



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



2024

## ÍNDICE

| <b>ASSUNTO</b>  | <b>Pág.</b> |
|---|-------------|
| <b>1. Critérios Diagnósticos para Infecção Hospitalar em Hospital Geral</b>   | 04          |
| <b>1.1 Critérios diagnósticos de Infecção de Sítio Cirúrgico (ISC)</b>  | 05          |
| <b>1.2 Critérios para o diagnóstico de Pneumonia Associada a Ventilação (PAV) em adultos e crianças</b>   | 07          |
| <b>1.3. Critérios para o diagnóstico de PAV em pacientes adultos com covid-19</b>   | 11          |
| <b>1.4 Critérios para o diagnóstico de PAV em neonatologia (recém-nascido ≤ 28 dias)</b>  | 13          |
| <b>1.5 Critérios para o diagnóstico de infecção primária de corrente sanguínea associada a cateter central em pacientes adultos e pediátricos</b>                 | 14          |
| <b>1.6 Critérios para o diagnóstico de infecção primária de corrente sanguínea associada a cateter central em pacientes neonatos (recém-nascidos até 28 dias)</b> | 16          |
| <b>1.7 Critérios para o diagnóstico de infecção do trato urinário em pacientes adultos e crianças</b>   | 19          |
| <b>2. Instruções para o preenchimento do instrumento de coleta de dados de infecção hospitalar</b>  | 21          |
| <b>2.1. Orientações Gerais</b>  | 21          |
| <b>2.2. Arquivo “Hospital Geral”</b>  | 23          |
| <b>Anexo 1 – Modelo de planilha para coleta de dados em UTI Adulto, Unidade Coronariana e UTI Pediátrica.</b>   | 44          |
| <b>Anexo 2 – Modelo de planilha para coleta de dados em UTI Neonatal</b>  | 45          |

| <b>QUADROS</b>   | <b>Pág.</b> |
|--|-------------|
| <b>QUADRO 1.</b> Critérios diagnósticos de Infecção de Sítio Cirúrgico (ISC)   | 05          |
| <b>QUADRO 2A</b> - Procedimentos cirúrgicos com diagnóstico de ISC Incisional Profunda – IP e Órgão/Cavidade-OC com vigilância por até 30 dias                   | 06          |
| <b>QUADRO 2B</b> - Procedimentos cirúrgicos com diagnóstico de ISC Incisional Profunda – IP e Órgão/Cavidade-OC com vigilância por até 90 dias                   | 06          |
| <b>Critérios para o diagnóstico de PAV</b>   |             |
| <b>QUADRO 3.</b> Critério 1 – Pneumonia (PAV) definida clinicamente em adultos e crianças > 1 ano  | 07          |
| <b>QUADRO 4.</b> Critério 2 – PAV definida clinicamente em crianças: > 28 dias e ≤ 1 ano de idade  | 08          |
| <b>QUADRO 5.</b> Critério 3 - Pneumonia definida microbiologicamente em adultos e crianças > 28 dias   | 09          |
| <b>QUADRO 6.</b> Critério 4 – PAV em pacientes imunodeprimidos adultos e crianças > 28 dias  | 10          |
| <b>QUADRO 7.</b> Critério 5. Critérios para o diagnóstico de PAV em pacientes adultos com covid-19   | 12          |
| <b>QUADRO 8.</b> Critério 6 – PAV em neonatologia (recém-nascido ≤ 28 dias)  | 13          |
| <b>Critérios para o diagnóstico de infecção primária da corrente sanguínea em adultos e crianças &gt; 28 dias</b>  |             |
| <b>QUADRO 9.</b> Critérios diagnósticos de Infecção Primária de Corrente Sanguínea laboratorialmente confirmada (IPCSL) em adultos e crianças > 28 dias          | 14          |
| <b>Critérios para o diagnóstico de infecção primária de corrente sanguínea em pacientes neonatos (recém-nascidos até 28 dias)</b>                                |             |
| <b>QUADRO 10.</b> Critérios diagnósticos de Infecção Primária de Corrente Sanguínea laboratorialmente confirmada (IPCSL) – NEONATOS (recém-nascidos até 28 dias) | 16          |
| <b>QUADRO 11</b> - Critérios diagnósticos de Infecção Primária de Corrente Sanguínea Clínica (IPCSC) – NEONATOS (recém-nascidos até 28 dias)                     | 17          |
| <b>Critérios para o diagnóstico de infecção do trato urinário</b>  |             |
| <b>QUADRO 12.</b> Critérios diagnósticos de Infecção do Trato Urinário (ITU) - Sintomática   | 19          |
| <b>QUADRO 13.</b> Especialidade cirúrgica e código de especialidade  | 26          |
| <b>QUADRO 14.</b> Exemplos de cirurgias limpas por especialidade cirúrgica   | 27          |
| <b>QUADRO 15.</b> Procedimentos cirúrgicos selecionados e critérios para notificação   | 29          |
| <b>QUADRO 16.</b> Exemplo de cálculo de pacientes-dia/procedimento-dia – UTI Adulto/UCO/ Pediátrica  | 31          |
| <b>QUADRO 17.</b> Ações Preventivas de Práticas de Inserção de CVC   | 32          |
| <b>QUADRO 18.</b> Exemplo de cálculo de pacientes-dia/procedimento-dia– UTI Neonatal   | 34          |

# ORIENTAÇÕES E CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA HOSPITAL GERAL

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

As definições aqui apresentadas de critérios, indicadores e orientações para vigilância das IRAS e resistência microbiana em serviços de saúde são baseadas nas recomendações da ANVISA atualizadas e/ou republicadas em 2024, contidas nas seguintes NOTAS TÉCNICAS:

### **NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA nº 01/2024**

Orientações para vigilância das Infecções Relacionadas à assistência à Saúde (IRAS) e resistência microbiana (RM) em serviços de saúde. <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/notas-tecnicas-vigentes>

**Atenção:** Essa Nota Técnica é uma republicação da Nota Técnica GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA Nº 01/2023. Dessa forma, não houve alteração de conteúdo, apenas a alteração de ano de publicação e atualização de links.

### **NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA nº 02/2024**

Notificação dos Indicadores Nacionais das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) e Resistência Microbiana (RM) - Ano: 2024 <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/notas-tecnicas-vigentes>

**Atenção:** Em 2023 foram recebidas poucas sugestões de melhorias para os formulários de notificação ANVISA. Portanto, o formulário de notificação 2024 possui poucas alterações em relação ao de 2023, da parte estrutural e operacional.

### **NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA Nº 03 / 2024**

Crítérios Diagnósticos das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) de notificação nacional obrigatória para o ano de 2024 <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/notas-tecnicas-vigentes>

**Atenção!** Essa Nota Técnica é uma republicação da Nota Técnica GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA Nº 03/2023. Dessa forma, não houve alteração de conteúdo, apenas a alteração de ano de publicação e atualização de link.

### **NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA nº 04 / 2024**

Orientações para vigilância das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) e resistência microbiana (RM) em serviços de diálise – ano: 2024 - <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/notas-tecnicas-vigentes>

**Atenção!** Essa Nota Técnica é uma republicação da Nota Técnica GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA Nº 04/2023. Dessa forma, não houve alteração de conteúdo, apenas a alteração de ano de publicação e atualização de link.

## 1.1 Critérios diagnósticos de Infecção de Sítio Cirúrgico (ISC)

| <b>QUADRO 1 - Critérios diagnósticos de Infecção de Sítio Cirúrgico (ISC)</b>  |   |   |
|--|---|---|
| <b>ISC Incisional Superficial (IS)</b>   | Ocorre nos primeiros 30 dias após o procedimento cirúrgico e envolve apenas pele e subcutâneo.  | <b>Apresenta pelo menos um</b> dos seguintes: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Drenagem purulenta da incisão superficial;</li> <li>2. Cultura positiva de secreção ou tecido da incisão superficial, obtido assepticamente (não são considerados resultados de culturas colhidas por swab);</li> <li>3. A incisão superficial é deliberadamente aberta pelo cirurgião <u>E</u> paciente apresenta pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas: dor, aumento da sensibilidade, edema local, hiperemia ou calor;</li> <li>4. Diagnóstico de infecção superficial pelo cirurgião ou outro médico assistente.</li> </ol>  |
| <p><b>Nota:</b> As situações abaixo não devem ser consideradas como critérios para ISC - IS:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 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.</li> <li>2. Abscesso de ponto isolado (inflamação mínima e descarga confinada aos pontos de penetração de sutura).</li> <li>3. Local de inserção de trocáter laparoscópico não é considerado uma ferida cirúrgica.</li> <li>4. A circuncisão não é um procedimento cirúrgico. Sítio de circuncisão infectado em recém-nascidos é classificado como outras infecções e não é uma ISC</li> <li>5. Ferida de queimadura infectada é classificada como <b>INFECÇÃO DE FERIDA EM PACIENTE QUEIMADO</b> e não é uma ISC.</li> </ol> |   |   |
| <b>ISC Incisional Profunda (IP)</b>  | Ocorre nos primeiros 30 após a cirurgia ou 90 dias se houver colocação de implantes ( <b>VER QUADROS 2A e 2B</b> ) e envolve tecidos moles profundos à incisão (ex: fáscia e/ou músculos) | <b>Apresenta pelo menos um</b> dos seguintes: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Drenagem purulenta da incisão profunda, mas não de órgão/cavidade;</li> <li>b) Deiscência espontânea de sutura ou incisão aberta pelo cirurgião <u>E</u> cultura positiva ou não realizada <u>E</u> paciente apresenta pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas: febre &gt; 38°C, dor ou tumefação localizada;</li> <li>c) Presença de abscesso ou outra evidência que a infecção envolva os planos profundos da ferida identificados em exame clínico, anatomopatológico ou exame de imagem;</li> <li>d) Diagnóstico de infecção incisional profunda feito pelo cirurgião ou outro médico assistente.</li> </ol> |
| <b>ISC Órgão / Cavidade (OC)</b>   | Ocorre nos primeiros 30 após a cirurgia ou 90 dias se houver a colocação de implantes ( <b>VER QUADROS 2A e 2B</b> ) e envolve qualquer   | <b>Apresenta pelo menos um</b> dos seguintes: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Cultura positiva de secreção ou tecido de órgão/espaco obtido assepticamente (não são considerados resultados de culturas colhidas</li> </ol>   |

|  |   |   |
|--|---|---|
|  | <p>órgão ou cavidade que tenha sido aberta ou manipulada durante a cirurgia (mais profundo que fáscia e músculo).</p> | <p>por swab);</p> <p>b) Presença de abscesso ou outra evidência que a infecção envolve os planos profundos da ferida identificados em reoperação, exame clínico, anatomopatológico ou exame de imagem;</p> <p>c) Diagnóstico de infecção de órgão/cavidade pelo médico assistente.</p> <p><b>E</b></p> <p><u>Atende pelo menos um dos critérios definidores de infecção em um sítio específico de ISC/OC.</u>(Caderno 2-ANVISA-pg.20)</p> |
|--|---|---|

**Observações:**

1. Caso a infecção envolva mais de um plano anatômico, notifique apenas o sítio de maior profundidade.
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.
3. Toda infecção urinária após cirurgia urológica será considerada ISC-Órgão / Cavidade.
4. Data da infecção=data procedimento cirúrgico
5. Informações adicionais sobre a utilização destes critérios encontram-se no documento disponível no Manual de Infecção de Sítio Cirúrgico ANVISA.

