



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS - CCD
CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA "PROF. ALEXANDRE VRANJAC"
DIVISÃO DE INFECÇÃO HOSPITALAR

MANUAL DE ORIENTAÇÕES

HOSPITAL GERAL CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DE IRAS

SISTEMA DE VIGILÂNCIA
EPIDEMIOLÓGICA DAS INFECÇÕES
RELACIONADAS A ASSISTÊNCIA À
SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO



2026

ÍNDICE

ASSUNTO	Pág.
1. Critérios Diagnósticos para Infecção Hospitalar em Hospital Geral	04
1.1 Critérios diagnósticos de Infecção de Sítio Cirúrgico (ISC)	05
1.2 Critérios para o diagnóstico de Pneumonia Associada a Ventilação (PAV) em adultos e crianças	08
1.3. Critérios para o diagnóstico de PAV em pacientes adultos com covid-19	12
1.4 Critérios para o diagnóstico de PAV em neonatologia (recém-nascido ≤ 28 dias)	14
1.5 Critérios para o diagnóstico de infecção primária de corrente sanguínea associada a cateter central em pacientes adultos e pediátricos	16
1.6 Critérios para o diagnóstico de infecção primária de corrente sanguínea associada a cateter central em pacientes neonatos (recém-nascidos até 28 dias)	18
1.7 Critérios para o diagnóstico de infecção do trato urinário em pacientes adultos e crianças	21
2. Instruções para o preenchimento do instrumento de coleta de dados de infecção hospitalar	23
2.1. Orientações Gerais	23
2.2. Arquivo Hospital Geral	25
Anexo 1 – Modelo de planilha para coleta de dados em UTI Adulto, Unidade Coronariana e UTI Pediátrica.	51
Anexo 2 – Modelo de planilha para coleta de dados em UTI Neonatal	52

QUADROS	Pág.
QUADRO 1. Critérios diagnósticos de Infecção de Sítio Cirúrgico (ISC)	05
Quadro 1A. Períodos de vigilância para ISC seguindo categorias de procedimentos cirúrgicos selecionados.	07
QUADRO 2. Critério 1 – Pneumonia (PAV) definida clinicamente em adultos e crianças > 1 ano	08
QUADRO 3. Critério 2 – PAV definida clinicamente em crianças: > 28 dias e ≤ 1 ano de idade	09
QUADRO 4. Critério 3 - Pneumonia definida microbiologicamente em adultos e crianças > 28 dias	10
QUADRO 5. Critério 4 – PAV em pacientes imunodeprimidos adultos e crianças > 28 dias	11
QUADRO 6. Critério 5. Critérios para o diagnóstico de PAV em pacientes adultos com covid-19	13
QUADRO 7. Critério 6 – PAV em neonatologia (recém-nascido ≤ 28 dias)	14
QUADRO 8. Critérios diagnósticos de Infecção Primária de Corrente Sanguínea laboratorialmente confirmada (IPCSL) em adultos e crianças > 28 dias	16
QUADRO 9. Critérios diagnósticos de Infecção Primária de Corrente Sanguínea laboratorialmente confirmada (IPCSL) – em recém-nascidos até 28 dias	18
QUADRO 10 - Critérios diagnósticos de Infecção Primária de Corrente Sanguínea Clínica (IPCSC) – em recém-nascidos até 28 dias	19
QUADRO 11. Critérios diagnósticos de Infecção do Trato Urinário (ITU) - Sintomática	21
QUADRO 12. Especialidade cirúrgica e código de especialidade	28
QUADRO 13. Exemplos de cirurgias limpas por especialidade cirúrgica	29
QUADRO 14. Procedimentos cirúrgicos selecionados e critérios para notificação	31
QUADRO 15. Procedimentos cirúrgicos selecionados e as ISC relacionadas	32
QUADRO 16. Exemplo de cálculo de pacientes-dia/procedimento-dia – UTI Adulto/UCO/ Pediátrica	35
QUADRO 17. Ações Preventivas de Práticas de Inserção de CVC	36
QUADRO 18. Exemplo de cálculo de pacientes-dia/procedimento-dia– UTI Neonatal	38

ORIENTAÇÕES E CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA HOSPITAL GERAL

1. CRITÉRIOS PARA O DIAGNÓSTICO DAS INFECÇÕES HOSPITALARES EM HOSPITAL GERAL

As definições aqui apresentadas de critérios, indicadores e orientações para vigilância das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) e resistência aos antimicrobianos (RAM) em serviços de saúde são baseadas nas recomendações da ANVISA atualizadas e/ou republicadas em 2026, contidas nas seguintes NOTAS TÉCNICAS, disponíveis no link:

<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/notas-tecnicas-vigentes>

NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA nº 01/2026

Orientações para vigilância das Infecções Relacionadas à assistência à Saúde (IRAS) e resistência aos antimicrobianos em serviços de saúde – Ano: 2026.

Atenção: Essa Nota Técnica é uma revisão da Nota Técnica GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA Nº 01/2025.

NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA nº 02/2026

Orientações para a notificação dos Indicadores Nacionais das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) e Resistência aos antimicrobianos (RAM) - Ano: 2026

Atenção: Essa Nota Técnica é uma revisão da Nota Técnica GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA Nº 02/2025.

NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA Nº 03/2026

Critérios Diagnósticos das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) de notificação nacional obrigatória – Ano: 2026

Atenção! Essa Nota Técnica é uma republicação da Nota Técnica GVIMS/ GGTES/ DIRE3/ ANVISA Nº 03/2025. Ocorreram alterações apenas nos critérios das infecções de sítio cirúrgico - ISC, assim como a inclusão dos critérios das infecções de sítios específicos que podem ser classificadas como ISC – órgão/cavidade. As alterações de 2026 estão destacadas em cinza.

NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA nº 04/2026

Orientações para vigilância das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) e resistência aos antimicrobianos (RAM) em serviços de diálise – Ano: 2026 -

Atenção! Essa Nota Técnica é uma republicação da Nota Técnica GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA Nº 04/2026. Dessa forma, não houve alteração de conteúdo, apenas a alteração de ano de publicação e atualização de link.

NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA nº 05/2026

Orientações para vigilância das endoftalmites relacionadas à procedimentos oftalmológicos invasivos – Ano: 2026

1.1 Critérios diagnósticos de Infecção de Sítio Cirúrgico (ISC)

QUADRO 1 - Critérios diagnósticos de Infecção de Sítio Cirúrgico (ISC)		
ISC Incisional Superficial (IS)	Ocorre nos primeiros 30 ou 90 dias após o procedimento cirúrgico, a depender do tipo de procedimento, (sendo o 1º dia a data do procedimento) e envolve apenas pele e tecido subcutâneo.	<p><u>E apresenta pelo menos um dos seguintes:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Drenagem purulenta da incisão superficial; 2. Cultura positiva de secreção ou tecido da incisão superficial, obtido assepticamente (não são considerados resultados de culturas colhidas por swab); 3. A incisão superficial é deliberadamente aberta pelo cirurgião E paciente apresenta pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas: dor, aumento da sensibilidade, edema local, hiperemia ou calor; 4. Diagnóstico de infecção superficial pelo cirurgião ou outro médico assistente.
ISC Incisional Profunda (IP)	Ocorre nos primeiros 30 após o procedimento cirúrgico ou 90 dias (sendo D1 = a data do procedimento), a depender do tipo de procedimento (Quadro 1A), e envolve tecidos moles profundos à incisão (ex: fáscia e/ou músculos)	<p><u>E apresenta pelo menos um dos seguintes:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> a) Drenagem purulenta da incisão profunda, mas não de órgão/cavidade; b) Incisão profunda aberta ou aspirada pelo cirurgião E cultura positiva ou não realizada E paciente apresenta pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas: febre >38°C, dor ou aumento da sensibilidade localizada; c) Presença de abscesso ou outra evidência que a infecção envolva os planos profundos da ferida identificados em exame clínico, anatomopatológico ou exame de imagem; d) Diagnóstico de infecção incisional profunda feito pelo cirurgião ou outro médico assistente.
ISC Órgão / Cavidade (OC)	Ocorre nos primeiros 30 após a cirurgia ou 90 dias (sendo D1 = a data do procedimento), a depender do tipo de procedimento (Quadro 1A), e envolve qualquer órgão ou cavidade que tenha sido aberta ou manipulada durante a cirurgia (mais profundo que fáscia e músculo).	<p><u>E apresenta pelo menos um dos seguintes:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> a) Drenagem purulenta de um dreno colocado no O/C (por exemplo, sistema de frenagem de sucção fechado, dreno aberto, dreno de tubo em T, drenagem guiada por TC). b) Cultura positiva de secreção ou tecido de órgão/espaco obtido assepticamente (não são considerados resultados de culturas colhidas por swab); c) Presença de abscesso ou outra evidência que a infecção envolva os planos profundos da ferida identificados em reoperação, exame clínico, anatomopatológico ou exame de imagem; d) Diagnóstico de infecção de órgão/cavidade pelo médico assistente. <p>E</p> <p>Atende pelo menos um dos critérios definidores de infecção em um sítio específico de ISC/OC (Caderno 2-ANVISA-pg.20: https://www.gov.br/anvisa/pt-</p>

		br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/publicacoes/caderno-2-criterios-diagnosticos-de-infeccao-relacionada-a-assistencia-a-saude.pdf/view)
--	--	--

