

TÍTULO: FORMULÁRIO PARA ENVIO DE CEPAS BACTERIANAS

NÚMERO: DIOM-DECD-SDBF-FM 0148

Data de Envio: _____

Unidade Hospitalar : _____ Setor : _____

Nº do exame: _____

Nome do paciente _____ Prontuário _____

Sexo: F () M () Idade: _____

Data de nascimento: ___/___/___ Data de internação: ___/___/___ Data da coleta: ___/___/___

transferido de outro setor() transferido de outra unidade() da residência()

Espécime clínico: sangue() fezes() urina() secreção ferida cirúrgica() líquido() tecido() secreção ferida não cirúrgica() lavado bronco alveolar() secreção traqueal() líquido pleural() escarro() líquido ascítico() ponta de cateter() outros() _____

Infecção Hospitalar: Não() Sim() Qual? sepse clínica() sepse cirúrgica() infecção trato urinário() PAV () PNM aspirativa() sinusite() ICS() SSI() ÓBITO () _____

Infecção associada a procedimento invasivo: Não() Sim() Qual(is)? cateter vesical() dreno() cateter venoso() cateter naso-gástrico/enteral() ventilação mecânica() acesso venoso profundo() cirurgias () diálise() traqueostomia() outros() _____

Doença de base: diabetes() HIV() hipertensão grave() insuficiência renal grave() choque() insuficiência hepática() transplante() sepse() neutropenia() politrauma() DPOC() infarto() infecções de pele() abscesso() meningoencefalite() neoplasia() síndrome vascular isquêmica() infecções abdominais() crises convulsivas() pós operatório() fibrose cística() outros _____

Neonato: doença da membrana hialina() descolamento prévio de placenta() doenças congênitas() outros() _____

Morbidades associadas: _____

Uso de antibiótico antes desta internação? Sim() Não()

Qual (is)? _____

Antibiótico Data de início: ___/___/___ Data de término : ___/___/___

Uso de antibióticos durante a internação, se sim, quais:			
Imipenem ()	Total de dias:	Ampicilina+Sulbactam ()	Total de dias:
Meropenem ()	Total de dias:	Vancomicina ()	Total de dias:
Aztreonam ()	Total de dias:	Teicoplanina ()	Total de dias:
Ceftazidima ()	Total de dias:	Gentamicina ()	Total de dias:
Ceftriaxona ()	Total de dias:	Amicacina ()	Total de dias:
Cefepima ()	Total de dias:	Penicilina Procaína/Cristalina ()	Total de dias:

TÍTULO: FORMULÁRIO PARA ENVIO DE CEPAS BACTERIANAS

NÚMERO: DIOM-DECD-SDBF-FM 0148

Cefuroxima ()	Total de dias:	Clarithromicina ()	Total de dias:
Cefazolina ()	Total de dias:	Azitromicina ()	Total de dias:
Piperacilina+Tazobactam ()	Total de dias:	Fluconazol ()	Total de dias:
Ciprofloxacina ()	Total de dias:	Anfotericina B ()	Total de dias:
Norfloxacina ()	Total de dias:	Oxacilina ()	Total de dias:
Clindamicina ()	Total de dias:	Ampicilina ()	Total de dias:
Metronidazol ()	Total de dias:	Amoxicilina ()	Total de dias:
Amoxicilina+Clavulanato ()	Total de dias:		
Outros ()	Total de dias:		

Bactéria Identificada: _____ Método Manual() Método Automatizado()

Antibiograma: S I R ou MIC	
Imipenem ()	Ampicilina+Sulbactam ()
Meropenem ()	Vancomicina ()
Aztreonam ()	Teicoplanina ()
Ceftazidima ()	Gentamicina ()
Ceftriaxona ()	Amicacina ()
Cefepima ()	Penicilina Procaína/Cristalina ()
Cefuroxima ()	Clarithromicina ()
Cefazolina ()	Azitromicina ()
Norfloxacina ()	Oxacilina ()
Clindamicina ()	Ampicilina ()
Metronidazol ()	Amoxicilina ()
Amoxicilina+Clavulanato ()	
Outros ()	