

**PESQUISA DE GENES DE RESISTÊNCIA**
**Ficha de Encaminhamento de Cepas Bacterianas**
**ATENÇÃO!**

- Este formulário é exclusivo para solicitação de pesquisa de genes de resistência a carbapenêmicos, polimixa B/colistina e glicopeptídeos;
- É obrigatório informar a identificação do micro-organismo e o resultado do antibiograma realizado pelo laboratório solicitante. Na falta destas informações as amostras serão recusadas;
- Micro-organismos que apresentam resistência intrínseca a carbapenêmicos e polimixina B/colistina serão recusadas;
- Placas com mais de uma bactéria e placas desidratadas serão recusadas;
- **Cepas de *Staphylococcus spp.* com suspeita de sensibilidade reduzida a glicopeptídeos só serão aceitas mediante autorização prévia do Serviço de Doenças Bacterianas e Fúngicas;**
- Situações não citadas acima: consultar Serviço de Doenças Bacterianas e Fúngicas (SDBF).

**PROCEDÊNCIA**

Unidade de Saúde de atendimento do paciente:		CNES:
Município:		GRS:
Laboratório Responsável:		
Nome do profissional de responsável pelo envio:		Reg. Profissional (Conselho ou Matrícula):
Contato do responsável pelo envio da amostra	Email:	Tel. ( )

**INFORMAÇÕES DO PACIENTE**

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

**DADOS CLÍNICOS E DA INTERNAÇÃO**

Data da Internação:	
Infecção Hospitalar	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual?
Infecção associada a procedimento invasivo?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual?
Doença de Base?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim (Qual?)
Morbidades associadas:	

**USO DE ANTIBIÓTICOS**

Uso de antibiótico ANTES desta internação	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não informado	<input type="checkbox"/> Sim	Data do início: / /	Data do término: / /
	Quais?				
Uso de antibiótico DURANTE a internação	Antibiótico	Total de dias	Antibiótico	Total de dias	

**PESQUISA DE GENES DE RESISTÊNCIA**
**Ficha de Encaminhamento de Cepas Bacterianas**
**AMOSTRA**

Material biológico de origem:

Data da coleta:

 Material clínico enviado: **isolado bacteriano (cepa)**

Data do repique:

 Amostra de SURTO?  Não  Sim. Se sim, é obrigatória a notificação a Vigilância Sanitária e envio do formulário FormSUS.

**INFORMAÇÕES SOBRE O MICRO-ORGANISMO ISOLADO**

 Bactéria identificada  
 (OBRIGATÓRIO informar a identificação)

 Método de identificação:  Manual  Automatizado  MALDI-TOF  Outro. Qual?

- Justificativa do envio:
- Enterobactéria resistente a carbapenêmicos
  - Bastão Gran Negativo Não Fermentador resistente a carbapenêmicos
  - Bastão Gran Negativo com suspeita de resistência a colistina/polimixina B
  - Enterococcus* resistente a vancomicina
  - Staphylococcus* com suspeita de sensibilidade reduzida ou resistência a vancomina (**CONSULTAR A FUNED ANTES DO ENVIO**)

 Método do antibiograma:  Disco difusão  Automatizado  "E-test"  Microdiluição

 Teste Fenotípico
 

<input type="checkbox"/> Teste de Hodge	( ) Positivo	( ) Negativo	<input type="checkbox"/> Ácido Fenilborônico	( ) Positivo	( ) Negativo
<input type="checkbox"/> EDTA	( ) Positivo	( ) Negativo	<input type="checkbox"/> Cloxacilina	( ) Positivo	( ) Negativo

**ANTIBIÓTICOS TESTADOS**

ANTIBIÓTICO	S / I / R	MIC	ANTIBIÓTICO	S / I / R	MIC
<input type="checkbox"/> Ampicilina			<input type="checkbox"/> Penicilina		
<input type="checkbox"/> Ampicilina+Sulbactam			<input type="checkbox"/> Piperacilina-Tazobactam		
<input type="checkbox"/> Amoxicilina			<input type="checkbox"/> Ertapenem		
<input type="checkbox"/> Amoxicilina+Clavulanato			<input type="checkbox"/> Imipenem		
<input type="checkbox"/> Aztreonam			<input type="checkbox"/> Meropenem		
<input type="checkbox"/> Cefalotina			<input type="checkbox"/> Colistina		
<input type="checkbox"/> Cefazolina			<input type="checkbox"/> Polimixa B		
<input type="checkbox"/> Cefepima			<input type="checkbox"/> Teicoplanina		
<input type="checkbox"/> Cefotaxima			<input type="checkbox"/> Vancomicina		
<input type="checkbox"/> Ceftazidima					
<input type="checkbox"/> Ceftriaxona					
<input type="checkbox"/> Cefuroxima					

**OBSERVAÇÕES**