

27

PRV Pmcc 30104
 Pmccasp na EOT

S/ Bruc III

HEGV HOSPITAL ESTADUAL GETÚLIO VARGAS SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL ESTADUAL GETÚLIO VARGAS
Serviço de Controle de Infecção Hospitalar - SCIH
Formulário de Coleta de Dados - CTI: 2

IRAS IRAS **504950**
Prontuário

Nome: Mitoni Leite Durães Idade: 96 Int. HSP: 22/4/22 Int. CTI: 23/4/22 Leito: 5 Mês/ano: Abril

Sector de Origem: S-A DI no setor de origem: 23/4/22 Infecção autóctone/ IRAS mês anterior

Uso prévio de ATB: Cefazolina () MRSA () ERC () VRE

Diagnóstico de admissão em CTI: AVE Hemorrágico () Acineto () PSDM

Dia	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
PVP 01 <u>VSD 25/04</u>																									X	X	X	X	X	X	//
PVP 02																															
PVP-HD																															
VM <u>tot 27/04</u>																											X	X	X	X	
CVD																															

Legenda: X: Utilização do dispositivo //: Dia seguinte após retirada PVP: Punção Venosa Profunda VM: Ventilação Mecânica CVD: Cateter Vesical de Demora

Leucócitos totais:

PCR																										2.0	37.8	29.7	50.9	49.3	71.4	49.3	63.9	
TX																											36.2	36.5	36.6	36	36.7	37.7	37	36.4
PA:																											148/28	133/27	140/66	125/59	140/21	92/36	105/66	100/63
PEEP:																																		
LAC																																		
P/F																																		
DIURESE																																		

15840 7750 14120 14740 16260 16480 16260 25530

Antibióticos	Início do ATB	Término do ATB	Data da Coleta	Exame Microbiológico	Resultado/ MO:
<u>torozim</u>	<u>29/04</u>	<u>uso</u>	<u>23/4</u>	<u>HVC</u>	<u>EA</u>
			<u>23/4</u>	<u>aug</u>	<u>EA</u>

Desfecho: () Óbito () Transferência Interna, local: _____ () Transferência Externa () Alta Hospitalar () Outros Int-

Data: ____/____/____ Cuidados Paliativos desde: ____/____/____

Intervido

