato:	Assinatura:

INFORMAÇÕES DO PACIENTE

Nome do paciente:			
Data de nascimento:	Idade:	Gênero: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Ignorado	N° SINAN:
Cartão Nacional de Saúde (CNS) do Paciente:			N° de prontuário:
Documento (RG/CPF/ CNH/ CNASC):	Nome da Mãe:		
Endereço Completo:			
Bairro:	Município:	UF:	

AMOSTRA

Material clínico enviado: isolado bacteriano	Data da coleta:
Material Biológico de Origem	<input type="checkbox"/> Sangue <input type="checkbox"/> Fezes <input type="checkbox"/> Urina <input type="checkbox"/> Líquor <input type="checkbox"/> Tecido <input type="checkbox"/> Ponta de cateter <input type="checkbox"/> Lavado broncoalveolar <input type="checkbox"/> Secreção traqueal <input type="checkbox"/> Líquido pleural <input type="checkbox"/> Escarro <input type="checkbox"/> Líquido ascítico <input type="checkbox"/> Secreção ferida cirúrgica <input type="checkbox"/> Secreção ferida não cirúrgica <input type="checkbox"/> Outro:

DADOS CLÍNICOS E DA INTERNAÇÃO

Data da Internação:	<input type="checkbox"/> Transferido de outro setor <input type="checkbox"/> Transferido de outra unidade <input type="checkbox"/> Da residência
Infecção Hospitalar <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim (Qual?)	<input type="checkbox"/> Sepses clínica <input type="checkbox"/> Sepses cirúrgica <input type="checkbox"/> Sinusite <input type="checkbox"/> PAV <input type="checkbox"/> ICS <input type="checkbox"/> Infecção trato urinário <input type="checkbox"/> PNM aspirativa <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> Óbito
Infecção associada a procedimento invasivo: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim (Qual?)	<input type="checkbox"/> Cateter vesical <input type="checkbox"/> Cateter venoso <input type="checkbox"/> Cateter nasogástrico/enteral <input type="checkbox"/> Cirurgias <input type="checkbox"/> Dreno <input type="checkbox"/> Acesso venoso profundo <input type="checkbox"/> Ventilação mecânica <input type="checkbox"/> Diálise <input type="checkbox"/> Traqueostomia <input type="checkbox"/> Outros (especificar)
Doença de Base: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim (Qual?)	<input type="checkbox"/> Insuficiência renal grave <input type="checkbox"/> Insuficiência hepática <input type="checkbox"/> Transplante <input type="checkbox"/> Neutropenia <input type="checkbox"/> Meningoencefalite <input type="checkbox"/> Infecções abdominais <input type="checkbox"/> Politrauma <input type="checkbox"/> Crises convulsivas
	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Hipertensão grave <input type="checkbox"/> Choque <input type="checkbox"/> Sepses <input type="checkbox"/> Pós-operatório <input type="checkbox"/> DPOC <input type="checkbox"/> Infecções de pele <input type="checkbox"/> Abscesso <input type="checkbox"/> Neoplasia <input type="checkbox"/> Infarto <input type="checkbox"/> Síndrome vascular isquêmica <input type="checkbox"/> Fibrose cística <input type="checkbox"/> Outros
	<input type="checkbox"/> Doença da membrana hialina <input type="checkbox"/> Descolamento prévio de placenta <input type="checkbox"/> Doenças congênitas <input type="checkbox"/> Outros:
Morbidades associadas:	

USO DE ANTIBIÓTICOS

Uso de antibiótico antes desta internação	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Quais?
	Data do início:	Data do término:

USO DE ANTIBIÓTICOS DURANTE A INTERNAÇÃO

ANTIBIÓTICO		TOTAL DE DIAS	ANTIBIÓTICO		TOTAL DE DIAS
<input type="checkbox"/>	Amicacina		<input type="checkbox"/>	Eritromicina	
<input type="checkbox"/>	Ampicilina		<input type="checkbox"/>	Fluconazol	
<input type="checkbox"/>	Ampicilina+Sulbactam		<input type="checkbox"/>	Gentamicina	
<input type="checkbox"/>	Amoxicilina		<input type="checkbox"/>	Imipenem	
<input type="checkbox"/>	Amoxicilina+Clavulanato		<input type="checkbox"/>	Levofloxacina	
<input type="checkbox"/>	Anfotericina B		<input type="checkbox"/>	Meropenem	
<input type="checkbox"/>	Azitromicina		<input type="checkbox"/>	Metronidazol	
<input type="checkbox"/>	Aztreonam		<input type="checkbox"/>	Nitrofurantóina	
<input type="checkbox"/>	Cefalotina		<input type="checkbox"/>	Norfloxacina	
<input type="checkbox"/>	Cefazolina		<input type="checkbox"/>	Oxacilina	
<input type="checkbox"/>	Cefepima		<input type="checkbox"/>	Penicilina Procaína/Cristalina	
<input type="checkbox"/>	Cefotaxima		<input type="checkbox"/>	Piperacilina+Tazobactam	
<input type="checkbox"/>	Ceftazidima		<input type="checkbox"/>	Polimixa B	
<input type="checkbox"/>	Ceftriaxona		<input type="checkbox"/>	Sulfametoxazol-trimetropim	
<input type="checkbox"/>	Cefuroxima		<input type="checkbox"/>	Teicoplanina	
<input type="checkbox"/>	Ciprofloxacina		<input type="checkbox"/>	Tigeciclina	
<input type="checkbox"/>	Claritromicina		<input type="checkbox"/>	Vancomicina	
<input type="checkbox"/>	Clindamicina		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Ertapenem		<input type="checkbox"/>		

INFORMAÇÕES SOBRE O MICRORGANISMO ISOLADO

Bactéria identificada:

Método do antibiograma	<input type="checkbox"/> Disco difusão	<input type="checkbox"/> Automatizado	<input type="checkbox"/> "E-test"
Teste Fenotípico	<input type="checkbox"/> Teste de Hodge () POSITIVO () NEGATIVO	<input type="checkbox"/> Ac. Fenil Borônico () POSITIVO () NEGATIVO	
	<input type="checkbox"/> EDTA () POSITIVO () NEGATIVO	<input type="checkbox"/> Cloxacilina () POSITIVO () NEGATIVO	

ANTIBIÓTICO		S / I / R	MIC	ANTIBIÓTICO		S / I / R	MIC
<input type="checkbox"/>	Amicacina			<input type="checkbox"/>	Eritromicina		
<input type="checkbox"/>	Ampicilina			<input type="checkbox"/>	Gentamicina		
<input type="checkbox"/>	Ampicilina+Sulbactam			<input type="checkbox"/>	Imipenem		
<input type="checkbox"/>	Amoxicilina			<input type="checkbox"/>	Levofloxacina		
<input type="checkbox"/>	Amoxicilina+Clavulanato			<input type="checkbox"/>	Meropenem		
<input type="checkbox"/>	Aztreonam			<input type="checkbox"/>	Nitrofurantóina		
<input type="checkbox"/>	Cefalotina			<input type="checkbox"/>	Norfloxacina		
<input type="checkbox"/>	Cefazolina			<input type="checkbox"/>	Oxacilina		
<input type="checkbox"/>	Cefepima			<input type="checkbox"/>	Penicilina		
<input type="checkbox"/>	Cefotaxima			<input type="checkbox"/>	Piperacilina-Tazobactam		
<input type="checkbox"/>	Ceftazidima			<input type="checkbox"/>	Polimixa B		
<input type="checkbox"/>	Ceftriaxona			<input type="checkbox"/>	Sulfametoxazol-trimetropim		
<input type="checkbox"/>	Cefuroxima			<input type="checkbox"/>	Teicoplanina		
<input type="checkbox"/>	Ciprofloxacina			<input type="checkbox"/>	Tigeciclina		
<input type="checkbox"/>	Clindamicina			<input type="checkbox"/>	Vancomicina		
<input type="checkbox"/>	Ertapenem			<input type="checkbox"/>			

OBSERVAÇÕES