

Notificação de Infecção – C.C.I.H.

É dever do Médico o correto preenchimento desta ficha

1 – IDENTIFICAÇÃO

NOME: _____ REGISTRO: _____

IDADE: _____ DATA DE ADMISSÃO: ____/____/____ LEITO: _____

2 – DIAGNÓSTICO INICIAL

Infecção comunitária () não () sim Tipo: _____

3 – TRATAMENTO () clínico () cirúrgico

Cirurgia _____

Data: ____/____/____ Cirurgião _____ Anestesia _____

Potencial Cirúrgico: () limpa () potencial contaminado () contaminada () infectada

4 – PROCEDIMENTO DE RISCO

() assistência ventilatória () punção venosa () hemotransfusão
() nebulização () cateter venoso central () N.P.T.
() aspiração traqueal () cateter arterial () dreno _____
() entubação () cateterismo vesical () punção _____
() traqueostomia () dissecação venosa () outros _____

5 – INFECÇÃO HOSPITALAR

() não () sim
() sítio cirúrgico () septicemia () peritonial () cutânea
() Ap. Respiratório () O.R.L. () Ap. Urinário () oftálmica
() Ap. Cardiovascular () Ap. Digestivo () outros _____

6 – CULTURAS () não () sim tipo/ resultado _____

7 – USO DE ANTIMICROBIANO () não () profilática () ambos () sim () terapeuta

Tipo	Dose	Início	Término	Tipo	Dose	Início	Término

8 – ALTA HOSPITALAR Data: ____/____/____

() residência () transferência () óbito () por infecção hospitalar
() por outras causas

Data de preenchimento: ____/____/____

Assinatura do Médico