Observações:

- a. As situações abaixo **não devem ser consideradas como critérios para ISC - IS:**
1. O diagnóstico/tratamento de celulite (vermelhidão/calor/inchaço), por si só, não atende ao critério "d" para ISC – IS. Entretanto, uma incisão que é drenada ou com microrganismo identificado em cultura ou por método molecular de diagnóstico microbiológico não é considerada uma celulite.
 2. Abscesso de ponto isolado (inflamação mínima e descarga confinada aos pontos de penetração de sutura).
 3. Local de inserção de trocâter laparoscópico não é considerado uma ferida cirúrgica.
 4. A circuncisão não é um procedimento cirúrgico. Sítio de circuncisão infectado em recém-nascidos é classificado como outras infecções e não é uma ISC
 5. Ferida de queimadura infectada é classificada como **INFEÇÃO DE FERIDA EM PACIENTE QUEIMADO** e não é uma ISC.
- b. Caso a infecção envolva mais de um plano anatômico, notificar apenas o sítio de maior profundidade.
- c. Considera-se prótese todo corpo estranho implantável não derivado de tecido humano (ex: válvula cardíaca protética, transplante vascular não humano, coração mecânico ou prótese de quadril ou joelho), exceto drenos cirúrgicos.
- d. Toda infecção urinária após cirurgia urológica será considerada ISC-Órgão / Cavidade.
- e. Data da infecção=data procedimento cirúrgico
- f. Informações adicionais sobre a utilização destes critérios encontram-se no documento disponível no Manual de Infecção de Sítio Cirúrgico ANVISA.

A partir de 2025, para fins de vigilância epidemiológica, a notificação do número de infecção de sítio cirúrgico (ISC), para o sistema nacional, será dividida em:

- o Número de ISC incisional (superficial ou profunda)
- o Número de ISC (órgão/cavidade)

Período de vigilância: Período após um procedimento cirúrgico em que o paciente deve ser monitorado para identificação de ISC, para fins de vigilância das IRAS. Para as ISC incisional superficial o período de vigilância é de 30 dias. Já para as ISC incisional profunda e ISC órgão/cavidade, o período de vigilância é determinado de acordo com o procedimento cirúrgico, podendo ocorrer durante o período de 30 dias ou de 90 dias após o procedimento, sendo que o dia 1 é data da cirurgia. **Os procedimentos cirúrgicos a serem monitorados por 90 dias, cujas infecções relacionadas são de notificação nacional obrigatória são: implante de prótese mamária, implante de prótese de quadril primária, implante de prótese de joelho primária, revascularização do miocárdio, derivação interna neurológica e cirurgia de catarata. Já a cirurgia de parto cesariano deve ser monitorada por 30 dias após o procedimento para identificar a ocorrência de infecções (incisional superficial, incisional profunda e órgão/cavidade).**

Quando houver necessidade de retornar ao centro cirúrgico para realização de uma abordagem cirúrgica no mesmo sítio operatório deve ser reiniciado um novo período de vigilância para ISC. Por exemplo: se um paciente fez um procedimento cirúrgico e no 5° PO, devido a um sangramento, teve que retornar ao centro cirúrgico para fazer uma nova abordagem no sítio cirúrgico operado, a contagem do período de vigilância deverá ser reiniciada a partir do zero.

Nota: No caso de identificação de **Micobactéria Não Tuberculosa / Micobactéria de Crescimento Rápido (MNT/MCR)** considerar até **24 meses após realização do procedimento cirúrgico** como critério para diagnóstico de ISC (NOTA TÉCNICA CONJUNTA ANVISA E MINISTÉRIO DA SAÚDE Nº 01/2024).

A notificação de MNT/MCR é obrigatória e deve ser realizada no Formulário Nacional de Notificação de surtos infecciosos em serviços de saúde (ANVISA): <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/prevencao-e-controle-de-infeccao-e-resistencia-microbiana/notificacao-de-iras-e-rm> , bem como no Formulário eletrônico de Surtos de IRAS do CVE

Vigilância pós alta: método de busca ativa de ISC em pacientes que já receberam alta do serviço de saúde após ter realizado um procedimento cirúrgico. A vigilância pós alta deve ser durante o período de vigilância da ISC, ou seja, 30 dias ou 90 dias a depender do procedimento cirúrgico.

Quadro 1A. Períodos de vigilância para ISC seguindo categorias de procedimentos cirúrgicos selecionados. (Dia 1 = data do procedimento)

Procedimentos cirúrgicos com diagnóstico de ISC Incisional Profunda – IP e Órgão/Cavidade-OC com vigilância por até 30 dias

- Cirurgias do fígado, pâncreas e vias biliares
- Fístula para Diálise
- Cirurgias gástricas e colorretais (exceto por vídeo)
- Partos Cesarianos
- Histerectomia abdominal e vaginal
- Cirurgias urológicas
- Transplante de coração, fígado e rins
- Cirurgias torácicas
- Cirurgias de tireóide
- Cirurgias de rim
- Cirurgia de Baço
- Laminectomia
- Laparotomia Exploradora

Procedimentos cirúrgicos com diagnóstico de ISC Incisional Profunda – IP e Órgão/Cavidade-OC com vigilância por até 90 dias

- Cirurgias de mama (implante de prótese mamária, mamoplastia, mastectomia)
- Cirurgias cardíacas
- Revascularização do miocárdio
- Craniotomia
- Cirurgias por videolaparoscopia (ex: herniorrafia, colecistectomia, apendicectomia)
- Artrodese de coluna
- Osteossíntese
- Artroplastia de joelho
- Artroplastia de quadril
- Implante de marcapasso definitivo
- Cirurgia de bypass vascular periférica
- Derivação ventrículo-peritoneal
- Cirurgia de catarata

Fonte: Adaptado CDC. NHSN. *Surgical Site Infection Event (SSI). SSI Surveillance, January 2024*;
NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA nº 02/2026;
NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA nº 05/2026
NOTA TÉCNICA CONJUNTA ANVISA E MINISTÉRIO DA SAÚDE Nº 01/2024.

1.2 Critérios para o diagnóstico de Pneumonia Associada a Ventilação (PAV) em adultos e crianças

QUADRO 2

Critério 1 – Pneumonia (PAV) definida clinicamente em adultos e crianças > 1 ano

Radiologia	Sinais/sintomas
<p>Paciente > 1 ano em uso de ventilador mecânico (VM) por um período maior que dois dias calendário consecutivos (considerar a partir do D3, sendo que o D1 é o dia da instalação do VM) e na data da infecção estava em uso de VM ou o VM foi removido no dia anterior</p> <p>E</p> <p>SEM doença cardíaca ou pulmonar de base com UM ou mais exames de imagem seriados com um dos seguintes achados, sendo eles, novo ou persistente ou progressivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infiltrado; • Opacificação/Consolidação • Cavitação. • Pneumatocele <p>Pacientes COM doença pulmonar ou cardíaca de base (exemplos: síndrome de desconforto respiratório agudo, displasia broncopulmonar, edema pulmonar ou doença pulmonar obstrutiva crônica), deve ter no mínimo DOIS exames de imagens com as alterações descritas acima, com intervalo preferencial de 72 horas entre os exames, e de no máximo 7 dias.</p>	<p><u>E pelo menos UM dos seguintes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Febre (> 38°C) sem outra causa associada • Leucopenia (< 4.000 leuc / mm³) ou leucocitose (>12000 leuc / mm³ ou ≥ 15000 leuc / mm³ e desvio a esquerda com mais de 10% de formas jovens de neutrófilos em crianças ≤ 14 anos.) • Para adultos ≥70 anos, alteração do nível de consciência sem outra causa aparente <p><u>E pelo menos DOIS dos seguintes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Surgimento de secreção pulmonar purulenta ou mudança das características da secreção ou aumento da secreção ou aumento da necessidade de aspiração. • Início ou piora da tosse ou dispneia ou taquipneia ou apneia • Início ou piora de ausculta com sibilos, estertores ou roncosp • Piora da troca gasosa (aumento ≥ 3 cm H₂O na PEEP ou aumento ≥ 20% na fração mínima diária de oxigênio inspirado), dessaturação ou aumento da necessidade de oferta de oxigênio ou aumento dos parâmetros ventilatórios, por pelo menos 2 dias calendário. <p><u>E</u> os sinais/sintomas e exames de imagem ocorreram no Período de Janela de Infecção.</p>

QUADRO 3**Critério 2 – PAV definida clinicamente em crianças: > 28 dias e ≤ 1 ano de idade**