**QUADRO 2A– Procedimentos cirúrgicos com diagnóstico de ISC Incisional Profunda – IP e Órgão/Cavidade-OC 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 2B - Procedimentos cirúrgicos com diagnóstico de ISC Incisional Profunda – IP e Órgão/Cavidade-OC 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

## 1.2 Critérios para o diagnóstico de Pneumonia Associada a Ventilação (PAV) em adultos e crianças

### QUADRO 3

#### Critério 1 – Pneumonia (PAV) definida clinicamente em adultos e crianças > 1 ano

| Radiologia   | Sinais/sintomas  |
|--|--|
| <p>Paciente em uso de ventilador mecânico (VM) por um período maior que dois dias calendário consecutivos (considerar a partir do D3, sendo que o D1 é o dia da instalação do VM) e na data da infecção estava em uso de VM ou o VM foi removido no dia anterior</p> <p><b>E</b></p> <p><b>SEM</b> doença cardíaca ou pulmonar de base <b>com UM ou mais exames de imagem seriados</b> com um dos seguintes achados, sendo eles, novo ou persistente ou progressivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infiltrado;</li> <li>• Opacificação/Consolidação</li> <li>• Cavitação.</li> <li>• Pneumatocele</li> </ul> <p>Pacientes <b>COM</b> doença pulmonar ou cardíaca de base (exemplos: síndrome de desconforto respiratório agudo, displasia broncopulmonar, edema pulmonar ou doença pulmonar obstrutiva crônica), deve ter <b>no mínimo DOIS</b> exames de imagens com as alterações descritas acima, com intervalo preferencial de 72 horas entre os exames, e de no máximo 7 dias.</p> | <p><b>Para qualquer paciente, pelo menos UM dos seguintes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Febre (&gt; 38°C) sem outra causa associada</li> <li>• Leucopenia (&lt; 4.000 leuc / mm<sup>3</sup>) ou leucocitose (&gt;12000 leuc / mm<sup>3</sup>) ou ≥ 15000 leuc / mm<sup>3</sup> e desvio a esquerda com mais de 10% de formas jovens de neutrófilos em crianças ≤ 14 anos.</li> <li>• Para adultos ≥70 anos, alteração do nível de consciência sem outra causa aparente</li> </ul> <p><b>E pelo menos DOIS dos seguintes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Surgimento de secreção pulmonar purulenta ou mudança das características da secreção ou aumento da secreção ou aumento da necessidade de aspiração.</li> <li>• Início ou piora da tosse ou dispneia ou taquipneia</li> <li>• Início ou piora de ausculta com sibilos, estertores ou roncós</li> <li>• Piora da troca gasosa (aumento ≥ 3 cm H<sub>2</sub>O na PEEP ou aumento ≥ 20% na fração mínima diária de oxigênio inspirado), dessaturação ou aumento da necessidade de oferta de oxigênio ou aumento dos parâmetros ventilatórios, por pelo menos 2 dias calendário.</li> </ul> <p><b>E</b> os sinais/sintomas e exames de imagem ocorreram no Período de Janela de Infecção.</p> |

**QUADRO 4****Critério 2 – PAV definida clinicamente em crianças: > 28 dias e ≤ 1 ano de idade**

| Radiologia  | Sinais/sintomas  |
|---|--|
| <p>Paciente em uso de ventilador mecânico (VM) por um período maior que dois dias calendário consecutivos (considerar a partir do D3, sendo que o D1 é o dia da instalação do VM) e na data da infecção estava em uso de VM ou o VM foi removido no dia anterior</p> <p><b>E</b></p> <p><b>SEM</b> doença cardíaca ou pulmonar de base <b>com UM ou mais exames de imagem seriados</b> com um dos seguintes achados, sendo eles, novo ou persistente ou progressivo:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Infiltrado;</li><li>• Opacificação/Consolidação</li><li>• Cavitação.</li><li>• Pneumatocele</li></ul> <p>Pacientes <b>COM</b> doença pulmonar ou cardíaca de base (exemplos: síndrome de desconforto respiratório agudo, displasia broncopulmonar, edema pulmonar ou doença pulmonar obstrutiva crônica), deve ter <b>no mínimo DOIS</b> exames de imagens com as alterações descritas acima, com intervalo preferencial de 72 horas entre os exames, e de no máximo 7 dias.</p> | <p>Piora da troca gasosa (aumento <math>\geq 3</math> cm H<sub>2</sub>O na PEEP ou aumento <math>\geq 20\%</math> na fração mínima diária de oxigênio inspirado), dessaturação ou aumento da necessidade de oferta de oxigênio ou aumento dos parâmetros ventilatórios, por pelo menos 2 dias calendário.</p> <p><b>E</b></p> <p><b>Pelo menos TRÊS</b> dos seguintes:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Febre (temperatura: <math>&gt; 38^{\circ}\text{C}</math>) ou Hipotermia (temperatura: <math>&lt; 35^{\circ}\text{C}</math>), sem outra causa associada.</li><li>• Leucopenia (<math>\leq 4000</math> cel/mm<sup>3</sup>) ou leucocitose (<math>\geq 15000</math> cel/mm<sup>3</sup>) e desvio a esquerda (<math>\geq 10\%</math> bastonetes).</li><li>• Surgimento de secreção respiratória purulenta ou mudança das características da secreção ou aumento da secreção respiratória ou aumento da necessidade de aspiração</li><li>• Apneia ou taquipneia, batimento de asa de nariz e tiragem intercostal (episódio novo ou piora).</li><li>• Ausculta com sibilos, estertores ou roncos (episódio novo ou piora).</li><li>• Tosse</li><li>• Bradicardia (<math>&lt; 100</math>bpm) ou taquicardia (<math>&gt; 170</math>bpm)</li></ul> <p><b>E</b> os sinais/sintomas e exames de imagem ocorreram no Período de Janela de Infecção.</p> |



**QUADRO 5****Critério 3 - Pneumonia definida microbiologicamente em adultos e crianças > 28 dias**

| Radiologia  | Sinais/sintomas   | Laboratório   |
|---|---|---|
| <p>Paciente em uso de ventilador mecânico (VM) por um período maior que dois dias calendário consecutivos (considerar a partir do D3, sendo que o D1 é o dia da instalação do VM) e na data da infecção estava em uso de VM ou o VM foi removido no dia anterior.</p> <p><b>E</b></p> <p><b>SEM</b> doença cardíaca ou pulmonar de base <b>com UM ou mais exames de imagem seriados</b> com um dos seguintes achados, sendo eles, novo ou persistente ou progressivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infiltrado;</li> <li>• Opacificação/Consolidação</li> <li>• Cavitação.</li> <li>• Pneumatocele</li> </ul> <p>Pacientes <b>COM</b> doença pulmonar ou cardíaca de base (exemplos: síndrome de desconforto respiratório agudo, displasia broncopulmonar, edema pulmonar ou doença pulmonar obstrutiva crônica), deve ter <b>no mínimo DOIS</b> exames de imagens com as alterações descritas acima, com intervalo preferencial de 72 horas entre os exames, e de no máximo 7 dias.</p> | <p><b><u>Pelo menos UM dos seguintes:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Febre (temperatura &gt;38°C) ou Hipotermia (&lt;35 °C) em crianças &gt;28 dias e ≤ 1 ano sem outra causa associada.</li> <li>• Leucopenia (&lt;4.000 cel/ mm<sup>3</sup>) ou leucocitose (&gt;12000 cel/ mm<sup>3</sup>) ou &gt;15000 cel/mm<sup>3</sup> e desvio a esquerda com mais de 10%de formas jovens em crianças ≤14 anos.</li> <li>• Para adultos ≥ 70 anos, alteração do estado mental sem outra causa conhecida.</li> </ul> <p><b><u>E pelo menos UM dos seguintes:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Surgimento de secreção pulmonar purulenta ou mudança das características da secreção ou aumento da secreção ou aumento da necessidade de aspiração.</li> <li>• Apnéia ou taquipneia ou dispneia ou tosse (episódio novo ou piora).</li> <li>• Ausculta com sibilos, estertores ou roncos (episódio novo ou piora).</li> <li>• Piora da troca gasosa (aumento ≥ 3 cm H<sub>2</sub>O na PEEP ou aumento ≥ 20% na fração mínima diária de oxigênio inspirado), dessaturação ou aumento da necessidade de oferta de oxigênio ou aumento dos parâmetros ventilatórios, por pelo menos 2 dias calendário.</li> </ul> | <p><b><u>Pelo menos UM</u></b> dos seguintes resultados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hemocultura positiva sem outro foco de infecção.</li> <li>• Cultura positiva de líquido pleural.</li> <li>• Cultura quantitativa positiva de secreção pulmonar obtida por procedimento com mínimo potencial de contaminação (lavado broncoalveolar e escovado protegido e aspirado endotraqueal).</li> <li>• Na bacterioscopia do lavado broncoalveolar, achado de ≥5% leucócitos e macrófagos contendo microrganismos (presença de bactérias intracelulares).</li> <li>• Cultura positiva de tecido pulmonar.</li> <li>• Exame histopatológico mostrando pelo menos uma das seguintes evidências de pneumonia: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Formação de abscesso ou foco de consolidação com infiltrado de polimorfonucleares nos bronquíolos e alvéolos.</li> <li>✓ Evidência de invasão de parênquima pulmonar por hifas ou pseudo- hifas.</li> </ul> </li> <li>• Virus, <i>Bordetella</i>, <i>Legionella</i>, <i>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.</li> <li>• Aumento de 4 vezes nos valores de IgG na sorologia para patógeno (exemplo: influenza, <i>Chlamydia</i>).</li> <li>• 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.</li> <li>• Detecção de antígeno de <i>Legionella pneumophila</i> sorogrupo I em urina.</li> </ul> <p><b><u>E</u></b> os sinais/sintomas, exames de imagem e laboratoriais ocorreram no Período de Janela de Infecção.</p> |

**QUADRO 6****Critério 4 – PAV em pacientes imunodeprimidos adultos e crianças > 28 dias**

| Radiologia  | Sinais/sintomas   | Laboratório   |
|---|---|---|
| <p>Paciente em uso de ventilador mecânico (VM) por um período maior que dois dias calendário consecutivos (considerar a partir do D3, sendo que o D1 é o dia da instalação do VM) e na data da infecção estava em uso de VM ou o VM foi removido no dia anterior</p> <p><b>E</b></p> <p><b>SEM</b> doença cardíaca ou pulmonar de base com UM ou mais exames de imagem seriados com um dos seguintes achados, sendo eles, novo ou persistente ou progressivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infiltrado;</li> <li>• Opacificação/Consolidação</li> <li>• Cavitação.</li> <li>• Pneumatocele</li> </ul> <p>Pacientes <b>COM</b> doença pulmonar ou cardíaca de base (exemplos: síndrome de desconforto respiratório agudo, displasia broncopulmonar, edema pulmonar ou doença pulmonar obstrutiva crônica), deve ter <b>no mínimo DOIS</b> exames de imagens com as alterações descritas acima, com intervalo preferencial de 72 horas entre os exames, e de no máximo 7 dias.</p> | <p><b><u>Pelo menos UM</u> dos seguintes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Febre (temperatura &gt;38°C) ou Hipotermia (&lt;35 °C) em crianças &gt;28 dias e ≤ 1 ano sem outra causa associada.</li> <li>• Para adultos ≥ 70 anos, alteração do estado mental sem outra causa conhecida.</li> <li>• Surgimento de secreção pulmonar purulenta ou mudança das características da secreção ou aumento da secreção ou aumento da necessidade de aspiração.</li> <li>• Apnéia ou taquipneia ou dispneia ou tosse (episódio novo ou piora).</li> <li>• Ausculta com sibilos, estertores ou roncospasmos (episódio novo ou piora).</li> <li>• Piora da troca gasosa (aumento ≥ 3 cm H<sub>2</sub>O na PEEP ou aumento ≥ 20% na fração mínima diária de oxigênio inspirado), dessaturação ou aumento da necessidade de oferta de oxigênio ou aumento dos parâmetros ventilatórios, por pelo menos 2 dias calendário.</li> </ul> | <p><b><u>E pelo menos UM</u> dos seguintes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificação de <i>Candida</i> spp. em amostra de sangue e de secreção respiratória (aspirado endotraqueal, lavado broncoalveolar ou escovado protegido)</li> <li>• Evidência de <i>Aspergillus</i> ou outros fungos filamentosos em amostra obtida por procedimento com mínimo potencial de contaminação (ex: lavado broncoalveolar, escovado protegido ou aspirado endotraqueal) de uma das seguintes: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Exame de microscopia direta</li> <li>✓ Cultura positiva de fundo</li> <li>✓ Teste diagnóstico laboratorial (não cultura). Ex. Biologia molecular, biomarcador galactomanana em amostra de lavado broncoalveolar e galactomanana sérica ascendente.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>OU</b></p> <p>Qualquer um dos resultados laboratoriais do <b>Critério 3.</b></p> <p><b><u>E</u></b> os sinais/sintomas, exames de imagem e laboratoriais ocorreram no Período de Janela de Infecção</p> |

**Notas:**

1. Exemplos de exames de imagem: radiografia de tórax, tomografia computadorizada de tórax, ultrassom de tórax.
2. A Aspiração traqueal só é considerada um procedimento com mínimo potencial de contaminação se coletada por tubo endotraqueal ou traqueostomia.
3. Não se pode considerar como agente etiológico da PAV, mesmo que identificados em hemoculturas, microrganismos como: *Staphylococcus* coagulase negativo, *Enterococcus* spp, *Candida* spp ou leveduras não especificadas. Esses microrganismos somente serão considerados como causadores de PAV se identificados em cultura de líquido pleural (onde a amostra foi obtida durante a toracocentese ou colocação inicial de dreno torácico e NÃO a partir de um dreno torácico já inserido) ou cultura de tecido pulmonar (biópsia). Exceção: em pacientes

imunocomprometidos *Candida* spp obtida por meio de aspirado endotraqueal, lavado broncoalveolar ou escovado protegido será considerada causadora de PAV se também for identificada em amostra de sangue.

