

11/05 PAV
21/05
20/05



IRAS

IRAS

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

PC

506411
Prontuário

Nome: SERGIO DE OLIVEIRA SANTOS Idade: 62 Int. HSP: 01/05/22 Int. CTI: 13/05/22 Leito: 11 Mês/ano: 4/20
 Setor de Origem: S.V. MISTA DI no setor de origem: 01/05/22 Infecção Autóctone/ IRAS mês anterior
 Uso prévio de ATB: claxilina / ceftazolidim () MRSA (X) ERC () VRE
 Diagnóstico de admissão em CTI: PO DRENAGEM HIP + DNE (X) Acinetobacter () PSDM

PROTÓCOLO DE SEPSE

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>JE 02/05</u>													X	X	X	X	X	SCD	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
PVP 02																															
PVP-HD <u>VED 13/05</u>													X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
VM <u>30/04</u>													X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
CVD <u>22/05</u>																						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													66,7	69,8	71,6	66,8	66,5	69,4	69,3	69,7	67,1		48,7	59,4	50	59,5	65	62,9	69,4	70,9	70,2	
TX													37,9	36,1	37	36,5	36,6	36,7	36°	36,5	36,5	36,1	36°	36°	36,4	36,5	36,1	36,5	37	AE	37	
PA:													130/78	100/60	150/82	132/79	137/72	152/82	138/75	154/83	125/72	160/79	166/85	138/75	154/78	149/78	161/79	159/75	146/79	137/69	137/67	
PEEP:													8	8	8	8	8	8	8	8	8	6	8	8	.	.	.	8	.	.	8	7
LAC													1,0	1,1	1,2	0,6	0,7	0,9	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,8	0,7	0,9	.	.	.	0,4	0,4	0,5
P/F													241	176	611	413	289	640	651	6.	719	725	335	841	864	.	289	.	.	331	561	
DIURESE													2800	Q	Q	1150	1350	3500	1300	800	1500	1900	3800	.	7400	1800	1970	3000	3100	3200	4000	

Antibióticos	Início do ATB	Término do ATB	Data da Coleta	Exame Microbiológico	Resultado/ MO:
<u>Hebe</u>	<u>11/05</u>	<u>24/05</u>	<u>01/05</u>	<u>CULMB</u>	<u>PENDENTE</u>
<u>Vanco</u>	<u>20/05</u>	<u>26/05</u>	<u>01/05</u>	<u>URIC</u>	<u>⊖</u>
<u>Amica</u>	<u>20/05</u>	<u>26/05</u>	<u>01/05</u>	<u>URINÁ</u>	<u>PENDENTE</u>
			<u>02/05</u>	<u>(CULMB / URINÁ)</u>	<u>ES</u>
			<u>02/05</u>	<u>URINÁ</u>	<u>PENDENTE</u>
			<u>05/05</u>	<u>S.T</u>	<u>USUDDI SERG. (4.5)</u>

Desfecho: () Óbito () Transferência Interna, local: _____ () Transferência Externa () Alta Hospitalar () Outros _____
 Data: ____/____/____ Cuidados Paliativos desde: 24/05/22

INTERNADO.

ANOTAÇÕES GERAIS

20/05 - Educação Médica de PNM, aberto
protocolo de Sepsis IPCS / Pulmonar?
Troca de acessos e cathais + HD, realiza
das culturas. Iniciado Amicacina
+ Vanco. Fisioterapia. Sec purulenta qde quantidade
23/05 - Resultado ST → Acinetobacter MR.
URC → ⊖



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:
			05/05	URINA	⊖
			09/05	SUAB	⊖
			17/05	SUABS	* ERC
			20/05	ST	* Acinetobacter H.R
			24/05	CVIG	⊖
			31/05	CVIG	E/A

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

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