Radiologia	Sinais/sintomas
<p>Paciente > 28 dias e ≤ 1 ano de idade em uso de ventilador mecânico (VM) por um período maior que dois dias calendário consecutivos (considerar a partir do D3, sendo que o D1 é o dia da instalação do VM) e na data da infecção estava em uso de VM ou o VM foi removido no dia anterior</p> <p>E</p> <p>SEM doença cardíaca ou pulmonar de base com UM ou mais exames de imagem seriados com um dos seguintes achados, sendo eles, novo ou persistente ou progressivo:</p> <ul style="list-style-type: none">• Infiltrado;• Opacificação/Consolidação• Cavitação.• Pneumatocele <p>Pacientes COM doença pulmonar ou cardíaca de base (exemplos: síndrome de desconforto respiratório agudo, displasia broncopulmonar, edema pulmonar ou doença pulmonar obstrutiva crônica), deve ter no mínimo DOIS exames de imagens com as alterações descritas acima, com intervalo preferencial de 72 horas entre os exames, e de no máximo 7 dias.</p>	<p>Piora da troca gasosa (aumento ≥ 3 cm H₂O na PEEP ou aumento ≥ 20% na fração mínima diária de oxigênio inspirado), dessaturação ou aumento da necessidade de oferta de oxigênio ou aumento dos parâmetros ventilatórios, por pelo menos 2 dias calendário.</p> <p>E</p> <p>Pelo menos TRÊS dos seguintes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Febre (temperatura: > 38°C) ou Hipotermia (temperatura: < 36°C), sem outra causa associada.• Leucopenia (≤ 4000 cel/mm³) ou leucocitose (≥ 15000 cel/mm³) e desvio a esquerda (≥ 10% bastonetes).• Surgimento de secreção respiratória purulenta ou mudança das características da secreção ou aumento da secreção respiratória ou aumento da necessidade de aspiração• Apneia ou taquipneia, batimento de asa de nariz e tiragem intercostal (episódio novo ou agravamento).• Ausculta com sibilos, estertores ou roncos (episódio novo ou piora).• Tosse (episódio novo ou agravamento).• Bradicardia (<100bpm) ou taquicardia (>170bpm) <p>E os sinais/sintomas e exames de imagem ocorreram no Período de Janela de Infecção.</p>

QUADRO 4**Critério 3 - Pneumonia definida microbiologicamente em adultos e crianças > 28 dias**

Radiologia	Sinais/sintomas	Laboratório
<p>Paciente > 28 dias em uso de ventilador mecânico (VM) por um período maior que dois dias calendário consecutivos (considerar a partir do D3, sendo que o D1 é o dia da instalação do VM) e na data da infecção estava em uso de VM ou o VM foi removido no dia anterior.</p> <p>E</p> <p>SEM doença cardíaca ou pulmonar de base com UM ou mais exames de imagem seriados com um dos seguintes achados, sendo eles, novo ou persistente ou progressivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infiltrado; • Opacificação/Consolidação • Cavitação. • Pneumatocele <p>Pacientes COM doença pulmonar ou cardíaca de base (exemplos: síndrome de desconforto respiratório agudo, displasia broncopulmonar, edema pulmonar ou doença pulmonar obstrutiva crônica), deve ter no mínimo DOIS exames de imagens com as alterações descritas acima, com intervalo preferencial de 72 horas entre os exames, e de no máximo 7 dias.</p>	<p><u>E pelo menos UM dos seguintes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Febre (temperatura >38°C) ou Hipotermia (T<36 °C) em crianças >28 dias e ≤ 1 ano sem outra causa associada. • Leucopenia (<4.000 cel/ mm³) ou leucocitose (>12000 cel/ mm³ ou >15000 cel/mm³ e desvio a esquerda com mais de 10% de formas jovens em crianças ≤14 anos.) • Para adultos ≥ 70 anos, alteração do estado mental sem outra causa conhecida. <p><u>E pelo menos UM dos seguintes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Surgimento de secreção pulmonar purulenta ou mudança das características da secreção ou aumento da secreção ou aumento da necessidade de aspiração. • Apneia ou taquipneia ou dispneia ou tosse (episódio novo ou agravamento). • Ausculta com sibilos, estertores ou roncosp (episódio novo ou agravamento). • Piora da troca gasosa (aumento ≥ 3 cm H₂O na PEEP ou aumento ≥ 20% na fração mínima diária de oxigênio inspirado), dessaturação ou aumento da necessidade de oferta de oxigênio ou aumento dos parâmetros ventilatórios, por pelo menos 2 dias calendário. 	<p><u>E pelo menos UM dos seguintes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Hemocultura positiva sem outro foco de infecção. • Cultura positiva de líquido pleural. • Cultura quantitativa positiva de secreção pulmonar obtida por procedimento com mínimo potencial de contaminação (lavado broncoalveolar e escovado protegido e aspirado endotraqueal). • Na bacterioscopia do lavado broncoalveolar, achado de ≥5% leucócitos e macrófagos contendo microrganismos (presença de bactérias intracelulares). • Cultura positiva de tecido pulmonar. • Exame histopatológico mostrando pelo menos uma das seguintes evidências de pneumonia: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Formação de abscesso ou foco de consolidação com infiltrado de polimorfonucleares nos bronquíolos e alvéolos. ✓ Evidência de invasão de parênquima pulmonar por hifas ou pseudo- hifas. • Virus, <i>Bordetella</i>, <i>Legionella</i>, <i>Chlamydia</i> ou <i>Mycoplasma</i> identificados a partir de cultura de secreção ou tecido pulmonar ou identificados por teste microbiológico realizado para fins de diagnóstico clínico ou tratamento. • Aumento de 4 vezes nos valores de IgG na sorologia para patógeno (exemplo: influenza, <i>Chlamydia</i>). • Aumento de 4 vezes nos valores de IgG na sorologia para <i>Legionella pneumophila</i> sorogrupo I titulada ≥ 1:128 na fase aguda e convalescença por imunofluorescência indireta. • Detecção de antígeno de <i>Legionella pneumophila</i> sorogrupo I em urina. <p><u>E</u> os sinais/sintomas, exames de imagem e laboratoriais ocorreram no Período de Janela de Infecção.</p>

QUADRO 5**Critério 4 – PAV em pacientes imunodeprimidos adultos e crianças > 28 dias**

Radiologia	Sinais/sintomas	Laboratório
<p>Paciente > 28 dias, imunodeprimido, em uso de ventilador mecânico (VM) por um período maior que dois dias calendário consecutivos (considerar a partir do D3, sendo que o D1 é o dia da instalação do VM) e na data da infecção estava em uso de VM ou o VM foi removido no dia anterior</p> <p>E</p> <p>SEM doença cardíaca ou pulmonar de base com UM ou mais exames de imagem seriados com um dos seguintes achados, sendo eles, novo ou persistente ou progressivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infiltrado; • Opacificação/Consolidação • Cavitação. • Pneumatocele <p>Pacientes COM doença pulmonar ou cardíaca de base (exemplos: síndrome de desconforto respiratório agudo, displasia broncopulmonar, edema pulmonar ou doença pulmonar obstrutiva crônica), deve ter no mínimo DOIS exames de imagens com as alterações descritas acima, com intervalo preferencial de 72 horas entre os exames, e de no máximo 7 dias.</p>	<p><u>E pelo menos UM dos seguintes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Febre (temperatura >38°C) ou Hipotermia (T<36 °C) em crianças >28 dias e ≤ 1 ano sem outra causa associada. • Para adultos ≥ 70 anos, alteração do estado mental sem outra causa conhecida. • Surgimento de secreção pulmonar purulenta ou mudança das características da secreção ou aumento da secreção ou aumento da necessidade de aspiração. • Apneia ou taquipneia ou dispneia ou tosse (episódio novo ou agravamento). • Ausculta com sibilos, estertores ou roncospasmos (episódio novo ou agravamento). • Piora da troca gasosa (aumento ≥ 3 cm H₂O na PEEP ou aumento ≥ 20% na fração mínima diária de oxigênio inspirado), dessaturação ou aumento da necessidade de oferta de oxigênio ou aumento dos parâmetros ventilatórios, por pelo menos 2 dias calendário. 	<p><u>E pelo menos UM dos seguintes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Qualquer um dos resultados laboratoriais do Critério 3. • Identificação de <i>Candida</i> spp. em amostra de sangue e de secreção respiratória (aspirado endotraqueal, lavado broncoalveolar ou escovado protegido) • Evidência de <i>Aspergillus</i> ou outros fungos filamentosos em amostra obtida por procedimento com mínimo potencial de contaminação (ex: lavado broncoalveolar, escovado protegido ou aspirado endotraqueal) de uma das seguintes: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Exame de microscopia direta ✓ Cultura positiva de fundo ✓ Teste diagnóstico laboratorial (não cultura). Ex. Biologia molecular, biomarcador galactomanana em amostra de lavado broncoalveolar e galactomanana sérica ascendente. <p><u>E</u> os sinais/sintomas, exames de imagem e laboratoriais ocorreram no Período de Janela de Infecção</p>

Notas:

1. Exemplos de exames de imagem: radiografia de tórax, tomografia computadorizada de tórax, ultrassom de tórax.
2. A Aspiração traqueal só é considerada um procedimento com mínimo potencial de contaminação se coletada por tubo endotraqueal ou traqueostomia.
3. Não se pode considerar como agente etiológico da PAV, mesmo que identificados em hemoculturas, microrganismos como: *Staphylococcus* coagulase negativo, *Enterococcus* spp, *Candida* spp ou leveduras não especificadas. Esses microrganismos somente serão considerados como causadores de PAV se identificados em cultura de líquido pleural (onde a amostra foi obtida durante a toracocentese ou colocação inicial de dreno torácico e

NÃO a partir de um dreno torácico já inserido) ou cultura de tecido pulmonar (biópsia). Exceção: em pacientes imunocomprometidos *Candida* spp obtida por meio de aspirado endotraqueal, lavado broncoalveolar ou escovado protegido será considerada causadora de PAV **se também for identificada em amostra de sangue**.

