



IRAS 28/12

IRAS

HOSPITAL ESTADUAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR - SCIH
FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS - CTI: 2

542249
Prontuário

Nome: **HOMEH NEGRO 40 ANOS - ERLON WHITE FERREIRA** Idade: **41** Int. HSP: **24/12/22** Int. CTI: **24/12/22** Leito: **5** Mês/ano: **DEZ**

Setor de Origem: **SV** DI no setor de origem: **24/12/22** Infecção Autóctone/ IRAS mês anterior

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

Diagnóstico de admissão em CTI: **POLITRAUMA, AGRESSÕES E ATROPELAMENTO POR BICICLETA + MÚLTIPLAS FRATURAS DE 1/3 INFERIOR E MÉDIO FASE + TCE + RABDOMIOLISE** () 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
TRAUMA PVP 01 24/12 VSD																									X	X	X	X	X	X	X
PVP 02																															
PVP-HD																															
TRAUMA VM 24/12 TOT																									X	X	X	X	X	X	X
TRAUMA CVD 24/12																									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:	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	
PCR																									1,6	9,3	9,5	9,4	8,8	7,9	5,6	4,0
TX																									36 ²	38	37 ⁵	37 ⁶	40 ⁶	40 ⁹	38 ⁸	36 ⁷
PA:																									10 ⁸	11 ⁴	11 ⁵	12 ⁴	14 ⁴	11 ⁵	11 ⁶	12 ⁰
PEEP:																									6	6	8	8	8	8	8	10
LAC																									1,0	4,3	4,5	1,5	1,0	1,0	1,4	0,8
P/F																									355	251	225	225	278	246	251	165
DIURESE																									500	160	2650	2020	1600	2450	350	500

29400
19070
16000
21490
22520
21000
19150
37890

Antibióticos	Início do ATB	Término do ATB	Data da Coleta	Exame Microbiológico	Resultado/ MO:
CLAVULIN	24/12	28/12	24/12	HMC	(-)
METRONIDAZOL	24/12	25/12	25/12	CWIG	(-)
CLARITROMICINA	25/12	28/12	26/12	SI	PSDM MR
MOROXIM/	28/12			CWIG	(-)
Amoxicilina	28/12		28/12	URC	(-)
				HMC	Acinetobacter (1/12)

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

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

enternado