4 Mudança nas características da secreção se refere a cor, consistência, odor e quantidade.

3. Pacientes imunocomprometidos incluem:

- aqueles com neutropenia definida como contagem absoluta de neutrófilos ou contagem total de leucócitos <500/mm<sup>3</sup>.
- aqueles com leucemia, linfoma ou que são HIV positivos com contagem de CD4 <200.
- aqueles que sofreram esplenectomia.
- aqueles que têm histórico 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 na data da infecção (por exemplo, > 40mg de prednisona ou seu equivalente, > 160mg de hidrocortisona, > 32mg de metilprednisolona, > 6mg dexametasona, > 200mg cortisona).

#### **Observações:**

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

### **1.3. Critérios para o diagnóstico de PAV em pacientes adultos com covid-19**

Os critérios tradicionais utilizados em PAV não são válidos em pacientes críticos com Covid-19.

Diante do exposto, o grupo técnico formado pela Anvisa para revisão das medidas de prevenção e dos critérios diagnósticos de IRAS do trato respiratório, propôs um critério alternativo para o diagnóstico epidemiológico de PAV em pacientes com Covid-19. A Covid-19 determina diversas complicações pulmonares que podem evoluir durante a ventilação mecânica, dessa forma, esse critério auxiliará no diferencial do que é a evolução da doença Covid-19, daquele paciente que melhorou da Covid-19 e passa a piorar por complicação infecciosa pulmonar secundária, estando em ventilação mecânica.

Desde 2022, esses critérios não são mais opcionais, e devem ser utilizados para todos os pacientes que tiveram Covid-19, com complicações respiratórias e ventilação mecânica, independentemente do tempo de permanência da ventilação.

**QUADRO 7****Critério 5 – PAV em pacientes adultos com covid-19**

| Radiologia  | Sinais/sintomas  | Laboratório   |
|---|--|---|
| <p>Paciente com diagnóstico de Covid-19 em uso de ventilador mecânico (VM) por um período maior que dois dias calendário consecutivos (considerar a partir do D3, sendo que o D1 é o dia da instalação do VM) e na data da infecção estava em uso de VM ou o VM foi removido no dia anterior.</p> <p><b>E</b></p> <p>após um período de melhora das trocas gasosas e afebril por pelo menos 2 dias calendário consecutivos.</p> | <p><b><u>Apresenta pelo menos DOIS dos seguintes sinais e sintomas:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Febre (temperatura &gt;38°C) ou Hipotermia sem outra causa associada.</li> <li>• Surgimento de secreção pulmonar purulenta ou mudança das características da secreção ou aumento da secreção ou aumento da necessidade de aspiração.</li> <li>• Piora da troca gasosa (aumento ≥ 3 cm H2O na PEEP ou aumento ≥ 20% na fração mínima diária de oxigênio inspirado), dessaturação ou aumento da necessidade de oferta de oxigênio ou aumento dos parâmetros ventilatórios, por pelo menos 2 dias calendário.</li> </ul> | <p><b><u>E pelo menos UM dos seguintes critérios:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hemocultura positiva* sem outro foco de infecção.</li> <li>• Cultura positiva de líquido pleural.</li> <li>• Cultura quantitativa positiva de secreção pulmonar maior ou igual a 10<sup>5</sup> UFC/ml obtida por procedimento com mínimo potencial de contaminação (lavado broncoalveolar, escovado protegido ou aspirado endotraqueal).</li> <li>• Antígeno urinário positivo para <i>Legionella</i> spp. ou pesquisa de <i>Chlamydophila</i> ou <i>Mycoplasma</i> identificados a partir de testes microbiológicos, moleculares ou sorológicos.</li> <li>• Identificação de <i>Aspergillus</i> spp. em secreção traqueal ou pesquisa positiva de galactomanana na secreção ou sangue.</li> </ul> <p><b><u>E</u></b> os sinais/sintomas, exames laboratoriais ocorreram no Período de Janela de Infecção</p> |

**Nota:**

\*Qualquer espécie de *Candida* ou leveduras não especificadas, de *Staphylococcus* coagulase-negativa e de *Enterococcus spp* somente serão considerados como causadores de PAV se identificados em cultura de líquido pleural (onde a amostra foi obtido durante a toracocentese ou colocação inicial de dreno torácico e NÃO a partir de um dreno torácico já inserido) ou cultura de tecido pulmonar (biópsia). Exceção: em pacientes imunocomprometidos *Candida* spp obtida por meio de aspirado endotraqueal, lavado broncoalveolar ou escovado protegido será considerada causadora de PAV se também for identificada em amostra de sangue e o critério de PAV for atendido.

## 1.4 Critérios para o diagnóstico de PAV em neonatologia (recém-nascido ≤ 28 dias)

### QUADRO 8

#### Critério 6 – PAV em neonatologia (recém-nascido ≤ 28 dias)

Paciente ≤ 28 dias\* em uso de ventilador mecânico (VM) por um período maior que dois dias calendário consecutivos (considerar a partir do D3, sendo que o D1 é o dia da instalação do VM) e na data da infecção estava em uso de VM ou o VM foi removido no dia anterior.

| Radiologia   | Sinais/sintomas  |
|--|--|
| <p><b>SEM</b> doença cardíaca ou pulmonar de base com UM ou mais exames de imagem seriados com um dos seguintes achados, sendo eles, novo ou persistente ou progressivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infiltrado;</li> <li>• Opacificação/Consolidação</li> <li>• Cavitação.</li> <li>• Pneumatocele</li> </ul> <p>Pacientes <b>COM</b> doença pulmonar ou cardíaca de base (exemplos: síndrome de desconforto respiratório agudo, displasia broncopulmonar, edema pulmonar ou doença pulmonar obstrutiva crônica), deve ter <b>no mínimo DOIS</b> exames de imagens com as alterações descritas acima, com intervalo preferencial de 72 horas entre os exames, e de no máximo 7 dias.</p> | <p><b>Piora da troca gasosa, dessaturação, aumento da demanda de oxigênio ou aumento dos parâmetros ventilatórios, por pelo menos 2 dias calendário.</b></p> <p><b>E pelo menos TRÊS (03) dos seguintes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Instabilidade térmica (temperatura axilar &gt;37,5°C ou menos que 36°C) sem outra causa conhecida</li> <li>• Hemograma com ≥ 3 parâmetros alterados**</li> <li>• Surgimento de secreção pulmonar purulenta ou mudança das características da secreção*** ou aumento da secreção ou aumento da necessidade de aspiração.</li> <li>• Ausculta com sibilos, estertores ou roncos (episódio novo ou piora).</li> <li>• Bradicardia (&lt;100bpm) ou Taquicardia (&gt;160bpm)</li> <li>• Apnéia, taquipneia, gemência e batimento de asa de nariz com retração torácica (episódio novo ou piora).</li> <li>• Tosse (episódio novo ou piora).</li> </ul> <p><b>E</b> os sinais/sintomas, exames laboratoriais ocorreram no Período de Janela de Infecção.</p> |

#### Notas:

\* Ou maior que essa idade no caso dos pacientes que permanecerem na unidade neonatal, principalmente prematuros. Se o paciente possuir idade > 28 dias, mas está internado na UTI neonatal, aplica-se o critério para recém-nascido. Adotar esse critério até a alta da unidade neonatal, mesmo que a UTI seja mista: neonatal e pediátrica.

\*\* Parâmetros clínicos, escore hematológico e outros parâmetros laboratoriais consultar Critérios Diagnósticos de Infecção Associada à Assistência à Saúde Neonatologia – Anexo I: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/manuais/cadernos-da-serie-seguranca-do-paciente-e-qualidade-em-servicos-de-saude-2017>

\*\*\* Mudança nas características da secreção se refere a cor, consistência, odor e quantidade.

## 1.5 Critérios para o diagnóstico de infecção primária de corrente sanguínea associada a cateter central em pacientes adultos e pediátricos

| <b>QUADRO 9</b><br><b>Critérios diagnósticos de infecção primária de corrente sanguínea <u>laboratorialmente confirmada (IPCSL)</u> associada a cateter central em adultos e crianças &gt; 28 dias</b> |  |   |
|--|--|---|
| <b>Critério 1</b><br><b>IPCSL associada a cateter central causada por microrganismo patogênico em adultos e crianças &gt; 28 dias</b>  | <p>Paciente com cateter venoso central há mais de dois dias calendário consecutivos (considerar o dia da passagem do cateter = D1) e que na data da infecção estava em uso do dispositivo ou este foi removido no dia anterior.</p> <p><b><u>E</u></b></p> <p>Apresenta microrganismo patogênico bacteriano ou fúngico, não incluído na lista de microrganismos comensais<sup>1</sup> isolado em amostra sanguínea:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificado a partir de uma ou mais hemoculturas coletadas preferencialmente de sangue periférico<sup>2</sup></li> </ul> <p><b><u>OU</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificado gênero e espécie ou pelo menos o gênero, por métodos validados de teste microbiológico não baseado em cultura<sup>3</sup></li> </ul> <p><b><u>E</u></b></p> <p>O patógeno não está relacionado com infecção em outro sítio.</p> |   |
| <b>Critério 2</b><br><b>IPCSL associada a cateter central causada por microrganismo contaminante de pele em adultos e crianças &gt; 1 ano</b>  | <p><b><u>Pelo menos de UM</u></b> dos seguintes sinais ou sintomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Febre (&gt;38°C)</li> <li>• Calafrios</li> <li>• Hipotensão (pressão sistólica ≤ 90 mmHg para adultos e em crianças consultar parâmetros clínicos por faixa etária<sup>4</sup>)</li> </ul>  | <p><b><u>E</u></b></p> <p><b><u>Apresenta DUAS ou mais hemoculturas</u></b> (colhidas em diferentes punções no mesmo dia ou com intervalo máximo de 1 dia calendário<sup>5</sup>) com contaminante de pele (Ex. <i>Corynebacterium</i> spp. [exclui <i>C. diphtheria</i>], <i>Bacillus</i> spp. [exclui <i>B. anthracis</i>], <i>Propionibacterium</i> spp., <i>Staphylococcus</i> coagulase negativa [inclui <i>S.epidermidis</i>], <i>Streptococcus</i> do grupo viridans, <i>Aerococcus</i> spp. e <i>Micrococcus</i> spp., <i>Rhodococcus</i> spp.)</p> <p><b><u>E</u></b></p> <p>Sinais/sintomas e resultados de cultura positiva ocorrendo no <b>período de janela de infecção*</b></p> <p><b><u>E</u></b></p> <p>O microrganismo identificado não está relacionado a outro foco infeccioso</p> |

|   |   |   |   |                              |
|---|---|---|---|------------------------------|
| <p><b>Critério 3</b></p> <p><b>IPCSL associada a cateter central causada por microrganismo contaminante de pele em crianças &gt; 28 dias e ≤ 1 ano</b></p>  | <p><b><u>Pelo menos um dos seguintes</u> sinais ou sintomas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Febre (&gt;38°C)</li> <li>• Hipotermia (&lt;35°C)</li> <li>• Apnéia</li> <li>• Bradicardia<sup>4</sup></li> </ul> | <p><b>E</b></p> <p><b><u>DUAS ou mais hemoculturas</u></b> (colhidas em diferentes punções no mesmo dia ou com intervalo máximo de 1 dia calendário<sup>5</sup>) com contaminante de pele (Ex. <i>Corynebacterium</i> spp. [exclui <i>C. diphtheria</i>], <i>Bacillus</i> spp. [exclui <i>B. anthracis</i>], <i>Propionibacterium</i> spp., <i>Staphylococcus</i> coagulase negativa [inclui <i>S. epidermidis</i>], <i>Streptococcus</i> do grupo viridans, <i>Aerococcus</i> spp. e <i>Micrococcus</i> spp., <i>Rhodococcus</i> spp.)</p> <p><b>E</b></p> <p>Sinais/sintomas e resultados de cultura positiva ocorrendo no <b>período de janela de infecção*</b></p> <p><b>E</b></p> <p>O microrganismo identificado não está relacionado a outro foco infeccioso</p> |   |                              |
| <p><b>*Período de janela de infecção:</b> 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</p> |   |   |   |                              |
| 05/01/2022  | 06/01/2022  | 07/01/2022  | 08/01/2022                                    | Data IPCSL (=data do evento) |
| Febre>38°C  | Sem critério para IPCSL   | <i>S.epidermidis</i> (1 <sup>a</sup> amostra)   | <i>S.epidermidis</i> (2 <sup>a</sup> amostra) | 05/01/2022                   |
| <p><b>Obs: Se os critérios para uma nova IPCS forem identificados no período de até 14 dias, um novo evento não deverá ser notificado</b></p>   |   |   |   |                              |

**Observações:**

1. A lista completa dos microrganismos contaminantes de pele (comensais) pode ser consultada no link: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/llista-de-comensais-comuns.xlsx>
2. A coleta de amostras de sangue deve ser feita preferencialmente em punção periférica, mas admite-se que a IPCSL causada por microrganismo patogênico seja definida utilizando-se resultado de hemocultura ou de teste microbiológico baseado em cultura de amostra coletada de cateter central, nos casos em que não é possível fazer coleta periférica.
3. Os testes microbiológicos não baseados em cultura são testes moleculares, automatizados, realizados a partir de amostras de sangue. Estes testes podem utilizar, por exemplo, PCR multiplex, tecnologia de ressonância magnética miniaturizada ou sequenciamento de DNA de células microbianas para o diagnóstico microbiológico. Vale reforçar que caso a hemocultura tenha sido coletada 2 dias antes ou 1 dia depois do teste microbiológico não baseado em cultura, devemos considerar o resultado da hemocultura (padrão ouro) para a vigilância de IPCSL e desconsiderar o resultado do teste microbiológico não baseado em cultura.
4. Critérios Diagnósticos de Infecção Associada à Assistência à Saúde Neonatologia – Anexo I: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/manuais/cadernos-da-serie-seguranca-do-paciente-e-qualidade-em-servicos-de-saude-2017>



5. As duas amostras contaminantes de pele representam um único elemento para cumprimento do critério e a data de coleta da primeira amostra é usada para determinar a data da infecção. Pelo menos duas coletas separadas de amostra de sangue foram realizadas no mesmo dia ou em dias consecutivos, com preparo individualizado de cada sítio/local de coleta durante a coleta. O objetivo disso é garantir que seja feito um preparo/antissepsia do sítio/local de coleta para cada coleta realizada. Desta forma, reduz-se o risco de contaminação da coleta ser considerada IPCSL.