4 Mudança nas características da secreção se refere a cor, consistência, odor e quantidade.

5. Pacientes imunocomprometidos incluem:

- aqueles com neutropenia definida como contagem absoluta de neutrófilos ou contagem total de leucócitos <500/mm³.
- aqueles com leucemia, linfoma ou que são HIV positivos com contagem de CD4 <200.
- aqueles que sofreram esplenectomia.
- aqueles que têm histórico de transplante de órgão sólido ou de células-tronco hematopoiéticas.
- aqueles em quimioterapia citotóxica
- aqueles em uso de altas doses de corticoides ou outros imunossupressores administrados por via enteral ou parenteral diariamente por > 2 semanas na data da infecção (por exemplo, para crianças: 2mg/kg/dia ou mais, por mais de 14 dias ou 20mg/dia ou mais, por mais de 14 dias de prednisona ou seu equivalente; para adultos e adolescentes > 40mg de prednisona ou seu equivalente, > 160mg de hidrocortisona, > 32mg de metilprednisolona, > 6mg dexametasona, > 200mg cortisona).

Observações:

1. Todos os critérios de infecção devem ser cumpridos no período de 7 dias (período de janela de infecção). Inclui o primeiro dia de sinal/sintoma e/ou exame laboratorial positivo, 3 dias antes e 3 dias após.
2. Para notificação ao sistema estadual de infecção hospitalar serão consideradas somente as pneumonias associadas à ventilação mecânica (PAV).
3. Informações adicionais sobre a utilização destes critérios encontram-se no documento disponível no Manual de Infecção do Trato Respiratório (ANVISA).

1.3. Critérios para o diagnóstico de PAV em pacientes adultos com covid-19

Os critérios tradicionais utilizados em PAV não são válidos em pacientes críticos com Covid-19.

Diante do exposto, o grupo técnico formado pela Anvisa para revisão das medidas de prevenção e dos critérios diagnósticos de IRAS do trato respiratório, propôs um critério alternativo para o diagnóstico epidemiológico de PAV em pacientes com Covid-19. A Covid-19 determina diversas complicações pulmonares que podem evoluir durante a ventilação mecânica, dessa forma, esse critério auxiliará no diferencial do que é a evolução da doença Covid-19, daquele paciente que melhorou da Covid-19 e passa a piorar por complicação infecciosa pulmonar secundária, estando em ventilação mecânica.

Desde 2022, esses critérios não são mais opcionais, e devem ser utilizados para todos os pacientes que tiveram Covid-19, com complicações respiratórias e ventilação mecânica, independentemente do tempo de permanência da ventilação.

QUADRO 6**Critério 5 – PAV em pacientes adultos com covid-19**

Radiologia	Sinais/sintomas	Laboratório
<p>Paciente com diagnóstico de Covid-19 em uso de ventilador mecânico (VM) por um período maior que dois dias calendário consecutivos (considerar a partir do D3, sendo que o D1 é o dia da instalação do VM) e na data da infecção estava em uso de VM ou o VM foi removido no dia anterior.</p> <p>E</p> <p>após um período de melhora das trocas gasosas e afebril por pelo menos 2 dias calendário consecutivos.</p>	<p>Apresenta pelo menos DOIS dos seguintes sinais e sintomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Febre (temperatura >38°C) ou Hipotermia sem outra causa associada. • Surgimento de secreção pulmonar purulenta ou mudança das características da secreção ou aumento da secreção ou aumento da necessidade de aspiração. • Piora da troca gasosa (aumento ≥ 3 cm H₂O na PEEP ou aumento ≥ 20% na fração mínima diária de oxigênio inspirado), dessaturação ou aumento da necessidade de oferta de oxigênio ou aumento dos parâmetros ventilatórios, por pelo menos 2 dias calendário. 	<p>E pelo menos UM dos seguintes critérios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hemocultura positiva* sem outro foco de infecção. • Cultura positiva de líquido pleural. • Cultura quantitativa positiva de secreção pulmonar maior ou igual a 10⁵ UFC/ml obtida por procedimento com mínimo potencial de contaminação (lavado broncoalveolar, escovado protegido ou aspirado endotraqueal). • Antígeno urinário positivo para <i>Legionella</i> spp. ou pesquisa de <i>Chlamydomphila</i> ou <i>Mycoplasma</i> identificados a partir de testes microbiológicos, moleculares ou sorológicos. • Identificação de <i>Aspergillus</i> spp. em secreção traqueal ou pesquisa positiva de galactomanana na secreção ou sangue. <p>E os sinais/sintomas, exames laboratoriais ocorreram no Período de Janela de Infecção</p>

Nota:

*Qualquer espécie de *Candida* ou leveduras não especificadas, de *Staphylococcus* coagulase-negativa e de *Enterococcus* spp somente serão considerados como causadores de PAV se identificados em cultura de líquido pleural (onde a amostra foi obtido durante a toracocentese ou colocação inicial de dreno torácico e NÃO a partir de um dreno torácico já inserido) ou cultura de tecido pulmonar (biópsia). Exceção: em pacientes imunocomprometidos *Candida* spp obtida por meio de aspirado endotraqueal, lavado broncoalveolar ou escovado protegido será considerada causadora de PAV **se também for identificada em amostra de sangue** e o critério de PAV for atendido.

1.4 Critérios para o diagnóstico de PAV em neonatologia (recém-nascido ≤ 28 dias)

QUADRO 7

Critério 6 – PAV em neonatologia (recém-nascido ≤ 28 dias)

Paciente ≤ 28 dias* em uso de ventilador mecânico (VM) por um período maior que dois dias calendário consecutivos (considerar a partir do D3, sendo que o D1 é o dia da instalação do VM) e na data da infecção estava em uso de VM ou o VM foi removido no dia anterior.

Radiologia	Sinais/sintomas
<p>SEM doença cardíaca ou pulmonar de base com UM ou mais exames de imagem seriados com um dos seguintes achados, sendo eles, novo ou persistente ou progressivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infiltrado; • Opacificação/Consolidação • Cavitação. • Pneumatocele <p>Pacientes COM doença pulmonar ou cardíaca de base (exemplos: síndrome de desconforto respiratório agudo, displasia broncopulmonar, edema pulmonar ou doença pulmonar obstrutiva crônica), deve ter no mínimo DOIS exames de imagens com as alterações descritas acima, com intervalo preferencial de 72 horas entre os exames, e de no máximo 7 dias.</p>	<p>E Piora da troca gasosa, dessaturação, aumento da demanda de oxigênio ou aumento dos parâmetros ventilatórios, por pelo menos 2 dias calendário.</p> <p>E pelo menos TRÊS (03) dos seguintes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instabilidade térmica (temperatura axilar >37,5°C ou menos que 36°C) sem outra causa conhecida • Hemograma com ≥ 3 parâmetros alterados** • Surgimento de secreção pulmonar purulenta ou mudança das características da secreção*** ou aumento da secreção ou aumento da necessidade de aspiração. • Ausculta com sibilos, estertores ou roncos (episódio novo ou piora). • Bradicardia (<100bpm) ou Taquicardia (>160bpm) • Apneia, taquipneia, gemência e batimento de asa de nariz com retração torácica (episódio novo ou com agravamento). • Tosse (episódio novo ou com agravamento). <p>E os sinais/sintomas, exames laboratoriais ocorreram no Período de Janela de Infecção.</p>

Notas:

* Ou maior que essa idade no caso dos pacientes que permanecerem na unidade neonatal, principalmente prematuros. Se o paciente possuir idade > 28 dias, mas está internado na UTI neonatal, aplica-se o critério para recém-nascido. Adotar esse critério até a alta da unidade neonatal, mesmo que a UTI seja mista: neonatal e pediátrica.

** Parâmetros clínicos, escore hematológico e outros parâmetros laboratoriais consultar Critérios Diagnósticos de Infecção Associada à Assistência à Saúde Neonatologia – Anexos I e II: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/publicacoes/caderno-3-criterios-diagnosticos-de-infeccao-associada-a-assistencia-a-saude-neonatologia.pdf/view>

*** Mudança nas características da secreção se refere a cor, consistência, odor e quantidade.

Observações para todos os critérios de PAV

1. Isoladamente, o diagnóstico de pneumonia estabelecido pelo médico não é um critério suficiente para estabelecer que o quadro pulmonar é de pneumonia, do ponto de vista epidemiológico, sendo necessário que os critérios acima sejam atendidos.

2. A pneumonia decorrente de aspiração maciça durante a intubação na sala de emergência deve ser considerada uma IRAS. Aspiração maciça é definida quando existe aspiração de conteúdo gástrico na via respiratória, como por exemplo restos
3. Múltiplos episódios de pneumonia podem ocorrer em pacientes com internação prolongada. No entanto, para considerar como um novo episódio deve ser levando em conta o prazo de infecção de repetição de 14 dias.
4. O crescimento de mais um microrganismo ou mudança no patógeno em cultura, isoladamente, também não é indicativo de novo episódio de pneumonia. Assim, é necessário o aparecimento de novos sinais e sintomas, alteração de imagem para essa definição e observar período de infecção de repetição de 14 dias.
5. Blastomices, Histoplasma, Coccidioides, Paracoccidioides, Criptococcus e Pneumocistis são microrganismos causadores de infecção comunitária e não devem ser considerados causadores de pneumonia relacionada à assistência à saúde. Embora, alguns estudos têm demonstrado a potencial transmissão do pneumocistis no ambiente hospitalar. Por isso, do ponto de vista epidemiológico, as pneumonias causadas por esses microrganismos não devem ser computadas como IRAS.
6. Quando mais de um exame de imagem é avaliado, a persistência de evidências de pneumonia nesses exames é um requisito para todos os pacientes e não só para aqueles com doenças cardíacas ou pulmonares prévias.
7. Para ajudar a separar processos pulmonares infecciosos dos não-infecciosos e ajudar a confirmar casos difíceis, é útil analisar os exames de imagem do dia do diagnóstico, 3 dias antes do diagnóstico, e nos dias 2 e 7 após o diagnóstico.
8. Ao identificar a persistência de evidências de pneumonia nos exames de imagem, o segundo exame de imagem deve ocorrer dentro de 7 dias após o primeiro, mas não é necessário que ocorra dentro do período de janela de infecção. A data do primeiro exame de imagem elegível será utilizada para determinar se os critérios de pneumonia são atendidos dentro do período de janela de infecção, isto é, todos os demais elementos devem ocorrer no período de janela de infecção.
9. O período de incubação da Legionelose é geralmente de 2 a 10 dias. Portanto, para fins epidemiológicos considera-se caso confirmado de Legionelose relacionada à assistência à saúde a infecção por este agente, confirmada laboratorialmente, em paciente com o início dos sintomas após 10 dias de internação e caso provável de Legionelose relacionada à assistência à saúde refere-se a infecção causada por este agente, confirmada laboratorialmente, em paciente com início dos sintomas entre 2 e 9 dias da internação.
10. Uma única anotação sobre a mudança no caráter da secreção ou sobre a presença de secreção purulenta não é significativa; repetidas anotações durante um período de 24 horas seriam mais um indicativo do início de um processo infeccioso. Variação do caráter da secreção remete a cor, consistência, odor e quantidade.
11. Orientações sobre aspectos laboratoriais das secreções respiratórias devem ser observadas de acordo com os Manuais de Microbiologia Clínica para o Controle de IRAS - Módulo 4 - procedimentos laboratoriais: da requisição do exame à análise microbiológica e laudo final: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/modulo-4-procedimentos-laboratoriais-da-requisicao-do-exame-a-analise-microbiologica-e-laudo-final>

1.5 Critérios para o diagnóstico de infecção primária de corrente sanguínea associada a cateter central em pacientes adultos e pediátricos

QUADRO 8

Infecção primária de corrente sanguínea laboratorialmente confirmada (IPCSL) associada a cateter central em adultos e crianças > 28 dias

<p>Critério 1 IPCSL associada a cateter central causada por microrganismo patogênico em adultos e crianças > 28 dias</p>	<p>Paciente com cateter venoso central há mais de dois dias calendário consecutivos (considerar o dia da passagem do cateter = D1) e que na data da infecção estava em uso do dispositivo ou este foi removido no dia anterior.</p> <p>E</p> <p>Apresenta microrganismo patogênico bacteriano ou fúngico, não incluído na lista de microrganismos comensais¹ isolado em amostra sanguínea:</p> <ul style="list-style-type: none"> Identificado a partir de uma ou mais hemoculturas coletadas preferencialmente de sangue periférico² <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> Identificado gênero e espécie ou pelo menos o gênero, por métodos validados de teste microbiológico não baseado em cultura³ <p>E</p> <p>O patógeno não está relacionado com infecção em outro sítio.</p>	
<p>Critério 2 IPCSL associada a cateter central causada por microrganismo contaminante de pele em adultos e crianças > 1 ano</p>	<p>Paciente > 1 ano em uso de cateter central por um período maior que dois dias consecutivos (sendo o D1 o dia de instalação do dispositivo) e que na data da infecção o paciente estava em uso do dispositivo ou este foi removido no dia anterior</p> <p>E pelo menos de UM dos seguintes sinais ou sintomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Febre (>38°C) Calafrios Hipotensão (pressão sistólica ≤ 90 mmHg para adultos e em crianças consultar parâmetros clínicos por faixa etária⁴) 	<p>E</p> <p>Apresenta DUAS ou mais hemoculturas (colhidas em diferentes punções no mesmo dia ou com intervalo máximo de 1 dia calendário⁵) com contaminante de pele (Ex. <i>Corynebacterium</i> spp. [exclui <i>C. diphtheria</i>], <i>Bacillus</i> spp. [exclui <i>B. anthracis</i>], <i>Propionibacterium</i> spp., <i>Staphylococcus</i> coagulase negativa [inclui <i>S.epidermidis</i>], <i>Streptococcus</i> do grupo viridans, <i>Aerococcus</i> spp. e <i>Micrococcus</i> spp., <i>Rhodococcus</i> spp.)</p> <p>E</p> <p>Sinais/sintomas e resultados de cultura positiva ocorrendo no período de janela de infecção*</p> <p>E</p> <p>O microrganismo identificado não está relacionado a outro foco infeccioso</p>
<p>Critério 3</p>	<p>Paciente > 28 dias e ≤ 1 ano em uso de cateter central por um período maior que dois dias consecutivos (sendo o</p>	<p>E</p>

IPCSL associada a cateter central causada por microrganismo contaminante de pele em crianças > 28 dias e ≤ 1 ano	D1 o dia de instalação do dispositivo) e que na data da infecção o paciente estava em uso do dispositivo ou este foi removido no dia anterior		DUAS ou mais hemoculturas (colhidas em diferentes punções no mesmo dia ou com intervalo máximo de 1 dia calendário ⁵) com contaminante de pele (Ex. <i>Corynebacterium</i> spp. [exclui <i>C. diphtheria</i>], <i>Bacillus</i> spp. [exclui <i>B. anthracis</i>], <i>Propionibacterium</i> spp., <i>Staphylococcus</i> coagulase negativa [inclui <i>S.epidermidis</i>], <i>Streptococcus</i> do grupo viridans, <i>Aerococcus</i> spp. e <i>Micrococcus</i> spp., <i>Rhodococcus</i> spp.)	
	E pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas: <ul style="list-style-type: none"> • Febre (>38°C) • Hipotermia (<35°C) • Apnéia • Bradicardia⁴ 		E Sinais/sintomas e resultados de cultura positiva ocorrendo no período de janela de infecção*	
E O microrganismo identificado não está relacionado a outro foco infeccioso				
*Período de janela de infecção: definido como o período de 7 dias durante o qual todos os critérios de infecção devem ser cumpridos. Inclui o dia da primeira hemocultura positiva e/ou primeiro sinal/sintoma, 3 dias antes e 3 dias após. Exemplo				
05/01/2025	06/01/2025	07/01/2025	08/01/2025	Data IPCSL (=data do evento)
Febre>38°C	Sem critério para IPCSL	<i>S.epidermidis</i> (1ª amostra)	<i>S.epidermidis</i> (2ª amostra)	05/01/2025
Obs: Se os critérios para uma nova IPCS forem identificados no período de até 14 dias, um novo evento não deverá ser notificado				

Observações:

1. A lista completa dos microrganismos contaminantes de pele (comensais) pode ser consultada no link: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/llista-de-comensais-comuns.xlsx>
2. A coleta de amostras de sangue deve ser feita preferencialmente em punção periférica, mas admite-se que a IPCSL causada por microrganismo patogênico seja definida utilizando-se resultado de hemocultura ou de teste microbiológico baseado em cultura de amostra coletada de cateter central, nos casos em que não é possível fazer coleta periférica.
3. Os testes microbiológicos não baseados em cultura são testes moleculares, automatizados, realizados a partir de amostras de sangue. Estes testes podem utilizar, por exemplo, PCR multiplex, tecnologia de ressonância magnética miniaturizada ou sequenciamento de DNA de células microbianas para o diagnóstico microbiológico. Vale reforçar que caso a hemocultura tenha sido coletada 2 dias antes ou 1 dia depois do teste microbiológico não baseado em cultura, devemos considerar o resultado da hemocultura (padrão ouro) para a vigilância de IPCSL e desconsiderar o resultado do teste microbiológico não baseado em cultura.
4. Critérios Diagnósticos de Infecção Associada à Assistência à Saúde Neonatologia – Anexo I: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/publicacoes/caderno-3-criterios-diagnosticos-de-infeccao-associada-a-assistencia-a-saude-neonatologia.pdf/view>
5. As duas amostras contaminantes de pele representam um único elemento para cumprimento do critério e a data de coleta da primeira amostra é usada para determinar a data da infecção. Pelo menos duas coletas separadas de amostra de sangue foram realizadas no mesmo dia ou em dias consecutivos, com preparo individualizado de cada

sítio/local de coleta durante a coleta. O objetivo disso é garantir que seja feito um preparo/antisepsia do sítio/local de coleta para cada coleta realizada. Desta forma, reduz-se o risco de contaminação da coleta ser considerada IPCSL.

6. Para notificação ao sistema estadual de infecção hospitalar serão consideradas apenas as infecções primárias da corrente sanguínea (IPCS) associadas a cateter venoso central laboratorialmente confirmadas

7. A infecção de corrente sanguínea secundária, que é a ocorrência de hemocultura positiva ou sinais clínicos de sepsis, na presença de sinais de infecção em outro sítio, não será abordada neste documento. Neste caso, deverá ser notificado o foco primário, por exemplo, pneumonia, infecção do trato urinário ou sítio cirúrgico.

1.6 Critérios para o diagnóstico de infecção primária de corrente sanguínea associada a cateter central em neonatologia (recém-nascidos até 28 dias¹)

QUADRO 9 Infecção Primária de Corrente Sanguínea Laboratorialmente Confirmada (IPCSL) Associada a Cateter Venoso Central (CVC) - em recém-nascidos ≤ 28 dias¹

Paciente ≤ 28 dias¹ em uso de cateter venoso central há mais de dois dias calendário consecutivos (considerar o dia da passagem do cateter = D1) e que na data da infecção estava em uso do dispositivo ou este foi removido no dia anterior.

Critério 1
IPCSL associada a cateter central causada por microrganismo patogênico em recém-nascidos ≤ 28 dias¹

Apresenta microrganismo patogênico bacteriano ou fúngico, não incluído na lista de microrganismos comensais² isolado em amostra sanguínea:

1. Identificado a partir de uma ou mais hemoculturas coletadas preferencialmente de sangue periférico³

OU

2. Identificado gênero e espécie ou pelo menos o gênero, por métodos validados de teste microbiológico não baseado em cultura⁴

E

O patógeno não está relacionado com infecção em outro sítio.

Critério 2
IPCSL associada a cateter central causada por microrganismo contaminante de pele em recém-nascidos ≤ 28 dias¹

Pelo menos (DOIS) dos seguintes sinais e sintomas⁵ sem outra causa não infecciosa reconhecida:

- Instabilidade térmica (T>37,5°C ou <36°C);
- Bradicardia;
- Apnéia;
- Intolerância alimentar;
- Piora do desconforto respiratório;
- Intolerância à glicose;
- Instabilidade hemodinâmica,
- Hipoatividade/letargia

E pelo menos UM dos seguintes:

a. Duas ou mais hemoculturas (colhidas em diferentes punções no mesmo dia ou com intervalo máximo de 1 dia calendário⁶) com contaminante de pele (Ex. *Corynebacterium* spp. [exclui *C. diphtheria*], *Bacillus* spp. [exclui *B. anthracis*], *Propionibacterium* spp., *Streptococcus* do grupo viridans, *Aerococcus* spp. e *Micrococcus* spp.),

b. *Staphylococcus* coagulase negativa identificado em duas hemoculturas e pelo menos **UMA** hemocultura coletada por punção periférica, com positividade até 48 horas de incubação e **pelo menos um dos seguintes:**

- Hemograma com ≥ 3 parâmetros alterados⁵

		<ul style="list-style-type: none"> • Proteína C Reativa quantitativa alterada <p>E</p> <ul style="list-style-type: none"> • O microrganismo identificado não está relacionado a outro foco infeccioso • Sinais/sintomas e resultados de cultura positiva ocorrendo no período de janela de infecção*
--	--	---

***Período de janela de infecção:** definido como o período de 7 dias durante o qual todos os critérios de infecção devem ser cumpridos. Inclui o dia da primeira hemocultura positiva e/ou primeiro sinal/sintoma, 3 dias antes e 3 dias após. Exemplo

05/01/2025	06/01/2025	07/01/2025	08/01/2025	Data IPCSL (=data do evento)
Febre>38°C	Sem critério para IPCSL	<i>S.epidermidis</i> (1ª amostra)	<i>S.epidermidis</i> (2ª amostra)	05/01/2025

QUADRO 10
Infecção Primária de Corrente Sanguínea Clínica (IPCSC) associada a Cateter Venoso Central (CVC) sem confirmação laboratorial – em recém-nascidos ≤ 28 dias¹

Paciente ≤ 28 dias¹ com cateter venoso central há mais de dois dias calendário consecutivos (considerar o dia da passagem do cateter = D1) e que na data da infecção estava em uso do dispositivo ou este foi removido no dia anterior.

E pelo menos DOIS dos seguintes sinais e sintomas sem outra causa não infecciosa reconhecida e sem relação com infecção em outro local:

- Instabilidade térmica (T>37,5°C ou <36°C);
- Apnéia;
- Bradicardia;
- Intolerância alimentar;
- Piora do desconforto respiratório;
- Intolerância à glicose;
- Instabilidade hemodinâmica,
- Hipoatividade/letargia.

E TODOS os seguintes:

- a. Hemograma com ≥ 3 parâmetros alterados⁵ e/ou Proteína C Reativa quantitativa seriada alterada⁵
- b. Hemocultura não realizada, negativa ou considerada contaminação⁷.
- c. Ausência de evidência de infecção em outro sítio.
- d. Terapia antimicrobiana instituída e mantida pelo médico assistente.

E

Sinais/sintomas e resultados de cultura positiva ocorrendo no **período de janela de infecção***

***Período de janela de infecção:** definido como o período de 7 dias durante o qual todos os critérios de infecção devem ser cumpridos. Inclui o dia do primeiro sinal/sintoma, 3 dias antes e 3 dias após.

Observações:

1. Ou maior que essa idade no caso dos pacientes que permanecerem na unidade neonatal, principalmente prematuros. Se o paciente possuir idade > 28 dias, mas está internado na UTI neonatal, aplica-se o critério para recém-nascido. Adotar esse critério até a alta da unidade neonatal, mesmo que a UTI seja mista: neonatal e pediátrica.
2. A lista completa dos microrganismos contaminantes de pele (comensais) pode ser consultada no link: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/Lista-de-comensais-comuns.xlsx>

3. A coleta de amostras de sangue deve ser feita preferencialmente em punção periférica, mas admite-se que a IPCSL causada por microrganismo patogênico seja definida utilizando-se resultado de hemocultura ou de teste microbiológico baseado em cultura de amostra coletada de cateter central, nos casos em que não é possível fazer coleta periférica.
4. Os testes microbiológicos não baseados em cultura são testes moleculares, automatizados, realizados a partir de amostras de sangue. Estes testes podem utilizar, por exemplo, PCR multiplex, tecnologia de ressonância magnética miniaturizada ou sequenciamento de DNA de células microbianas para o diagnóstico microbiológico. Vale reforçar que caso a hemocultura tenha sido coletada 2 dias antes ou 1 dia depois do teste microbiológico não baseado em cultura, devemos considerar o resultado da hemocultura (padrão ouro) para a vigilância de IPCSL e desconsiderar o resultado do teste microbiológico não baseado em cultura.
5. Parâmetros clínicos, escore hematológico e outros parâmetros laboratoriais consultar Critérios Diagnósticos de Infecção Associada à Assistência à Saúde Neonatologia– Anexos I e II: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/publicacoes/caderno-3-criterios-diagnosticos-de-infeccao-associada-a-assistencia-a-saude-neonatologia.pdf/view>
6. As duas amostras contaminantes de pele representam um único elemento para cumprimento do critério e a data de coleta da primeira amostra é usada para determinar a data da infecção. Pelo menos duas coletas separadas de amostra de sangue foram realizadas no mesmo dia ou em dias consecutivos, com preparo individualizado de cada sítio/local de coleta durante a coleta. O objetivo disso é garantir que seja feito um preparo/antisepsia do sítio/local de coleta para cada coleta realizada. Desta forma, reduz-se o risco de contaminação da coleta ser considerada IPCSL.
7. Hemocultura considerada contaminada por microrganismo contaminante de pele inclui aquelas em que o crescimento o microrganismo ocorreu em período maior que 48 horas de incubação ou microrganismo contaminante de pele foi isolamento em apenas uma hemocultura ou não atendeu os requisitos de coleta das amostras, conforme definido no critério diagnóstico de IPCSL causada por microrganismos contaminante de pele. A lista completa dos microrganismos contaminantes de pele (comensais) pode ser consultada no link: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/llista-de-comensais-comuns.xlsx>

1.7 Critérios para o diagnóstico de infecção do trato urinário em pacientes adultos e pediátricos

QUADRO 11 Critério diagnóstico de Infecção do Trato Urinário (ITU) Associada à Sonda Vesical de Demora (SVD) - SINTOMÁTICA		
<p>Critério 1</p> <p>Pacientes adultos e crianças > 3 anos em uso de cateter vesical de demora por um período maior que dois dias consecutivos (ou seja, considerar a partir do D3, sendo que o D1 é o dia da instalação do cateter) e que na data da infecção o paciente estava em uso do cateter ou ele havia sido removido no dia anterior</p>	<p>E apresenta pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas sem outra causa reconhecida:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Febre (>38°C) • Dor ou desconforto supra púbico • Dor ou desconforto lombar • Hematúria • Urgência miccional¹ • Aumento da frequência miccional¹ • Disúria¹ 	<p>E</p> <p>Cultura de urina com no máximo duas espécies bacterianas², sendo pelo menos uma das espécies com contagem $\geq 10^5$ UFC/ml.</p> <p>E</p> <p>Sinais/sintomas e resultados de cultura positiva ocorrendo no período de janela de infecção*</p>
<p>Critério 2</p> <p>Pacientes > 28 dias e ≤ 3 anos em uso de cateter vesical de demora por um período maior que dois dias consecutivos (ou seja, considerar a partir do D3, sendo que o D1 é o dia da instalação do cateter) e que na data da infecção o paciente estava em uso do cateter ou o mesmo havia sido removido no dia anterior</p>	<p>E pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Febre ($T > 38^\circ\text{C}$) ou Hipotermia ($T < 35^\circ\text{C}$) • Dor ou desconforto supra púbico ou lombar • Urgência miccional ou aumento da frequência miccional ¹ • Apneia • Bradicardia • Letargia • Vômito • Hematúria 	<p>E</p> <p>Cultura de urina com no máximo duas espécies de bacterianas², sendo pelo menos uma das espécies com contagem $\geq 10^5$ UFC/ml.</p> <p>E</p> <p>Sinais/sintomas e resultados de cultura positiva ocorrendo no período de janela de infecção*</p>
<p>Notas:</p> <p>1. Apenas em paciente que removeu o cateter no dia anterior à data da infecção, ou seja, sem cateter.</p> <p>2. Não considerar urocultura coletada por saco coletor. Admite-se $\geq 10^3$ UFC/mL quando colhido por punção supra púbica em crianças. Em crianças imunodeprimidas considerar qualquer contagem de colônias, se a amostra tiver sido coletada por punção supra púbica</p>		
<p>*Período de janela de infecção: definido como o período de 7 dias durante o qual todos os critérios de infecção devem ser cumpridos. Inclui o dia da primeira urocultura positiva e/ou primeiro sinal/sintoma, 3 dias antes e 3 dias após.</p>		

<p>Critério 3</p> <p>Pacientes adultos e crianças >28 dias, com lesão medular, em uso de cateter vesical de demora por um período maior que dois dias de consecutivos (ou seja, considerar a partir do D3, sendo que o D1 é o dia da instalação do cateter) e que na data da infecção o paciente estava em uso do cateter ou o mesmo havia sido removido no dia anterior</p>	<p>E Apresenta leucocitúria associada a pelo menos DOIS dos sinais e sintomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Febre (T>38°C) ou hipotermia (T<35°C) em criança ≤ 3 anos • Piora de incontinência • Piora da espasticidade • Queda do estado geral • Disreflexia autônoma 	<p>E</p> <p>Cultura de urina com no máximo duas espécies bacterianas, sendo pelo menos uma das espécies com contagem ≥ 10⁵ UFC/ml.</p> <p>E</p> <p>Sinais/sintomas e resultados de cultura positiva ocorrendo no período de janela de infecção*</p>
<p>*Período de janela de infecção: definido como o período de 7 dias durante o qual todos os critérios de infecção devem ser cumpridos. Inclui o dia da primeira urocultura positiva e/ou primeiro sinal/sintoma, 3 dias antes e 3 dias após.</p>		

Observações sobre ITU em pacientes adultos e pediátricos com ou sem lesão medular:

1. Cultura de urina com isolamento de quaisquer espécies de *Candida*, levedura não especificada, fungos dimórficos ou parasitas **NÃO** devem ser consideradas para o diagnóstico de ITU, do ponto de vista da vigilância. Mesmo se identificados na hemocultura, não podem ser considerados como agentes de infecção secundária a ITU.
2. Cultura de urina com isolamento de quaisquer espécies de *Candida*, levedura não especificada, fungos dimórficos ou parasitas juntamente com espécie bacteriana com ≥ 10⁵ UFC/mL, considerar apenas a bactéria para fins de notificação.
3. Há grande probabilidade de ser contaminação da amostra quando são identificadas acima de duas espécies bacterianas na urocultura.
4. Cultura de ponta de cateter urinário **NÃO** é um teste laboratorial aceitável para o diagnóstico de ITU.
5. O achado de bactérias no trato urinário não significa obrigatoriamente infecção, devendo ser desconsiderado, do ponto de vista epidemiológico, se não houver clínica de infecção (sinais ou sintomas). Neste caso, deve ser considerado bacteriúria assintomática.
6. Infecções urinárias em pacientes que usam cateter duplo J são consideradas não associadas a cateter vesical.
7. As culturas de urina devem ser obtidas com a utilização de técnica apropriada: coleta por meio de micção espontânea ou cateterização. A urina coletada em paciente já cateterizado deve ser aspirada assepticamente do local próprio no circuito coletor e a cultura processada de forma quantitativa. É importante, registrar o método de coleta no pedido de exame e no prontuário.
8. Não existe um consenso na literatura, em relação à necessidade de troca de cateteres diante de suspeita de ITU ou para coleta de urina. Portanto, não há indicação absoluta de troca do cateter para obter urina para cultura. A orientação sobre a necessidade de troca do cateter deve ser definida pela equipe assistencial juntamente com a CCIH e deve constar no protocolo do serviço.

2. INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DE INFECÇÃO HOSPITALAR

2.1. Orientações Gerais

A notificação das IRAS, que são eventos adversos que podem ocorrer a partir da assistência prestada em serviços de saúde, é determinada pela **Portaria GM/MS nº 2616/1998 e pela RDC nº 36, de 25 de julho de 2013**; sendo realizada por meio dos formulários eletrônicos disponibilizados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), que é a coordenadora do Programa Nacional de Prevenção e Controle de IRAS (PNPCIRAS).

No Estado de São Paulo (ESP), assim como em algumas outras unidades da federação, os dados deverão ser notificados através de planilha Excel, própria do Sistema Estadual de Vigilância de IRAS.

Dessa forma, os formulários nacionais de notificação de IRAS (Limesurvey) que destinam-se à notificação mensal dos dados de IRAS que ocorrem nas unidades de terapia intensiva (UTI) adulto, pediátrica ou neonatal, nos centros cirúrgicos/centros obstétricos, nos serviços de diálise que atendem pacientes crônicos e, a partir de 2025, também foram incluídos indicadores dos serviços oftalmológicos intra-hospitalares e extra-hospitalares de todo o país, **NÃO DEVEM SER PREENCHIDOS PELOS SERVIÇOS DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO**, para evitar o duplo trabalho e também porque o repasse das informações do ESP é realizado pelo CVE, em acordo com a coordenação da ANVISA. Além desses indicadores, são de notificação obrigatória, os dados sobre o consumo de antimicrobianos em e o consumo de preparação alcoólica e sabonete líquido utilizados para a higiene das mãos em serviços de saúde.

Todos os dados recebidos pela Anvisa são publicados regularmente na forma de Boletins por estado/DF e nacionais, no portal eletrônico da Agência. Os Boletins de Segurança e Qualidade em Serviços de Saúde podem ser acessados pelo link: [Boletins e relatórios — Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa](#)

Ressalta-se que a análise desses dados é publicada de forma agregada, portanto não há publicação de dados de identificação de hospitais e outros serviços de saúde de forma individualizada.

Abaixo seguem as orientações de preenchimento das planilhas do SVE de IRAS do ESP, de acordo com a complexidade do serviço de saúde.

2.1.1 Arquivo "Plan Hosp Geral 2026": contém Planilha de Identificação do Hospital, Planilha 1, Planilha 1B, Planilha 2, Planilha 3, Planilha 4, Planilha 5, Planilha 5B, Planilha 5C, Planilha 6.

Indicações: indicado para os Hospitais Gerais ou Especializados que apresentam qualquer uma das seguintes situações:

- a) Planilha 1: para os hospitais que realizam cirurgias limpas
- b) Planilha 1B: para os hospitais que realizam os procedimentos cirúrgicos selecionados, conforme descritos na planilha.
- c) Planilha 2: para os hospitais que possuem Unidade de Terapia Intensiva de Adultos, Unidade Coronariana e/ou Unidade de Terapia Pediátrica
- d) Planilha 3: para os hospitais que possuem Unidade de Terapia Intensiva Neonatal ou Berçário de Alto Risco
- e) Planilha 4: para os hospitais que possuem Unidades de Terapia Intensiva de Adultos, Coronariana, Pediátrica e/ou Neonatal.
- f) Planilha 5: para os hospitais que possuem *Unidade de Terapia Intensiva de Adulto e/ou Unidade Coronariana*.
- g) Planilha 5B: para os hospitais que possuem Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e/ou Neonatal
- h) Planilha 5C: para hospitais que possuem Unidade de Terapia Intensiva de Adulto e/ou Unidade Coronariana e Pediátrica
- i) Planilha 6: para os hospitais que possuem Unidade de Terapia Intensiva de Adultos e/ou Unidade Coronariana

Se o Hospital possuir unidade de diálise, unidade psiquiátrica ou longa permanência ou até mesmo serviço de oftalmologia que realize procedimentos oftalmológicos invasivos (cirurgias de catarata e injeção intravítreo de medicamentos) então deverá preencher as planilhas correspondentes:

2.1.2 Arquivo “Plan LP Psig 2026”: Planilha 7: indicada para os hospitais que possuem Unidade psiquiátrica e ou Longa permanência

2.1.3 Arquivo: “Plan Dialise 2026”: Planilha 8: indicada para os hospitais que possuem Unidade de Diálise, hemodiálise e/ou Diálise peritoneal, intra ou extra-hospitalar.

2.1.4 Arquivo: “Plan Endoftalmite 2026”: Planilha 9: indicada para os hospitais/clínicas/serviços de saúde que possuem Serviço de oftalmologia que realize procedimentos oftalmológicos invasivos (cirurgias de catarata e injeção intravítreo de medicamentos).

2.1.5 Arquivo: “Plan CVC longa 2026”: Planilha 10: indicada para os hospitais que possuem Serviço de Quimioterapia ambulatorial, com acompanhamento de paciente com cateter de longa permanência.

