



IPCS 13/05
IRAS

IRAS

HOSPITAL ESTADUAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR - SCIH
FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS - CTI: ①

506182
Prontuário

Nome: Jose Perreira dos Santos Idade: 58 Int. HSP: 29/4/22 Int. CTI: 30/4/22 Leito: 7 Mês/ano: Maio

Setor de Origem: _____ DI no setor de origem: 1/1/

Uso prévio de ATB: Clavulim

Diagnóstico de admissão em CTI: EAP Hipertensiva

Infecção autóctone/ IRAS mês anterior
() MRSA () ERC () VRE
() Acinetobacter () 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 <i>SCD 29/04</i>	X	X	X	X	X	JID	X	X	SCE	X	X	X	SCD	X	X	X	X	X	X	X											
PVP 02																															
PVP-10 <i>VFD 05</i>	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X											
VM <i>29/04</i>	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X											
CVD <i>29/04</i>	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X											

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

Leucócitos totais:

PCR	11950	10320	2640	18440	10140	14880	14350	14980	20310	30190	15250	18200	10300	24700	19850	16400	15900	15230														
TX	38,4	36,8	36,5	36,8	36	47	36,4	36,5	36,7	37,0	35,3	37	35,8	35,5	36,5	36,4	37,2	37,6	37,2	38,2												
PA:	119/76	160/79	180/90	119/92	132/89	138/79	113/67	113/74	124/80	115/65	125/72	148/86	134/79	210/110	107/70	117/86	117/70	143/90	155/95	117/76												
PEEP:	8	8	8	10	12	10	12	12	12	12	17	10	8	8	8	12	2	8	8	8												
LAC	0,5	0,7	1,3	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,5	0,9	2,1	0,8	0,7	0,8	0,7	1,0	1,3															
P/F	165	170	186	247	188	157	241	204	175	168	526	121	208	274	304	316	447															
DIURESE	1800	6400	90	90	900	60												150	251													

Antibióticos	Início do ATB	Término do ATB	Data da Coleta	Exame Microbiológico	Resultado/ MO:
Clavulim	30/04	05/05	29/04	HMC	
genta	13/05	11/05	30/04	HMC	⊖
vanco	13/05	11/05	30/04	S.T	
			30/04	SWABS	⊖
			03/05	SWABS	⊖
			10/05	Cultura (SWABS)	⊖
			13/05	HMC	⊖

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

Data: 21/05/22 Cuidados Paliativos desde: 1/1/

(01/05)

ANOTAÇÕES GERAIS

Não tem bundle de inserção HD, somente
de manutenção a partir de 13/05

Não tem bundle CV@ de 06/05.

Apresentou melhora na imagem em 06/05

Não tem outro Rix depois desta data
no sistema.

HD trocada de VFD p/ VF@ em 12/05



IRAS

IRAS

HOSPITAL ESTADUAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR – SCIH
FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS – CTI: _____

Prontuário

Nome:	Idade:	Int. HSP: ___/___/___	Int. CTI: ___/___/___	Leito:	Mês/ano:
Setor de Origem:	DI no setor de origem: ___/___/___			Infecção Autóctone/ IRAS mês anterior	
Uso prévio de ATB:				() MRSA () ERC () VRE	
Diagnóstico de admissão em CTI:				() Acinetobacter () 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																															
PVP 02																															
PVP-HD																															
VM																															
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																															
TX																															
PA:																															
PEEP:																															
LAC																															
P/F																															
DIURESE																															

Antibióticos	Início do ATB	Término do ATB	Data da Coleta	Exame Microbiológico	Resultado/ MO:
			13/05	URINA	EA
			13/05	HMC	K.P (M.S)
			13/05	ST	K.P (M.S)
			19/05	SUAB	EA

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

Data: ___/___/_____ Cuidados Paliativos desde: ___/___/___