6. Para notificação ao sistema estadual de infecção hospitalar serão consideradas apenas as infecções primárias da corrente sanguínea (IPCS) associadas a cateter venoso central laboratorialmente confirmadas

7. 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.

## 1.6 Critérios para o diagnóstico de infecção primária de corrente sanguínea associada a cateter central em pacientes neonatos (recém-nascidos até 28 dias<sup>1</sup>)

| <b>QUADRO 10</b><br><b>critério diagnóstico de Infecção Primária de Corrente Sanguínea Laboratorialmente Confirmada (IPCSL) Associada a Cateter Venoso Central (CVC) - <u>NEONATOS</u> (recém-nascidos ≤ 28 dias<sup>1</sup>)</b>   |   |  |
|---|---|--|
| <b>Paciente com cateter venoso central há mais de dois dias calendário consecutivos (considerar o dia da passagem do cateter = D1) e que na data da infecção estava em uso do dispositivo ou este foi removido no dia anterior.</b> |   |  |
| <b>Critério 1</b>   | <p>Apresenta microrganismo patogênico bacteriano ou fúngico, não incluído na lista de microrganismos comensais<sup>2</sup> isolado em amostra sanguínea:</p> <p>1. Identificado a partir de uma ou mais hemoculturas coletadas preferencialmente de sangue periférico<sup>3</sup></p> <p><b>OU</b></p> <p>2. Identificado gênero e espécie ou pelo menos o gênero, por métodos validados de teste microbiológico não baseado em cultura<sup>4</sup></p> <p><b>E</b></p> <p>O patógeno não está relacionado com infecção em outro sítio.</p> |  |
| <b>Critério 2</b>   | <p><b><u>Pelo menos (DOIS)</u></b> dos seguintes sinais e sintomas<sup>5</sup> sem outra causa não infecciosa reconhecida:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Instabilidade térmica;</li> <li>• Bradicardia;</li> <li>• Apnéia;</li> <li>• Intolerância alimentar;</li> <li>• Piora do desconforto respiratório;</li> <li>• Intolerância à glicose;</li> <li>• Instabilidade hemodinâmica,</li> </ul>   | <p><b><u>Pelo menos UM</u></b> dos seguintes:</p> <p>a. Duas ou mais hemoculturas (colhidas em diferentes punções no mesmo dia ou com intervalo máximo de 1 dia calendário<sup>6</sup>) com contaminante de pele (Ex. <i>Corynebacterium</i> spp. [exclui <i>C. diphtheria</i>], <i>Bacillus</i> spp. [exclui <i>B. anthracis</i>], <i>Propionibacterium</i> spp., <i>Staphylococcus coagulase negativa</i> [inclui <i>S. epidermidis</i>], <i>Streptococcus</i> do grupo viridans, <i>Aerococcus</i> spp. e <i>Micrococcus</i> spp.;, <i>Rhodococcus</i> spp.),</p> |



|  |  |  |
|--|--|--|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Hipoatividade/letargia</li> </ul> | <p>b. <i>Staphylococcus</i> coagulase negativa identificado em duas hemoculturas e pelo menos <b>UMA</b> hemocultura coletada por punção periférica, com positividade até 48 horas de incubação</p> <p><b>E pelo menos um dos seguintes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hemograma com <math>\geq 3</math> parâmetros alterados<sup>5</sup></li> <li>Proteína C Reativa quantitativa alterada</li> </ul> <p><b>E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>O microrganismo identificado não está relacionado a outro foco infeccioso</li> <li>Sinais/sintomas e resultados de cultura positiva ocorrendo no <b>período de janela de infecção*</b></li> </ul> |
|--|--|--|

**\*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

| 05/01/2022   | 06/01/2022              | 07/01/2022                        | 08/01/2022                        | Data IPCSL (=data do evento) |
|--------------|-------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|
| Febre > 38°C | Sem critério para IPCSL | <i>S.epidermidis</i> (1ª amostra) | <i>S.epidermidis</i> (2ª amostra) | 05/01/2022                   |

#### QUADRO 11

#### **Critério diagnóstico de Infecção Primária de Corrente Sanguínea (IPCS) Associada a Cateter Venoso Central (CVC) sem confirmação laboratorial – NEONATOS (recém-nascidos até 28 dias<sup>1</sup>)**

Paciente com cateter venoso central há mais de dois dias calendário consecutivos (considerar o dia da passagem do cateter = D1) e que na data da infecção estava em uso do dispositivo ou este foi removido no dia anterior.

|                   |  |   |
|-------------------|--|---|
| <b>Critério 1</b> | <p><b><u>Pelo menos DOIS</u></b> dos seguintes sinais e sintomas sem outra causa não infecciosa reconhecida e sem relação com infecção em outro local:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Instabilidade térmica,</li> <li>Apnéia;</li> <li>Bradycardia;</li> <li>Intolerância alimentar;</li> <li>Piora do desconforto respiratório;</li> <li>Intolerância à glicose;</li> <li>Instabilidade hemodinâmica,</li> <li>Hipoatividade/letargia.</li> </ul> | <p><b><u>E TODOS os seguintes:</u></b></p> <p>a. Hemograma com <math>\geq 3</math> parâmetros alterados<sup>5</sup> e/ou Proteína C Reativa quantitativa seriada alterada<sup>5</sup></p> <p>b. Hemocultura não realizada, negativa ou considerada contaminação<sup>7</sup>.</p> <p>c. Ausência de evidência de infecção em outro sítio.</p> <p>d. Terapia antimicrobiana instituída e mantida pelo médico assistente.</p> <p><b>E</b></p> <p>Sinais/sintomas e resultados de cultura positiva ocorrendo no <b>período de janela de infecção*</b></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 do primeiro sinal/sintoma, 3 dias antes e 3 dias após.

## Observações:

1. Ou maior que essa idade no caso dos pacientes que permanecerem na unidade neonatal, principalmente prematuros. Se o paciente possuir idade > 28 dias, mas está internado na UTI neonatal, aplica-se o critério para recém-nascido. Adotar esse critério até a alta da unidade neonatal, mesmo que a UTI seja mista: neonatal e pediátrica.
2. A lista completa dos microrganismos contaminantes de pele (comensais) pode ser consultada no link: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/llista-de-comensais-comuns.xlsx>
3. A coleta de amostras de sangue deve ser feita preferencialmente em punção periférica, mas admite-se que a IPCSL causada por microrganismo patogênico seja definida utilizando-se resultado de hemocultura ou de teste microbiológico baseado em cultura de amostra coletada de cateter central, nos casos em que não é possível fazer coleta periférica.
4. Os testes microbiológicos não baseados em cultura são testes moleculares, automatizados, realizados a partir de amostras de sangue. Estes testes podem utilizar, por exemplo, PCR multiplex, tecnologia de ressonância magnética miniaturizada ou sequenciamento de DNA de células microbianas para o diagnóstico microbiológico. Vale reforçar que caso a hemocultura tenha sido coletada 2 dias antes ou 1 dia depois do teste microbiológico não baseado em cultura, devemos considerar o resultado da hemocultura (padrão ouro) para a vigilância de IPCSL e desconsiderar o resultado do teste microbiológico não baseado em cultura.
5. Parâmetros clínicos, escore hematológico e outros parâmetros laboratoriais consultar Critérios Diagnósticos de Infecção Associada à Assistência à Saúde Neonatologia– Anexo I: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/manuais/cadernos-da-serie-seguranca-do-paciente-e-qualidade-em-servicos-de-saude-2017>
6. As duas amostras contaminantes de pele representam um único elemento para cumprimento do critério e a data de coleta da primeira amostra é usada para determinar a data da infecção. Pelo menos duas coletas separadas de amostra de sangue foram realizadas no mesmo dia ou em dias consecutivos, com preparo individualizado de cada sítio/local de coleta durante a coleta. O objetivo disso é garantir que seja feito um preparo/antisepsia do sítio/local de coleta para cada coleta realizada. Desta forma, reduz-se o risco de contaminação da coleta ser considerada IPCSL.
7. Hemocultura considerada contaminada por microrganismo contaminante de pele inclui aquelas em que o crescimento o microrganismo ocorreu em período maior que 48 horas de incubação ou microrganismo contaminante de pele foi isolamento em apenas uma hemocultura ou não atendeu os requisitos de coleta das amostras, conforme definido no critério diagnóstico de IPCSL causada por microrganismos contaminante de pele. A lista completa dos microrganismos contaminantes de pele (comensais) pode ser consultada no link: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/llista-de-comensais-comuns.xlsx>

## 1.7 Critérios para o diagnóstico de infecção do trato urinário em pacientes adultos e pediátricos

| <b>QUADRO 12</b><br><b>Critério diagnóstico de Infecção do Trato Urinário (ITU) Associada à Sonda Vesical de Demora (SVD) - SINTOMÁTICA</b> |   |   |
|---|---|---|
| <p><b>Critério 1</b></p> <p>Para adultos e crianças &gt; 3 anos</p>   | <p>Paciente com sonda vesical de demora há mais de dois dias calendário consecutivos (considerar o dia da passagem do cateter = D1)</p> <p style="text-align: center;"><b>E</b></p> <p><b>Pelo menos um</b> dos seguintes sinais ou sintomas sem outra causa reconhecida:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Febre (&gt;38°C)</li> <li>• Dor ou desconforto supra púbico</li> <li>• Dor ou desconforto lombar</li> <li>• Hematúria</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>OU</b></p> <p><b>Paciente permaneceu com sonda vesical de demora por mais de dois dias calendário e esta foi removida um dia antes do diagnóstico da infecção</b></p> <p style="text-align: center;"><b>E</b></p> <p><b>Pelo menos um</b> dos seguintes sinais ou sintomas sem outra causa reconhecida:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Febre (&gt;38°C)</li> <li>• Dor ou desconforto supra púbico</li> <li>• Dor ou desconforto lombar</li> <li>• Hematúria</li> <li>• Urgência miccional<sup>1</sup></li> <li>• Aumento da frequência miccional<sup>1</sup></li> <li>• Disúria<sup>1</sup></li> </ul> | <p><b>E</b></p> <p>Cultura de urina com no máximo <b>duas espécies bacterianas</b><sup>2</sup>, sendo pelo menos uma das espécies com contagem <math>\geq 10^5</math> UFC/ml.</p> <p><b>E</b></p> <p>Sinais/sintomas e resultados de cultura positiva ocorrendo no <b>período de janela de infecção*</b></p>    |
| <p><b>Critério 2</b></p> <p>Para crianças &gt; 28 dias e <math>\leq 3</math> anos</p>   | <p><b>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)</b></p> <p style="text-align: center;"><b>OU</b></p> <p><b>Paciente permaneceu com sonda vesical de demora por mais de dois dias calendário e esta foi removida um dia antes do diagnóstico da infecção</b></p> <p style="text-align: center;"><b>E</b></p> <p><b>Pelo menos um</b> dos seguintes sinais ou sintomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Febre (T&gt;38°C)</li> <li>• Hipotermia (T &lt; 35°C)</li> <li>• Apnéia</li> <li>• Bradicardia</li> <li>• Letargia</li> <li>• Vômito</li> <li>• Desconforto supra púbico ou lombar</li> <li>• Urgência miccional ou aumento da frequência miccional <sup>1</sup></li> <li>• Disúria <sup>1</sup></li> <li>• Hematúria</li> </ul>   | <p><b>E</b></p> <p>Cultura de urina com no máximo <b>duas espécies de bacterianas</b><sup>2</sup>, sendo pelo menos uma das espécies com contagem <math>\geq 10^5</math> UFC/ml.</p> <p><b>E</b></p> <p>Sinais/sintomas e resultados de cultura positiva ocorrendo no <b>período de janela de infecção*</b></p> |

|   |  |  |
|---|--|--|
| <b>Notas:</b>   |  |  |
| 1. Apenas em paciente que removeu o cateter no dia anterior à data da infecção, ou seja, sem cateter.   |  |  |
| 2. Não considerar urocultura coletada por saco coletor. Admite-se $\geq 10^3$ UFC/mL quando colhido por punção supra púbica em crianças. Em crianças imunodeprimidas considerar qualquer contagem de colônias X, se a amostra tiver sido coletada por punção supra púbica |  |  |
| <b>*Período de janela de infecção:</b> 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.                         |  |  |
| <b>Critério 3</b><br><br><b>Adultos e crianças &gt;28 dias com lesão medular</b>  | <p><b>Paciente com sonda vesical de demora há mais de dois dias calendário consecutivos (considerar o dia da passagem do cateter = D1) e que na data da infecção estava em uso do dispositivo ou este foi removido no dia anterior.</b></p> <p style="text-align: center;"><b>E</b></p> <p>Apresenta leucocitúria associada a pelo menos <b>DOIS</b> dos sinais e sintomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Febre (&gt;38°C) ou hipotermia (&lt;35°C) em criança <math>\leq 3</math> anos</li> <li>• Piora de incontinência</li> <li>• Piora da espasticidade</li> <li>• Queda do estado geral</li> <li>• Disreflexia autônoma</li> </ul> | <p><b>E</b></p> <p>Cultura de urina com no máximo <b>duas espécies bacterianas</b>, sendo pelo menos uma das espécies com contagem <math>\geq 10^5</math> UFC/ml.</p> <p><b>E</b></p> <p>Sinais/sintomas e resultados de cultura positiva ocorrendo no <b>período de janela de infecção*</b></p> |
| <b>*Período de janela de infecção:</b> 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.                         |  |  |

### Observações sobre ITU em pacientes adultos e pediátricos com ou sem lesão medular:

1. Cultura de urina com isolamento de quaisquer espécies de *Candida*, levedura não especificada, fungos dimórficos ou parasitas **NÃO** devem ser consideradas para o diagnóstico de ITU, do ponto de vista da vigilância. Mesmo se identificados na hemocultura, não podem ser considerados como agentes de infecção secundária a ITU.
2. Cultura de urina com isolamento de quaisquer espécies de *Candida*, levedura não especificada, fungos dimórficos ou parasitas juntamente com espécie bacteriana com  $\geq 10^5$  UFC/mL, considerar apenas a bactéria para fins de notificação.
3. Há grande probabilidade de ser contaminação da amostra quando são identificadas acima de duas espécies bacterianas na urocultura.
4. Cultura de ponta de cateter urinário **NÃO** é um teste laboratorial aceitável para o diagnóstico de ITU.
5. O achado de bactérias no trato urinário não significa obrigatoriamente infecção, devendo ser desconsiderado, do ponto de vista epidemiológico, se não houver clínica de infecção (sinais ou sintomas). Neste caso, deve ser considerado bacteriúria assintomática.

6. Infecções urinárias em pacientes que usam cateter duplo J são consideradas não associadas a cateter vesical.

7. As culturas de urina devem ser obtidas com a utilização de técnica apropriada: coleta por meio de micção espontânea ou cateterização. A urina coletada em paciente já cateterizado deve ser aspirada assepticamente do local próprio no circuito coletor e a cultura processada de forma quantitativa. É importante, registrar o método de coleta no pedido de exame e no prontuário.

8. Não existe um consenso na literatura, em relação à necessidade de troca de cateteres diante de suspeita de ITU ou para coleta de urina. Portanto, não há indicação absoluta de troca do cateter para obter urina para cultura. A orientação sobre a necessidade de troca do cateter deve ser definida pela equipe assistencial juntamente com a CCIH e deve constar no protocolo do serviço.

## **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 2024"**: contém Planilha de Identificação do Hospital, Planilha 1, Planilha 1B, Planilha 2, Planilha 3, Planilha 4, Planilha 5, Planilha 5B, Planilha 5C, 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 intravítrea 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\_2024)

Planilha 8: para os hospitais que possuem Unidade de Diálise

(Arquivo: Plan\_8\_Dialise\_2024)

Planilha 9: para os hospitais que possuem Serviço de oftalmologia que realize procedimentos oftalmológicos invasivos (cirurgias de catarata e injeção intravítreo de medicamentos).

(Arquivo: Plan\_9\_Endoftalmite\_2024)

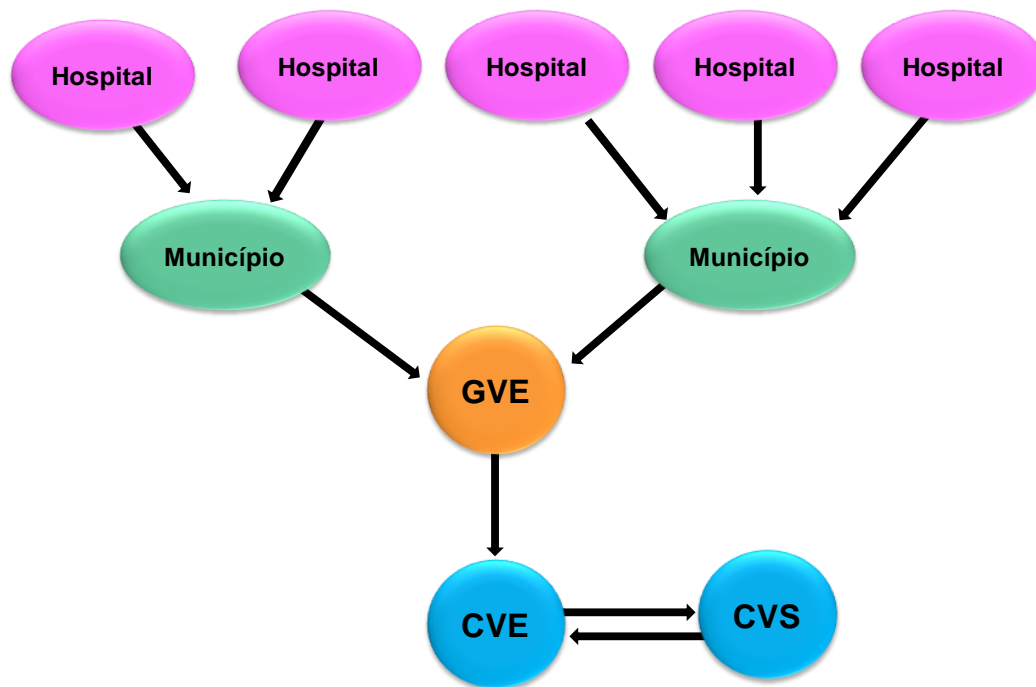
Planilha 10: para os hospitais que possuem Serviço de Quimioterapia ambulatorial (Arquivo: Plan\_10\_CVC\_longa\_2024)

| 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 alcoólico 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 "Plan\_1\_a\_6\_Hosp\_geral\_2024"

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 e sabonete líquido associado ou não a antisséptico em UTI, para higiene das mãos.
- Planilha 5 - Hemoculturas positivas (IPCS Lab) em UTI Adulto e Coronariana
- Planilha 5B – Hemoculturas positivas em UTI Pediátrica e Neonatal
- Planilha 5C – Uroculturas positivas 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 2023; Salvar como: **“hospitalnossasenhora0124”**; **Ex2:** Santa Casa de Aparados da Serra, mês de janeiro, ano de 2023; Salvar como: **“santacasaaparadosdaserra0124”**

## **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 subsequentes basta apenas completar os dados referentes às infecções, dispositivos e procedimentos, a cada mês, salvando o arquivo conforme orientações já descritas.

**ANO DE NOTIFICAÇÃO:** está preenchido como Ano 2024.

**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:

- ✓ ligação telefônica
- ✓ ambulatório de egressos com acompanhamento de um membro da CCIH
- ✓ e-mail
- ✓ whatsapp
- ✓ 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 (hospital, diretoria, etc..)

**EMAIL da CCIH:** preencher o endereço eletrônico de contato da equipe da CCIH

**TELEFONE DA CCIH:** preencher o telefone de contato da equipe da CCIH

**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 RELACIONADAS A ASSISTÊNCIA À SAÚDE                       |  |
| ANO DE NOTIFICAÇÃO:  | 2024                                       |
| HOSPITAL:  |  |
| CNES:  |  |
| NATUREZA DO HOSPITAL: (X)  | SE PÚBLICO, QUAL ESFERA DE GOVERNO? (X)    |
| PÚBLICO <input type="checkbox"/>   | FEDERAL <input type="checkbox"/>           |
| PRIVADO <input type="checkbox"/>   | ESTADUAL <input type="checkbox"/>          |
| FILANTRÓPICO <input type="checkbox"/>  | MUNICIPAL <input type="checkbox"/>         |
| É CONVENIADO AO SUS? (X)   | NÚMERO DE LEITOS: (Nº)                     |
| Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>                      | TOTAL DO HOSPITAL <input type="checkbox"/> |
|  | UTI ADULTO <input type="checkbox"/>        |
| É INSTITUIÇÃO DE ENSINO? (X)   | UTI CORONARIANA <input type="checkbox"/>   |
| Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>                      | UTI PEDIÁTRICA <input type="checkbox"/>    |
|  | UTI NEONATAL <input type="checkbox"/>      |
| CCIH realiza vigilância de infecções cirúrgicas pós-alta? (X)                  |  |
| Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>                      |  |
| Em caso afirmativo, especifique o(s) tipo(s) de vigilância pós-alta realizada: |  |
| ligação telefônica para paciente:  | <input type="checkbox"/>                   |
| ambulatório de egressos:   | <input type="checkbox"/>                   |
| E-mail:  | <input type="checkbox"/>                   |
| Whatsapp:  | <input type="checkbox"/>                   |
| outro:   | <input type="checkbox"/>                   |
| CCIH realiza checklist de verificação de <u>inserção de CVC</u> nas UTI? (X)   |  |
| Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>                      |  |
| PRESIDENTE DA CCIH:  |  |
| EMAIL INSTITUCIONAL  |  |
| EMAIL CCIH:  |  |
| TELEFONE CCIH:   |  |
| 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:** n<sup>o</sup> 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!    |
| <b>Total</b>            | 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 9. Preencher com número "0" as especialidades que o hospital não dispõe. **Não inserir** especialidades nesta coluna.

### Quadro 13. Especialidade cirúrgica e código da especialidade

| Código da Especialidade | Especialidade Cirúrgica                      |
|-------------------------|--|
| CCARD                   | Cirurgia Cardíaca                            |
| CGERA                   | Cirurgia Geral                               |
| CIRPE                   | Cirurgia Pediátrica                          |
| CIVAS                   | Cirurgia Vascular                            |
| 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/cavidade).

**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 10).

#### Quadro 14. 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"> <li>• Aneurismectomia</li> <li>• Correção de cardiopatias congênicas</li> <li>• Revascularização do miocárdio</li> <li>• Transplante cardíaco</li> </ul>   | CIRPE                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cardioplastia</li> <li>• Correção de varicocele</li> <li>• Desconexão ázigo-portal</li> <li>• Herniorrafia (sem inflamação ou infecção)</li> <li>• Orquidopexia</li> <li>• Plástica de bolsa escrotal/ torção de testículo</li> </ul>   |
| ORTOP                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Artroplastia</li> <li>• Artrodese</li> <li>• Osteossíntese</li> <li>• Osteotomia</li> </ul>  | GASCI                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cardiotomia/ cardioplastia</li> <li>• Esplenectomia / esplenorrafia</li> <li>• Hepatectomia / heparorrafia</li> <li>• Hernioplastia hiatal</li> <li>• Herniorrafia (sem inflamação/ infecção) diafragmática / inguinal/ umbilical /crural</li> <li>• Linfadenectomia retroperitoneal /tronco celíaco</li> <li>• Pancreatectomia</li> <li>• Ressecção de tumor de parede abdominal</li> <li>• Vagotomia</li> </ul> |
| TORAX                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Herniorrafia diafragmática</li> <li>• Mediastinotomia</li> <li>• Ressecção de tumor de mediastino</li> <li>• Tratamento cirúrgico de fratura do externo</li> </ul>   | PLAST                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Blefaroplastia</li> <li>• Dermolipectomia abdominal</li> <li>• Enxerto de pele</li> <li>• Exerese de cistos</li> <li>• Mamoplastias</li> <li>• Reconstrução de mama</li> <li>• Retração cicatricial</li> <li>• Ritidoplastia</li> </ul>   |
| NEUCI                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Artrodese de coluna</li> <li>• Correção de aneurisma</li> <li>• Cranioplastia / craniotomia</li> <li>• Derivação ventrículo peritoneal (exceto revisão de complicações)</li> <li>• Descompressão neurovascular</li> <li>• Drenagem de hematomas</li> <li>• Excisão de tu (exceto via transesfenoidal)</li> <li>• Laminectomia</li> <li>• Lobectomia</li> </ul> | UROCI                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adrenalectomia</li> <li>• Epididimectomia</li> <li>• Linfadenectomia</li> <li>• Orquidopexia</li> <li>• Torção de testículo</li> <li>• Varicocele</li> </ul>  |
|                         |   | GINEC                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mastectomia</li> <li>• Ooforectomia</li> <li>• Salpingectomia</li> <li>• Ginecomastia</li> </ul>  |

|  |   |       |   |
|--|---|-------|---|
| CIVAS  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Varizes</li> <li>• Safenectomia</li> <li>• Linfadenectomia</li> <li>• Enxertos</li> <li>• Vagotomia</li> <li>• Aneurisma de aorta abdominal</li> <li>• Fístulas arterio-venosas</li> </ul> | CGERA | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Esplenectomia / esplenorrafia</li> <li>• Hepatectomia / hepatorrafia</li> <li>• Hernioplastia hiatal</li> <li>• Herniorrafia (sem inflamação/ infecção) diafragmática / inguinal/ umbilical / crural</li> <li>• Pancreatectomia</li> </ul> |
| <b>Obs:</b> 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 a taxa de infecção em cirurgia limpa. **NÃO PREENCHER ESTE CAMPO.**

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

**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, colestectomia, colectomia, craniotomia, derivação ventricular interna, herniorrafia/hernioplastia, histerectomia, mastectomia, mamoplastia com implante mamário, parto cesariano e revascularização do miocárdio (Quadro 11).

Desde 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.

| <b>PLANILHA 1B - INFECÇÕES DE SÍTIO CIRÚRGICO SEGUNDO TIPO DE CIRURGIA</b>   |   |                                       |  |                            |
|--|---|---------------------------------------|--|----------------------------|
| <b>IMPORTANTE: NÃO EDITAR AS PLANILHAS.</b>  |   |                                       |  |                            |
| <b>Indicação:</b> indicado para preenchimento por hospitais e clínicas-dia que realizam as seguintes cirurgias: apendicectomia laparoscópica, artroplastia de joelho, artroplastia total de quadril, colectomia laparoscópica, colestectomia laparoscópica, craniotomia, derivação ventricular interna (DVP), herniorrafia/hernioplastia laparoscópica, histerectomia laparoscópica, mastectomia, mamoplastia com implante mamário, parto cesariano e revascularização do miocárdio. |   |                                       |  |                            |
| <b>Indicador que será gerado:</b> Taxa de Incidência de infecção de sítio cirúrgico segundo tipo de cirurgia (%)   |   |                                       |  |                            |
| <b>Fórmula de cálculo:</b> nº total de infecções de sítio cirúrgico (ISC )/nº total de cirurgias realizadas x 100  |   |                                       |  |                            |
| <b>Preencher com (X) se realiza Vigilância pós-alta por tipo de cirurgia</b>   |   |                                       |  |                            |
| <b>Preencher um quadro para cada mês do ano e enviar os dados mensalmente.</b>   |   |                                       |  |                            |
| <b>Janeiro</b>   |   |                                       |  |                            |
| <b>Tipo de Cirurgia</b>  | <b>Número total de infecções de sítio cirúrgico (ISC)</b> | <b>Número de cirurgias realizadas</b> | <b>Taxa de Infecção de sítio cirúrgico (%)</b> | <b>Vigilância pós-alta</b> |
| Apendicectomia laparoscópica   |   |                                       | #DIV/0!  |                            |
| Artroplastia de joelho   |   |                                       | #DIV/0!  |                            |
| Artroplastia total de quadril  |   |                                       | #DIV/0!  |                            |
| Colectomia laparoscópica   |   |                                       | #DIV/0!  |                            |
| Colestectomia 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!  |                            |

### Quadro 15. Procedimentos cirúrgicos selecionados e critérios para notificação.

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

**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<br>(Número de pneumonias associadas a ventilador mecânico) | IPCS Laboratorial<br>(Número de IPCS laboratorial associada a cateter central) | IU<br>(Número de infecções urinárias associadas a sonda vesical de demora) | VM<br>(Número de pacientes com ventilador mecânico/dia) | CT<br>(Número de pacientes com cateter central / dia) | SV<br>(Número de pacientes com sonda vesical de demora / dia) | Pacientes-dia |
| UTI - 1 |   |  |  |   |   |   |               |
| UTI - 2 |   |  |  |   |   |   |               |
| UTI - 3 |   |  |  |   |   |   |               |
| UTI - 4 |   |  |  |   |   |   |               |
| UCO     |   |  |  |   |   |   |               |
| UTYPE   |   |  |  |   |   |   |               |
| Unidade | DI PN X VM  | DI IPCS Lab 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!   |               |
| UTI - 2 | #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!   |               |
| UTI - 4 | #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!   |               |
| UTYPE   | #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 (UTIAD); Unidade Coronariana (UCO), Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico (UTIPED).

**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:** 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**

**Quinta 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.**

**Sexta 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.**

**Sétima 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.**

**Oitava 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 16. 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.**

| <b>Dia do mês</b> | <b>PAC<br/>(Número de pacientes Internados)</b> | <b>VM<br/>(Número de pacientes em ventilação mecânica)</b> | <b>CT<br/>(Número de pacientes com cateter central)</b> | <b>SV<br/>(Número de pacientes com sonda vesical de demora)</b> |
|-------------------|---|--|---|---|
| 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   |
| <b>Total</b>      | <b>28</b>                                       | <b>28</b>  | <b>25</b>   | <b>26</b>   |

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

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

Segundo ANVISA, a partir de 2018, se tornou 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 vigilância;
- Número total de *checklist* de inserção de CVC aplicado na UTI adulto no período de vigilância;
- Número total de CVC inserido seguindo todas as recomendações do *checklist*.

Assim, serão calculados os seguintes indicadores de processo:

- **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.**

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, segundo a Nota Técnica nº 01/2023: (Quadro 13)

**Quadro 17. Ações preventivas de Práticas de Inserção Segura de CVC**

| Ação preventiva  |
|--|
| Higienizar as mãos (com produto alcoólico ou água e sabonete antisséptico)                                 |
| Realizar a antisepsia da pele com gluconato de clorexidina ≥ 0,5% ou PVPI alcóolico 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 nº01/2023 adaptada  
<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/notas-tecnicas-vigentes/nota-tecnica-gvims-ggtes-dire3-anvisa-no-01-2023-orientacoes-para-vigilancia-das-infeccoes-relacionadas-a-assistencia-a-saude-iras-e-resistencia-microbiana-rm-em-servicos-de-saude/view>

| INDICADOR DE PROCESSO UTI ADULTO |    |  |   |
|----------------------------------|----|--|---|
| Unidade                          | CT | 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                          |    | Adesão ao checklist<br>#DIV/0!                   | Adesão às praticas<br>#DIV/0!   |
| UTI - 2                          |    | #DIV/0!  | #DIV/0!   |
| UTI - 3                          |    | #DIV/0!  | #DIV/0!   |
| UTI - 4                          |    | #DIV/0!  | #DIV/0!   |
| UCO                              |    |  |   |
| UTIPE                            |    |  |   |



## PLANILHA 3 - INFECÇÃO EM UTI NEONATAL

| Janeiro                 |   |  |  |   |   |               |
|-------------------------|---|--|--|---|---|---------------|
| Faixa de Peso ao nascer | PN<br>(Número de pneumonias associadas ao uso de ventilador mecânico) | IPCS Laboratorial<br>(Número de IPCS Laboratorial associada a cateter central) | IPCS Clínica<br>(Número de IPCS Clínica associada a cateter central) | VM<br>(Número de pacientes com ventilador mecânico/dia) | CT<br>(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 18. 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        |
| <b>Total</b> | <b>9</b>   | <b>9</b> | <b>9</b> | <b>35</b>      | <b>33</b> | <b>25</b> | <b>67</b>       | <b>59</b> | <b>22</b> | <b>35</b>       | <b>14</b> | <b>2</b> | <b>7</b>  | <b>0</b> | <b>7</b> |

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**

Alterações na planilha de hemoculturas (5 e 5B) desde 2021:

- “Outras enterobactérias: *Proteus*, *Morganella*, *Citrobacter*, *Klebsiella* spp (Exceto complexo *K. pneumoniae* e *K. aerogenes*), entre outros” - foram listados separados na lista de microrganismos em ordem alfabética para facilitar a notificação.
- Na opção *Klebsiella* spp. deverão ser notificadas as demais espécies de *Klebsiella* que não façam parte do Complexo *K. pneumoniae* (*K.pneumoniae*; *K.quasipneumoniae*; *K. variicola*; *K.quasivariicola*; *K. africana*) nem do complexo *K. aerogenes*.
- *Klebsiella aerogenes* – foi acrescentado como perfil específico.
- No perfil fenotípico, foi acrescentado o antimicrobiano ceftazidima/avibactam para as outras Enterobactérias: *Enterobacter* e *E. coli*, além da *Klebsiella aerogenes* complexo e *Klebsiella* spp. e foi acrescentado o perfil fenotípico do antimicrobiano ceftolozona-tazobactam para a *Pseudomonas aeruginosa*.
- Complexo *Burkholderia cepacia* – retirados todos os antimicrobianos, deixado somente o campo da notificação do número de isolados; não há critérios específicos, definidos pelo BrCAST/EUCAST, para interpretação dos testes de sensibilidade das espécies do *Burkholderia cepacia*.
- *Stenotrophomonas maltophilia* - deixado somente o número de isolados sensíveis e resistentes a sulfametoxazol/trimetoprima. Retirado a levofloxacino da planilha.
- *S. aureus* e do *Staphylococcus coagulase negativa* - Retirado o perfil “intermediário” a vancomicina.

**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.

|   |
|---|
| <i>Candida</i> spp.   |
| <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>Citrobacter</i> spp. <b>RESISTENTE</b> a carbapenêmico e cefalosporina de 4ª geração (cefepime)  |
| <i>Citrobacter</i> spp. <b>SENSÍVEL</b> a carbapenêmico e cefalosporina de 4ª geração   |
| <i>Citroacter</i> spp. <b>SENSÍVEL</b> a carbapenêmico e <b>RESISTENTE</b> a cefalosporina de 4ª geração  |
| <i>Acinetobacter baumannii</i> <b>RESISTENTE</b> a carbapenêmico  |
| <i>Acinetobacter baumannii</i> <b>SENSÍVEL</b> a carbapenêmico  |
| <i>Acinetobacter baumannii</i> <b>RESISTENTE</b> a polimixina B e/ou polimixina E (colistina)   |
| <i>A. calcoaceticus</i> , <i>A. nosocomialis</i> , <i>A. pittii</i> , <i>A. seifertii</i> <b>RESISTENTES</b> a carbapenêmico  |
| <i>A. calcoaceticus</i> , <i>A. nosocomialis</i> , <i>A. pittii</i> , <i>A. seifertii</i> <b>SENSÍVEIS</b> a carbapenêmico  |
| <i>A. calcoaceticus</i> , <i>A. nosocomialis</i> , <i>A. pittii</i> , <i>A. seifertii</i> <b>RESISTENTES</b> a polimixina B e/ou polimixina E (colistina)   |
| Complexo <i>Burkholderia cepacia</i>  |
| <i>Enterobacter</i> spp. <b>RESISTENTE</b> a carbapenêmico e cefalosporina de 4ª geração (cefepime)   |
| <i>Enterobacter</i> spp. <b>SENSÍVEL</b> a carbapenêmico e cefalosporina de 4ª geração  |
| <i>Enterobacter</i> spp. <b>SENSÍVEL</b> a carbapenêmico e <b>RESISTENTE</b> a cefalosporina de 4ª geração  |
| <i>Enterobacter</i> spp. <b>RESISTENTE</b> a Polimixina B e/ou E (colistina) e <b>RESISTENTE</b> a carbapenêmico  |
| <i>Enterobacter</i> spp. <b>RESISTENTE</b> a Polimixina B e/ou polimixina E (colistina) e <b>SENSÍVEL</b> a carbapenêmico   |
| <i>Enterobacter</i> spp. <b>SENSÍVEL</b> a ceftazidima/avibactam  |
| <i>Enterobacter</i> spp. <b>RESISTENTE</b> a ceftazidima/avibactam  |
| <i>Enterococcus faecalis</i> <b>RESISTENTE</b> a vancomicina  |
| <i>Enterococcus faecalis</i> <b>SENSÍVEL</b> a vancomicina  |
| <i>Enterococcus faecium</i> <b>RESISTENTE</b> a vancomicina   |
| <i>Enterococcus faecium</i> <b>SENSÍVEL</b> a vancomicina   |
| <i>Enterococcus</i> spp. (exceto <i>E. faecalis</i> e <i>E. faecium</i> ) <b>RESISTENTE</b> a vancomicina   |
| <i>Enterococcus</i> spp. (exceto <i>E. faecalis</i> e <i>E. faecium</i> ) <b>SENSÍVEL</b> a vancomicina   |
| <i>Escherichia coli</i> <b>RESISTENTE</b> a carbapenêmico e cefalosporinas de 3ª (ceftriaxona, cefotaxima, ceftazidima) e/ou de 4ª geração (cefepime)   |
| <i>Escherichia coli</i> <b>SENSÍVEL</b> a carbapenêmico e cefalosporinas de 3ª e/ou 4ª geração  |
| <i>Escherichia coli</i> <b>SENSÍVEL</b> a carbapenêmico e <b>RESISTENTE</b> a cefalosporina de 3ª e/ou 4ª geração (cefepime)  |
| <i>Escherichia coli</i> <b>RESISTENTE</b> a polimixina B e/ou polimixina E (colistina) e <b>SENSÍVEL</b> a carbapenêmico  |
| <i>Escherichia coli</i> <b>RESISTENTE</b> a carbapenêmico e <b>RESISTENTE</b> a polimixina B e/ou polimixina E (colistina)  |
| <i>Escherichia coli</i> <b>SENSÍVEL</b> a ceftazidima/avibactam   |
| <i>Escherichia coli</i> <b>RESISTENTE</b> a ceftazidima/avibactam   |
| <i>Klebsiella pneumoniae</i> complexo ( <i>K.pneumoniae</i> ; <i>K.quasipneumoniae</i> ; <i>K.variicola</i> ; <i>K.quasivariicola</i> ; <i>K. africana</i> ) <b>RESISTENTE</b> a carbapenêmico e cefalosporinas de 3ª e/ou 4ª geração                           |
| <i>Klebsiella pneumoniae</i> complexo ( <i>K.pneumoniae</i> ; <i>K.quasipneumoniae</i> ; <i>K.variicola</i> ; <i>K.quasivariicola</i> ; <i>K. africana</i> ) <b>SENSÍVEL</b> a carbapenêmico e cefalosporinas de 3ª e/ou 4ª geração                             |
| <i>Klebsiella pneumoniae</i> complexo ( <i>K.pneumoniae</i> ; <i>K.quasipneumoniae</i> ; <i>K.variicola</i> ; <i>K.quasivariicola</i> ; <i>K. africana</i> ) <b>RESISTENTE</b> a carbapenêmico e <b>RESISTENTE</b> a polimixina B e/ou polimixina E (colistina) |
| <i>Klebsiella pneumoniae</i> complexo ( <i>K.pneumoniae</i> ; <i>K.quasipneumoniae</i> ; <i>K.variicola</i> ; <i>K.quasivariicola</i> ; <i>K. africana</i> ) <b>SENSÍVEL</b> a ceftazidima/avibactam  |
| <i>Klebsiella pneumoniae</i> complexo ( <i>K.pneumoniae</i> ; <i>K.quasipneumoniae</i> ; <i>K.variicola</i> ; <i>K.quasivariicola</i> ; <i>K. africana</i> ) <b>RESISTENTE</b> a ceftazidima/avibactam  |
| <i>Klebsiella aerogenes</i> <b>RESISTENTE</b> a carbapenêmico e cefalosporinas de 3ª e/ou 4ª geração  |
| <i>Klebsiella aerogenes</i> <b>SENSÍVEL</b> a carbapenêmico e cefalosporina de 3ª e/ou 4ª geração   |
| <i>Klebsiella aerogenes</i> <b>SENSÍVEL</b> a carbapenêmico e <b>RESISTENTE</b> a cefalosporinas de 3ª e/ou 4ª geração (cefepime)   |
| <i>Klebsiella aerogenes</i> <b>RESISTENTE</b> a carbapenêmico e <b>RESISTENTE</b> a polimixina B e/ou polimixina E (colistina)  |
| <i>Klebsiella aerogenes</i> <b>RESISTENTE</b> a polimixina B e/ou polimixina E (colistina) e <b>SENSÍVEL</b> a carbapenêmico  |
| <i>Klebsiella aerogenes</i> <b>SENSÍVEL</b> a ceftazidima/avibactam   |
| <i>Klebsiella aerogenes</i> <b>RESISTENTE</b> a ceftazidima/avibactam   |
| <i>Klebsiella</i> spp. (exceto os complexos <i>K.pneumoniae</i> e <i>K. aerogenes</i> ) <b>RESISTENTE</b> a carbapenêmico e cefalosporinas de 3ª e/ou 4ª geração  |
| <i>Klebsiella</i> spp. (exceto os complexos <i>K.pneumoniae</i> e <i>K. aerogenes</i> ) <b>SENSÍVEL</b> a carbapenêmico e cefalosporina de 3ª e/ou 4ª geração   |
| <i>Klebsiella</i> spp. (exceto os complexos <i>K.pneumoniae</i> e <i>K. aerogenes</i> ) <b>SENSÍVEL</b> a carbapenêmico e <b>RESISTENTE</b> a cefalosporinas de 3ª e/ou 4ª geração  |
| <i>Klebsiella</i> spp. (exceto os complexos <i>K.pneumoniae</i> e <i>K. aerogenes</i> ) <b>RESISTENTE</b> a carbapenêmico e <b>RESISTENTE</b> a polimixina B e/ou polimixina E (colistina)  |
| <i>Klebsiella</i> spp. (exceto os complexos <i>K.pneumoniae</i> e <i>K. aerogenes</i> ) <b>RESISTENTE</b> a polimixina B e/ou polimixina E (colistina) e <b>SENSÍVEL</b> a carbapenêmico  |
| <i>Klebsiella</i> spp. (exceto os complexos <i>K.pneumoniae</i> e <i>K. aerogenes</i> ) <b>SENSÍVEL</b> a ceftazidima/avibactam   |
| <i>Klebsiella</i> spp. (exceto os complexos <i>K.pneumoniae</i> e <i>K. aerogenes</i> ) <b>RESISTENTE</b> a ceftazidima/avibactam   |
| <i>Morganella</i> spp. <b>RESISTENTE</b> a carbapenêmico e cefalosporina de 4ª geração (cefepime)   |
| <i>Morganella</i> spp. <b>SENSÍVEL</b> a carbapenêmico e cefalosporina de 4ª geração  |
| <i>Morganella</i> spp. <b>SENSÍVEL</b> a carbapenêmico e <b>RESISTENTE</b> a cefalosporina de 4ª geração  |
| <i>Proteus</i> spp. <b>RESISTENTE</b> a carbapenêmico e cefalosporina de 4ª geração (cefepime)  |
| <i>Proteus</i> spp. <b>SENSÍVEL</b> a carbapenêmico e cefalosporina de 4ª geração   |
| <i>Proteus</i> spp. <b>SENSÍVEL</b> a carbapenêmico e <b>RESISTENTE</b> a cefalosporina de 4ª geração   |
| <i>Pseudomonas aeruginosa</i> <b>RESISTENTE</b> a carbapenêmico   |
| <i>Pseudomonas aeruginosa</i> <b>SENSÍVEL</b> a carbapenêmico   |
| <i>Pseudomonas aeruginosa</i> <b>RESISTENTE</b> a polimixina B e/ou polimixina E (colistina)  |
| <i>Pseudomonas aeruginosa</i> <b>SENSÍVEL</b> a ceftolozana-tazobactam  |
| <i>Pseudomonas aeruginosa</i> <b>RESISTENTE</b> a ceftolozana-tazobactam  |
| <i>Serratia</i> spp. <b>RESISTENTE</b> a carbapenêmico e cefalosporinas de 3ª e/ou 4ª geração   |
| <i>Serratia</i> spp. <b>SENSÍVEL</b> a carbapenêmico e cefalosporinas de 3ª e/ou 4ª geração   |
| <i>Serratia</i> spp. <b>SENSÍVEL</b> a carbapenêmico e <b>RESISTENTE</b> a cefalosporinas de 3ª e/ou 4ª geração   |
| <i>Serratia</i> spp. <b>SENSÍVEL</b> a cefalosporinas de 3ª e/ou 4ª geração e <b>RESISTENTE</b> a carbapenêmico   |
| <i>Staphylococcus aureus</i> <b>SENSÍVEL</b> a vancomicina e oxacilina  |
| <i>Staphylococcus aureus</i> <b>SENSÍVEL</b> a vancomicina e <b>RESISTENTE</b> a oxacilina  |
| <i>Staphylococcus aureus</i> <b>RESISTENTE</b> 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> ) <b>SENSÍVEL</b> 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> ) <b>SENSÍVEL</b> a vancomicina e <b>RESISTENTE</b> a oxacilina  |
| <i>Staphylococcus</i> coagulase negativo ( <i>S.epidermidis</i> , <i>S.haemolyticus</i> , <i>S. hominis</i> , <i>S.lugdunensis</i> ) <b>RESISTENTE</b> a vancomicina e oxacilina  |
| <i>Stenotrophomonas maltophilia</i> <b>RESISTENTE</b> a sulfametoxazol/trimetoprim  |
| <i>Stenotrophomonas maltophilia</i> <b>SENSÍVEL</b> a sulfametoxazol/trimetoprim  |
| Outros microrganismos   |

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.

