

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO PROFISSIONAL TECNOLOGIA E
INOVAÇÃO EM ENFERMAGEM

Impressos de Notificação de IRAS (Infecções Relacionadas à
Assistência à Saúde)

Produto derivado da Dissertação de Mestrado intitulada: “Caracterização de pacientes colonizados/infectados por *Acinetobacter baumannii* em uma unidade de terapia intensiva”

Autor: **ALISSON JUNIOR DOS SANTOS**

Enfermeiro do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH)

Santa Casa de Misericórdia de Passos - MG

Orientadora: Profa. Dra. **Angelita Maria Stabile**

Professora Associada do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada

Ribeirão Preto
2020

Apresentação do Produto Tecnológico

O período relacionado à coleta de dados e resultados obtidos no estudo permitiram a elaboração de dois impressos para notificação de IRAS (Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde) a serem implementados e padronizados pela equipe do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) da Santa Casa de Misericórdia de Passos/MG.

O objetivo da elaboração destes impressos visa facilitar a coleta, registro e arquivamento de dados necessários para a notificação de IRAS ocorridas nas unidades assistenciais da instituição.



**Santa Casa de Misericórdia de Passos
Hospital Regional**

CNPJ (MF) 23.278.898/0001-60 - Inscrição Estadual: Isento
PABX - DDR: (035) 3529.1300 (Geral)
Rua Santa Casa, 164 - CEP 37904-020
Passos - MG



FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE IRAS – SCIH

UNIDADE INTERNAÇÃO:

MÊS:

1 IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do paciente:
Prontuário:
Data de nascimento:

2 DADOS DA NOTIFICAÇÃO DE IRAS

Data da internação hospitalar:
Data da internação na unidade:
Data da infecção:
CID:
Médico Assistente:

3 SÍTIO DE INFECÇÃO

- Pneumonia Não Associada a Ventilação Mecânica
 Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica – PAV
 Infecção do Trato Urinário relacionado ao catéter vesical
 Infecção do Trato Urinário não relacionado ao catéter vesical
 Infecção Primária da Corrente Sanguínea relacionada ao catéter
 Sepses Clínicas definidas microbiologicamente
 Sepses Clínicas não definidas microbiologicamente
 Outros:

4 NOTIFICAÇÃO DE IRAS DEFINIDA MICROBIOLOGICAMENTE? SIM () NÃO ()

Microrganismo identificado:

- Acinetobacter baumannii* () *Pseudomonas aeruginosa* () *Klebsiella pneumoniae* () *E. coli*
 Serratia marcescens () *Staphylococcus aureus* () *Staphylococcus epidermidis*
 Morganella morganii () *Stenotrophomonas maltophilia* () *Enterobacter cloacae*
 Enterococcus faecalis () *Enterococcus faecium* () Outro:

Perfil de resistência do microrganismo identificado:

- Resistente
 Sensível

Material biológico onde foi identificado microrganismo:

- Hemocultura
 Urocultura
 Secreção traqueal
 Outros: _____

5 USO DE DISPOSITIVOS INVASIVOS? SIM () NÃO ()

- Catéter Venoso Central (CVC):
 Sonda Vesical de Demora (SVD):
 Ventilação Mecânica (VM):

6 HISTÓRIA PREGRESSA

- HAS () DM () Etilismo () Tabagismo () Neutropenia/Imunodeficiência Congênita ou Adquirida
 Uso prévio de antibióticos () Internações recentes () Hipertireoidismo/Hipotireoidismo () AVC
 IAM () IRC/TRS () Neoplasia: _____ () Cirurgias prévias: _____
 Outros: _____

Responsável pela notificação:



**Santa Casa de Misericórdia de Passos
Hospital Regional**

CNPJ (MF) 23.278.898/0001-60 - Inscrição Estadual: Isento
PABX - DDR: (035) 3529.1300 (Geral)
Rua Santa Casa, 164 - CEP 37904-020
Passos - MG



**FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE IRAS – CCIH
INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO**

UNIDADE INTERNAÇÃO:

MÊS:

1 IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do paciente:
Prontuário:
Data de nascimento:

2 DADOS DA NOTIFICAÇÃO DE IRAS

Data da internação hospitalar:
Data da internação na unidade:
Data da infecção:
CID:
Médico Assistente:

3 CLASSIFICAÇÃO SÍTIO DE INFECÇÃO CIRÚRGICA

- Infecção de Sítio Cirúrgico Incisional Superficial
 Infecção de Sítio Cirúrgico Incisional Profunda
 Infecção de Sítio Cirúrgico Órgão/Cavidade

4 PACIENTE REALIZOU REABORDAGEM CIRÚRGICA? SIM () NÃO ()

5 NOTIFICAÇÃO DE IRAS DEFINIDA MICROBIOLOGICAMENTE? SIM () NÃO ()

Microrganismo identificado:

- Acinetobacter baumannii* *Pseudomonas aeruginosa* *Klebsiella pneumoniae* *E. coli*
 Serratia marcescens *Staphylococcus aureus* *Staphylococcus epidermidis*
 Morganella morganii *Stenotrophomonas maltophilia* *Enterobacter cloacae*
 Enterococcus faecalis *Enterococcus faecium* Outro: _____

Perfil de resistência do microrganismo identificado:

- Resistente
 Sensível

6 USO DE DISPOSITIVOS INVASIVOS? SIM () NÃO ()

- Catéter Venoso Central (CVC):
 Sonda Vesical de Demora (SVD):
 Ventilação Mecânica (VM):

6 HISTÓRIA PREGRESSA

- HAS DM Etilismo Tabagismo Neutropenia/Imunodeficiência Congênita ou Adquirida
 Uso prévio de antibióticos Internações recentes Hipertireoidismo/Hipotireoidismo
 AVC IAM IRC/TRS Neoplasia: _____
 Cirurgias prévias: _____
 Outros: _____

DADOS DA CIRURGIA

DATA DA CIRURGIA:

SALA:

CIRURGIA REALIZADA:

INÍCIO DA CIRURGIA:

TÉRMINO DA CIRURGIA:

ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO:

GRAU DE CONTAMINAÇÃO:

ASA: 01 () 02 () 03 () 04 () 05 () Não especificado ()

TRAUMA: SIM () NÃO ()

PRÓTESE: SIM () NÃO ()

CIRURGIÃO:

ANESTESISTA:

INSTRUMENTADOR:

CIRCULANTE:

CAIXAS CIRÚRGICAS/INDICADORES/INTEGRADORES EM CONFORMIDADE? SIM () NÃO ()

REALIZADO BANHO PRÉ-OPERATÓRIO? SIM () NÃO ()

CONTROLE GLICÊMICO REALIZADO PRÉ OPERATÓRIO? SIM () NÃO ()

HISTÓRICO/REVISÃO PRONTUÁRIO

Responsável pela notificação: