



Secretaria de Estado da Saúde  
 Coordenadoria de Controle de Doenças  
 Centro de Vigilância "Prof. Alexandre Vranjac"  
 Divisão de Infecção Hospitalar

**Investigação de Caso/Surto**  
**Infecção por Micobactérias não tuberculosas de crescimento rápido (MCR)**  
**relacionada à procedimentos invasivos**

**1. DADOS GERAIS**

Data de Notificação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Unidade Notificante: \_\_\_\_\_ Município de Notificação: \_\_\_\_\_

Nome do notificador: \_\_\_\_\_ Contato (e-mail/telefone): \_\_\_\_\_

**2. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nome: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Idade: \_\_\_ Sexo: ( )F ( )M Ocupação: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

Município Residência: \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ GVE \_\_\_\_\_

Endereço Completo: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_

Telefone: ( ) \_\_\_\_\_ ( ) Residencial ( ) Comercial

**3. DADOS RELACIONADOS AO PROCEDIMENTO**

Hospital / Clínica de Atendimento: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Data do Procedimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Duração do Procedimento: \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_ min.

Procedimento realizado: \_\_\_\_\_

Motivo do Procedimento: ( ) Estético ( ) Reparador ( ) Outros \_\_\_\_\_ ( ) Ignorado

Complexidade: ( ) Ambulatorial (internação < 24h) ( ) Hospitalar

Data de Internação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Data de Alta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Cirurgião Principal: \_\_\_\_\_

Descrição do procedimento realizado (breve): \_\_\_\_\_

Foi utilizado Marcador de pele? Azul de metileno ( ) Verde Brilhante ( ) Caneta ( ) Não usou ( )  
 ( ) Não se aplica Outro ( ) \_\_\_\_\_

Foi utilizado medidor de mama intra-operatório? S ( ) N ( ) Ign ( ) Não se aplica ( )

Marca? \_\_\_\_\_

Foi utilizado fibroscópio intra-operatório (mamoplastia)? S ( ) N ( ) Ign ( ) Não se aplica ( )

Foi realizada cirurgia endoscópica (videocirurgia)? S ( ) N ( ) Ign ( )

**3. INFORMAÇÕES SOBRE PRÓTESE, SE UTILIZADA**

Fabricante (marca) da Prótese: \_\_\_\_\_

#### 4. PROCESSAMENTO DE ARTIGOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO REALIZADO

Artigo	Propriedade	É reprocessado?	Método	Local
Caixa de instrumental S ( ) N ( )	Próprio ( ) da Instituição ( ) consignado ( )	É reprocessado? S ( ) N ( ) Ign ( ) Não se aplica ( ) Processo está registrado? S ( ) N ( ) Ign ( )		( ) CME da instituição ( ) bloco cirúrgico da instituição ( ) CME Terceirizada
Medidor de mama S ( ) N ( )	Próprio ( ) da Instituição ( ) consignado ( )	É reprocessado? S ( ) N ( ) Ign ( ) Não se aplica ( ) Processo está registrado? S ( ) N ( ) Ign ( )		( ) CME da instituição ( ) bloco cirúrgico da instituição ( ) CME Terceirizada
Fibroscópio (mamoplastia) S ( ) N ( )	Próprio ( ) da Instituição ( ) consignado ( )	É reprocessado? S ( ) N ( ) Ign ( ) Não se aplica ( ) Processo está registrado? S ( ) N ( ) Ign ( )		( ) CME da instituição ( ) o bloco cirúrgico da instituição ( ) CME Terceirizada
Aparelho de vídeo cirurgia S ( ) N ( )	Próprio ( ) da Instituição ( ) consignado ( )	É reprocessado? S ( ) N ( ) Ign ( ) Não se aplica ( ) Processo está registrado? S ( ) N ( ) Ign ( )		( ) CME da instituição ( ) bloco cirúrgico da instituição ( ) CME Terceirizada

#### 5. ANTECEDENTES MÓRBIDOS PESSOAIS

DOENÇA PRE-EXISTENTE (Imunossupressão, HIV, Diabetes, Renal crônico, etc.):

( ) S ( ) N Qual?: \_\_\_\_\_

#### 6. DADOS DA INFECÇÃO

Data dos Primeiros Sintomas: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / (\_\_\_\_) dias após o procedimento.

Sítio de Infecção: ( ) MamaE ( ) MamaD ( ) Bilateral ( ) Abdome

Outro sítio: \_\_\_\_\_

Sinais e Sintomas Locais: ( ) dor ( ) eritema ( ) calor ( ) edema ( ) vesículas (bolhas)

( ) nódulos ( ) fistulização (drenagem) ( ) secreção serosa ( ) secreção purulenta

( ) abscesso ( ) úlcera ( ) deiscência ( ) linfadenite ( ) fasciíte necrotizante

( ) gangrena ( ) contratura capsular ( ) outros \_\_\_\_\_

Sinais e Sintomas Sistêmicos: ( ) febre \_\_\_\_ °C ( ) calafrios ( ) perda de peso

( ) sudorese ( ) outros \_\_\_\_\_

Profundidade da Infecção: ( ) pele ( ) partes moles ( ) fáscia e músculos ( ) órgão/espaco

Complicações: \_\_\_\_\_

#### 7. EXAMES REALIZADOS, DATAS E RESULTADOS

Coleta de amostra clínica? ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado

Material	Data da coleta	Procedência (Laboratório)	Baciloscopia /GRAM	Cultura geral	Cultura para micobactérias
Secreção/Aspirado de ferida cirúrgica					
Biópsia					

Outros exames: \_\_\_\_\_

## 7. TRATAMENTO

Tratamento iniciado? ( ) Sim ( ) Não

Tipo de tratamento utilizado: ( ) local ( ) sistêmico ( ) local + sistêmico ( ) só curativo.

( ) Antibiótico\_1 \_\_\_\_\_ Início: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Término: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

( ) Antibiótico\_2 \_\_\_\_\_ Início: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Término: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

( ) Antibiótico\_3 \_\_\_\_\_ Início: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Término: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

( ) Outros \_\_\_\_\_ Início: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Término: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Houve remoção da prótese? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica Caso sim, data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

Houve desbridamento? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica Caso sim, data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

## 8. EVOLUÇÃO

Houve alguma seqüela? ( ) sim ( ) não / Qual(ais)? \_\_\_\_\_

Evolução: ( ) Cura / Data da Alta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ( ) Óbito / Data do Óbito: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

( ) Melhorado ( ) Em Tratamento ( ) Ignorado

## 9. CLASSIFICAÇÃO FINAL:

( ) Confirmado ( ) Provável ( ) Possível ( ) Suspeito ( ) Descartado

Investigador: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### Definição de Caso Suspeito

Paciente submetido a procedimentos invasivos que apresenta os sinais e sintomas referidos como clínica compatível; que não apresenta resposta aos antimicrobianos utilizados para os agentes etiológicos habituais.

### Definição de Caso Possível

Paciente que preenche os critérios de caso suspeito, mas sem investigação laboratorial, e que respondeu ao tratamento específico para micobactérias.

### Definição de Caso Provável

Paciente que preenche os critérios de caso suspeito e que apresente granulomas em tecido obtido de ferida cirúrgica ou tecidos adjacentes, ou baciloscopia positiva, mas cultura negativa para micobactéria.

### Definição de Caso Confirmado

Paciente que preenche os critérios de caso suspeito e apresenta cultura, da ferida cirúrgica ou tecidos adjacentes, positiva para micobactéria.