**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.

**Observações:**

- 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**

|  |
|--|
| <i>Acinetobacter baumannii</i> <b>RESISTENTE</b> a carbapenêmico   |
| <i>Acinetobacter baumannii</i> <b>SENSÍVEL</b> a carbapenêmico   |
| <i>Acinetobacter baumannii</i> <b>RESISTENTE</b> a polimixina B e/ou polimixina E (colistina)  |
| <i>Acinetobacter calcoaceticus</i> , <i>A. nosocomialis</i> , <i>A. pittii</i> , <i>A. seifertii</i> <b>RESISTENTES</b> a carbapenêmico                              |
| <i>Acinetobacter calcoaceticus</i> , <i>A. nosocomialis</i> , <i>A. pittii</i> , <i>A. seifertii</i> <b>SENSÍVEIS</b> a carbapenêmico                                |
| <i>Acinetobacter calcoaceticus</i> , <i>A. nosocomialis</i> , <i>A. pittii</i> , <i>A. seifertii</i> <b>RESISTENTES</b> a polimixina B e/ou polimixina E (colistina) |
| <i>Enterobacter</i> spp <b>RESISTENTE</b> a carbapenemico e cefalosporina de 4ª geração (cefepime)   |
| <i>Enterobacter</i> spp <b>SENSÍVEL</b> a carbapenemico e cefalosporina de 4ª geração  |
| <i>Enterobacter</i> spp <b>SENSÍVEL</b> a carbapenemico e <b>RESISTENTE</b> a cefalosporina de 4ª geração  |
| <i>Enterobacter</i> spp <b>RESISTENTE</b> a carbapenemico e <b>RESISTENTE</b> a polimixina B e/ou polimixina E (colistina)   |
| <i>Enterobacter</i> spp <b>RESISTENTE</b> a Polimixina B e/ou polimixina E (colistina) e <b>SENSÍVEL</b> a carbapenemico   |
| <i>Enterobacter</i> spp <b>SENSÍVEL</b> a ceftazidima/avibactam  |
| <i>Enterobacter</i> spp <b>RESISTENTE</b> a ceftazidima/avibactam  |
| <i>Enterococcus</i> spp (exceto <i>E. faecalis</i> e <i>E. faecium</i> ) <b>RESISTENTE</b> a vancomicina   |
| <i>Enterococcus</i> spp (exceto <i>E. faecalis</i> e <i>E. faecium</i> ) <b>SENSÍVEL</b> a vancomicina   |
| <i>Enterococcus faecalis</i> <b>RESISTENTE</b> a vancomicina   |
| <i>Enterococcus faecalis</i> <b>SENSÍVEL</b> a vancomicina   |
| <i>Enterococcus faecium</i> <b>RESISTENTE</b> a vancomicina  |
| <i>Enterococcus faecium</i> <b>SENSÍVEL</b> a vancomicina  |
| <i>Escherichia coli</i> <b>RESISTENTE</b> a carbapenêmico e cefalosporinas de 3ª (ceftriaxona, cefotaxima, ceftazidima) e/ou de 4ª geração (cefepime)                |
| <i>Escherichia coli</i> <b>SENSÍVEL</b> a carbapenêmico e cefalosporinas de 3ª e/ou 4ª geração   |
| <i>Escherichia coli</i> <b>SENSÍVEL</b> a carbapenêmico e <b>RESISTENTE</b> a cefalosporina de 3ª e/ou 4ª geração (cefepime)   |
| <i>Escherichia coli</i> <b>RESISTENTE</b> a polimixina B e/ou polimixina E (colistina) e <b>SENSÍVEL</b> a carbapenêmico   |
| <i>Escherichia coli</i> <b>RESISTENTE</b> a carbapenêmico e <b>RESISTENTE</b> a polimixina B e/ou polimixina E (colistina)   |
| <i>Escherichia coli</i> <b>SENSÍVEL</b> a ceftazidima/avibactam  |
| <i>Escherichia coli</i> <b>RESISTENTE</b> a ceftazidima/avibactam  |
| <i>Klebsiella pneumoniae</i> complexo (K.pneumoniae; K.quasipneumoniae; K.variicola; K.quasivariicola e K. africana) <b>RESISTENTE</b> a carbapenêmico e             |
| <i>Klebsiella pneumoniae</i> complexo (K.pneumoniae; K.quasipneumoniae; K.variicola; K.quasivariicola e K. africana) <b>SENSÍVEL</b> a carbapenêmico e cef           |
| <i>Klebsiella pneumoniae</i> complexo (K.pneumoniae; K.quasipneumoniae; K.variicola; K.quasivariicola e K. africana) <b>SENSÍVEL</b> a carbapenêmico e <b>RES</b>    |
| <i>Klebsiella pneumoniae</i> complexo (K.pneumoniae; K.quasipneumoniae; K.variicola; K.quasivariicola e K. africana) <b>RESISTENTE</b> a carbapenêmico e             |
| <i>Klebsiella pneumoniae</i> complexo (K.pneumoniae; K.quasipneumoniae; K.variicola; K.quasivariicola e K. africana) <b>RESISTENTE</b> a polimixina B e/ou p         |
| <i>Klebsiella pneumoniae</i> complexo (K.pneumoniae; K.quasipneumoniae; K.variicola; K.quasivariicola e K. africana) <b>SENSÍVEL</b> a ceftazidima/avibactam         |
| <i>Klebsiella pneumoniae</i> complexo (K.pneumoniae; K.quasipneumoniae; K.variicola; K.quasivariicola e K. africana) <b>RESISTENTE</b> a ceftazidima/avibac          |
| <i>Klebsiella</i> spp. (exceto complexo K.pneumoniae) <b>RESISTENTE</b> a carbapenêmico e cefalosporinas de 3ª e/ou 4ª geração                                       |
| <i>Klebsiella</i> spp (exceto complexo K.pneumoniae) <b>SENSÍVEL</b> a carbapenêmico e cefalosporina de 3ª e/ou 4ª geração   |
| <i>Klebsiella</i> spp (exceto complexo K.pneumoniae) <b>SENSÍVEL</b> a carbapenêmico e <b>RESISTENTE</b> a cefalosporinas de 3ª e/ou 4ª geração (cefepime)           |
| <i>Klebsiella</i> spp (exceto complexo K.pneumoniae) <b>RESISTENTE</b> a carbapenêmico e <b>RESISTENTE</b> a polimixina B e/ou polimixina E (colistina)              |
| <i>Klebsiella</i> spp (exceto complexo K.pneumoniae) <b>RESISTENTE</b> a polimixina B e/ou polimixina E (colistina) e <b>SENSÍVEL</b> a carbapenêmico                |
| <i>Klebsiella</i> spp (exceto complexo K.pneumoniae) <b>SENSÍVEL</b> a ceftazidima/avibactam   |
| <i>Klebsiella</i> spp (exceto complexo K.pneumoniae) <b>RESISTENTE</b> a ceftazidima/avibactam   |
| <i>Proteus</i> spp. <b>RESISTENTE</b> a carbapenemico e cefalosporina de 4ª geração (cefepime)   |
| <i>Proteus</i> spp. <b>SENSÍVEL</b> a carbapenemico e cefalosporina de 4ª geração  |
| <i>Proteus</i> spp. <b>SENSÍVEL</b> a carbapenemico e <b>RESISTENTE</b> a cefalosporina de 4ª geração  |
| <i>Proteus</i> spp. <b>RESISTENTE</b> a carbapenemico e <b>RESISTENTE</b> a polimixina B e/ou polimixina E (colistina)   |
| <i>Proteus</i> spp. <b>SENSÍVEL</b> a ceftazidima/avibactam  |
| <i>Proteus</i> spp. <b>RESISTENTE</b> a ceftazidima/avibactam  |
| <i>Pseudomonas aeruginosa</i> <b>RESISTENTE</b> a carbapenêmico  |
| <i>Pseudomonas aeruginosa</i> <b>SENSÍVEL</b> a carbapenêmico  |
| <i>Pseudomonas aeruginosa</i> <b>RESISTENTE</b> a polimixina B e/ou polimixina E (colistina)   |
| <i>Serratia</i> spp. <b>RESISTENTE</b> a carbapenêmico e cefalosporinas de 3ª e/ou 4ª geração  |
| <i>Serratia</i> spp. <b>SENSÍVEL</b> a carbapenêmico e cefalosporinas de 3ª e/ou 4ª geração  |
| <i>Serratia</i> spp. <b>SENSÍVEL</b> a carbapenêmico e <b>RESISTENTE</b> a cefalosporinas de 3ª e/ou 4ª geração  |
| <i>Serratia</i> spp. <b>SENSÍVEL</b> a cefalosporinas de 3ª e/ou 4ª geração e <b>RESISTENTE</b> a carbapenêmico  |
| <i>Serratia</i> spp. <b>SENSÍVEL</b> a ceftazidima/avibactam   |
| <i>Serratia</i> spp. <b>RESISTENTE</b> a ceftazidima/avibactam   |
| <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   |
| Candidas não albicans (Outras especies)  |
| <i>Candida</i> spp.  |
| Outros microrganismos  |

**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 UTI Pediátrica.

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**

| <b>Janeiro</b>                              |                              |
|---|------------------------------|
| <b>Nome genérico do antimicrobiano</b>      | <b>Apresentação</b>          |
| Amicacina                                   | FR AMP 100 mg                |
| Amicacina                                   | FR AMP 250 mg                |
| Amicacina                                   | FR AMP 500 mg                |
| Amicacina                                   | FR AMP 1 g                   |
| Ampicilina-sulbactam (base ampicilina)      | FR AMP 1,5G                  |
| Ampicilina-sulbactam (base ampicilina)      | FR AMP 3G                    |
| Aztreonam                                   | FR AMP 1G                    |
| Cefepima                                    | FR AMP 1G                    |
| Cefepima                                    | FR AMP 2G                    |
| Cefotaxima                                  | FR AMP 1G                    |
| Ceftazidima                                 | FR AMP 1G                    |
| Ceftazidima-avibactam (base ceftazidima)    | FR AMP 2,5G                  |
| Ceftolozana-tazobactam (base ceftolozana)   | FR AMP 1,5G                  |
| Ceftriaxone                                 | FR AMP 1G                    |
| Ciprofloxacina                              | CP 250 MG                    |
| Ciprofloxacina                              | FR AMP 200 MG                |
| Ciprofloxacina                              | FR AMP 400 MG                |
| Ciprofloxacina                              | CP 500 MG                    |
| Ertapenem                                   | FR AMP 1G                    |
| Imipenem                                    | FR AMP 250 MG                |
| Imipenem                                    | FR AMP 500 MG                |
| Levofloxacina                               | FR AMP 250 MG                |
| Levofloxacina                               | FR AMP 500 MG                |
| Levofloxacina                               | FR AMP 750 MG                |
| Levofloxacina                               | CP 250 MG                    |
| Levofloxacina                               | CP 500 MG                    |
| Levofloxacina                               | CP 750 MG                    |
| Linezolida                                  | BOLSA 600 MG                 |
| Linezolida                                  | CP 600 MG                    |
| Meropenem                                   | FR AMP 500 MG                |
| Meropenem                                   | FR AMP 1G                    |
| Moxifloxacino                               | BOLSA 400 MG                 |
| Moxifloxacino                               | CP 400 MG                    |
| Piperacilina-tazobactam (base piperacilina) | FR AMP 4,5G                  |
| Piperacilina-tazobactam (base piperacilina) | FR AMP 2,25G                 |
| Sulfato de Polimixina B                     | FR AMP 500.000 UI (50 MG)    |
| Sulfato de Polimixina E                     | FR AMP 1.000.000 UI (33 MG)  |
| Sulfato de Polimixina E                     | FR AMP 4.500.000 UI (150 MG) |
| Teicoplanina                                | FR AMP 200 MG                |
| Teicoplanina                                | FR AMP 400 MG                |
| Vancomicina                                 | FR AMP 500 MG                |
| Vancomicina                                 | FR AMP 1G                    |
| Daptomicina                                 | FR AMP 500 MG                |
| Tigeciclina                                 | FR AMP 50 MG                 |
| Anfotericina B                              | FR AMP 50MG                  |
| Anfotericina B Lipossomal                   | FR AMP 50MG                  |
| Anidulafungina                              | FR AMP 100MG                 |
| Caspofungina                                | FR AMP 50MG                  |
| Caspofungina                                | FR AMP 70MG                  |
| Fluconazol                                  | FR 200MG                     |
| Micafungina                                 | FR AMP 100MG                 |
| Voriconazol                                 | FR AMP 200MG                 |

**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 |
| Amicacina                 | 0,00      | 1,00       | 0,00 | #DIV/0! |
| Ampicilina-sulbactam      | 0,00      | 6,00       | 0,00 | #DIV/0! |
| Aztreonam                 | 0,00      | 4,00       | 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! |
| Ceftazidima-avibactam     | 0,00      | 6,00       | 0,00 | #DIV/0! |
| Ceftolozana-tazobactam    | 0,00      | 3,00       | 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, janeiro de 2021.

**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 ALCÓOLICO E DE SABONETE LÍQUIDO COM OU SEM ANTISSEPTICO EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA**

| Mês do ano           | UTI Adulto                                     |   |                         |  |  |
|----------------------|--|---|-------------------------|--|--|
|                      | Quantidade de produto alcóolico utilizado (ml) | Quantidade de sabonete líquido utilizado (ml) | Número de pacientes/dia | Consumo de produto alcóolico em ml por pac.dia | Consumo de sabonete líquido por pac.dia (ml) |
| Janeiro              |  |   | 0                       | #DIV/0!  | #DIV/0!                                      |
| Fevereiro            |  |   | 0                       | #DIV/0!  | #DIV/0!                                      |
| Março                |  |   | 0                       | #DIV/0!  | #DIV/0!                                      |
| Abril                |  |   | 0                       | #DIV/0!  | #DIV/0!                                      |
| Maio                 |  |   | 0                       | #DIV/0!  | #DIV/0!                                      |
| Junho                |  |   | 0                       | #DIV/0!  | #DIV/0!                                      |
| Julho                |  |   | 0                       | #DIV/0!  | #DIV/0!                                      |
| Agosto               |  |   | 0                       | #DIV/0!  | #DIV/0!                                      |
| Setembro             |  |   | 0                       | #DIV/0!  | #DIV/0!                                      |
| Outubro              |  |   | 0                       | #DIV/0!  | #DIV/0!                                      |
| Novembro             |  |   | 0                       | #DIV/0!  | #DIV/0!                                      |
| Dezembro             |  |   | 0                       | #DIV/0!  | #DIV/0!                                      |
| <b>Total acumula</b> | <b>0</b>                                       | <b>0</b>                                      | <b>0</b>                | <b>#DIV/0!</b>                                 | <b>#DIV/0!</b>                               |

**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 e sabonete líquido com ou sem antisséptico 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 de produto alcóolico é de 20 ml por paciente/dia, de acordo com o preconizado pela OMS.

**Modo de preenchimento:** preencher a quantidade utilizada de produto alcóolico e sabonete líquido a cada mês do ano e enviar os dados mensalmente. O responsável pelo preenchimento deverá fazer o registro **somente** do consumo de produto alcóolico e sabonete líquido com ou sem antisséptico **em ml** a cada mês na coluna “**Quantidade de preparação alcóolica 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 alcóolica utilizado (ml)**”.

**Terceira coluna:** registrar a quantidade de sabonete líquido com ou sem antisséptico, em ml, utilizada na unidade a cada mês. Ex: Se foi utilizado 1 litro de sabonete líquido com ou sem antisséptico em um mês específico, será digitado 1000 ml no mês correspondente na coluna “**Quantidade de sabonete líquido utilizado (ml)**”.

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

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

**Sexta coluna:** Cálculo automático do Consumo de sabonete líquido com ou sem antisséptico (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.**

| <b>Dia do Mês</b> | <b>PAC<br/>(Nº pacientes internados)</b> | <b>VM<br/>(Nº Pacientes em ventilação mecânica)</b> | <b>CT<br/>(Nº pacientes com cateter central)</b> | <b>SV<br/>(Nº pacientes com sonda vesical de demora)</b> |
|-------------------|--|---|--|--|
| 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                |  |   |  |  |
| <b>Total</b>      |  |   |  |  |

**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           |         |    |    |             |    |    |               |    |    |               |    |    |          |    |    |
| <b>Total</b> |         |    |    |             |    |    |               |    |    |               |    |    |          |    |    |