Tipo de Planilha para notificação	Indicadores epidemiológicos segundo tipo Hospital/Unidade/Procedimento							
	Cirurgias limpas	Cirurgias selecionadas	UTI Adulto/UCO	UTI Pediátrica	UTI Neonatal	Longa Permanência e/ou Psiquiátrico	Serviços de Diálise	Serviços de Oftalmologia
Planilha 1 - Infecção em cirurgias limpas	X							
Planilha 1B - Infecção em cirurgias selecionadas		X						
Planilha 2 - Infecções em UTI Adulto, UCO e Pediátrica			X	X				
Planilha 3 - Infecções em UTI Neonatal ou Berçário de Alto Risco					X			
Planilha 4 - Consumo de produto alcoólico em UTI			X	X	X			
Planilha 5 - Hemoculturas Positivas de IPCS Lab X CT UTI Adulto e UCO			X					
Planilha 5B - Hemoculturas Positivas em IPCS Lab x CT - UTI Ped e Neo				X	X			
Planilha 5C - Uroculturas Positivas em ITU x SV - UTI Adulto, UCO e Ped			X	X				
Planilha 6 - Consumo antimicrobianos (DDD) em UTI Adulto e UCO			X					
Planilha 7 - Infecções em Hospitais de Longa Permanência e/ou Psiquiátricos						X		
Planilha 8 - Eventos adversos em Serviços de Diálise							X	
Planilha 9 - Endoftalmite após procedimentos oftalmológicos invasivos								X

Figura 1. Planilhas de Notificação de Indicadores epidemiológicos para Hospital Geral de acordo com a complexidade do hospital no SVE das IRAS do Estado de São Paulo.

Período:

Cada arquivo permite o registro das infecções para o período de um ano, discriminadas em quadros para cada mês. **Preencher um quadro para cada mês do ano e enviar os dados mensalmente para o gestor local. Não excluir os dados dos meses já notificados, pois a planilha é acumulativa. Os novos arquivos enviados substituirão os anteriores.**

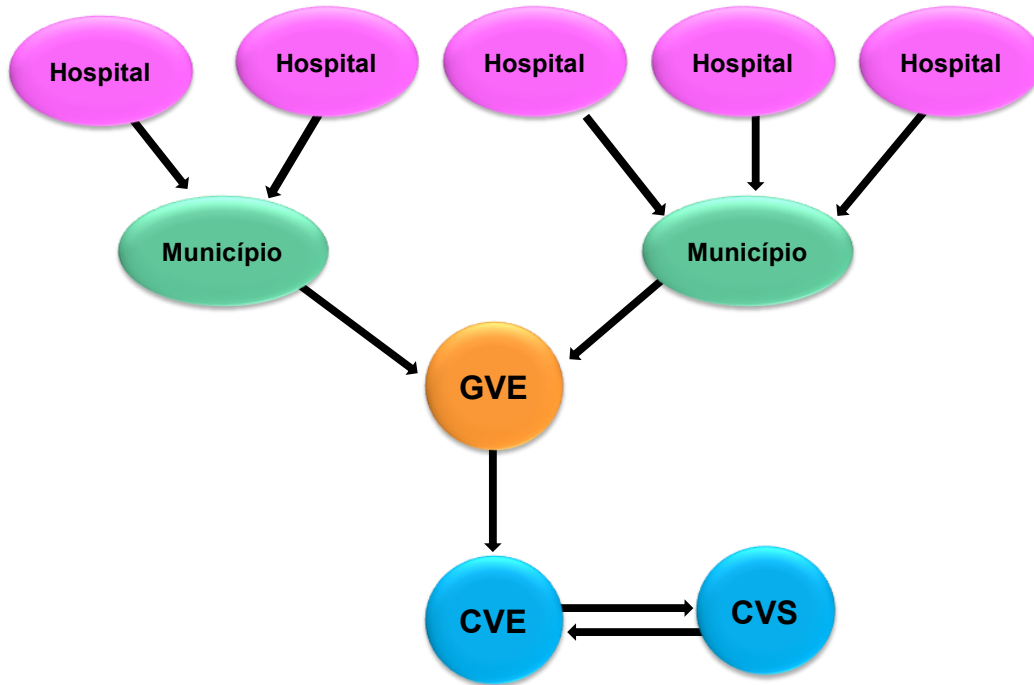


Figura 2. Fluxo de informações das Planilhas de Infecção Hospitalar no Sistema de Vigilância Epidemiológica das IH do Estado de São Paulo

Fluxo de Envio: Os hospitais deverão enviar os arquivos eletrônicos às vigilâncias municipais e estas aos Grupos de vigilâncias na data acordada (Ex: segunda quinzena do mês seguinte)

Data de envio das planilhas: Os Grupos de Vigilância Epidemiológica (GVE) deverão enviar as planilhas para o CVE (Divisão de Infecção Hospitalar) até o dia 30 do mês seguinte ao mês de notificação, **exclusivamente** através de arquivo eletrônico.

2.2. ARQUIVO HOSPITAL GERAL "Plan_Hosp_geral_2026"

Cada arquivo é subdividido em planilhas diferentes, identificadas no rótulo inferior (parte de baixo da tela), como segue:

- Identificação do Hospital
- Planilha 1 - Sítio Cirúrgico por especialidade
- Planilha 1B – Sítio Cirúrgico por procedimento
- Planilha 2 - UTI Adulto, Coronariana e Pediátrica
- Planilha 3 – UTI Neonatal
- Planilha 4 - Consumo de produto alcoólico e sabonete líquido associado ou não a antisséptico em UTI, para higiene das mãos.
- Planilha 5 - Hemoculturas positivas (IPCS Lab) em UTI Adulto e Coronariana
- Planilha 5B – Hemoculturas positivas em UTI Pediátrica e Neonatal
- Planilha 5C – Uroculturas positivas em UTI Adulto, Coronariana e Pediátrica
- Planilha 6 – Consumo Mensal de Antimicrobianos e Cálculo de DDD (Dose Diária Dispensada)

Orientações Gerais:

- Clicar sobre o rótulo da planilha a ser preenchida. **Não modificar os rótulos das planilhas (NÃO RENOMEAR AS ABAS PLANILHAS).**
- Cada planilha possui 13 tabelas, uma para cada mês e uma com o total dos meses já preenchidos.
- Preencher somente as células em branco. **Não preencher nenhum campo já pré-preenchido. Não preencher nenhum campo do Quadro TOTAL.**
- As fórmulas de cálculos e soma dos dados (exceto para número de pacientes-dia) serão automaticamente preenchidas à medida que os dados são inseridos nas planilhas. As células de cálculos estão protegidas com senha.
- **AS PLANILHAS NÃO DEVEM SER ALTERADAS NA SUA FORMA, POIS PREJUDICA A COMPILAÇÃO DOS DADOS PELO MUNICÍPIO, GVE E ESTADO.**
- Após o preenchimento, **salvar a cópia do arquivo com o nome do hospital** (e nome do município, se necessário) + 02 dígitos referentes ao mês + 02 dígitos referentes ao ano de notificação. **Ex1:** Hospital Nossa Senhora de Fátima, mês de janeiro, ano de 2026; Salvar como: **“hospitalnossasenhora0126”**; **Ex2:** Santa Casa de Aparados da Serra, mês de janeiro, ano de 2026; Salvar como: **“santacasaaparadosdaserra0126”**

PLANILHA DE IDENTIFICAÇÃO DO HOSPITAL

O preenchimento da planilha de identificação deverá ser feito na primeira vez que for iniciada a utilização do arquivo, uma vez que este será utilizado para preenchimento dos dados do ano todo. Nos meses subseqüentes basta apenas completar os dados referentes às infecções, dispositivos e procedimentos, a cada mês, salvando o arquivo conforme orientações já descritas.

ANO DE NOTIFICAÇÃO: está preenchido como **Ano 2026.**

HOSPITAL: preencher com o nome completo do hospital. (Razão social ou Nome Fantasia)

CNES: preencher o número do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

NATUREZA DO HOSPITAL: Preencher com (X) se é hospital Público, Privado e/ou Filantrópico.

EM CASO DE HOSPITAL PÚBLICO, QUAL A ESFERA DE GOVERNO? Federal, Estadual ou Municipal. Preencher com (X).

É INSTITUIÇÃO CONVENIADA COM SUS?

Preencher com (X) no quadro correspondente SIM ou NÃO.

É INSTITUIÇÃO DE ENSINO/HOSPITAL-ESCOLA/UNIVERSITÁRIO?

Preencher com (X) no quadro correspondente SIM ou NÃO.

NÚMERO DE LEITOS HOSPITALARES: Preencher o nº de leitos totais do hospital, e se for o caso preencher o nº de leitos específicos de UTI Adulto, Pediátrica, Unidade Coronariana e/ou UTI Neonatal.

CCIH REALIZA VIGILÂNCIA DE INFECÇÕES CIRÚRGICAS PÓS-ALTA? Preencher com (X) no quadro correspondente SIM ou NÃO.

EM CASO AFIRMATIVO, INFORMAR O MÉTODO: assinalar uma das opções de método:

- ✓ ligação telefônica
- ✓ ambulatório de egressos com acompanhamento de um membro da CCIH
- ✓ e-mail
- ✓ WhatsApp
- ✓ outro método: se a CCIH realiza outro método, indicar o método realizado

CCIH realiza checklist de verificação de inserção de CVC nas UTI? Preencher com (X) no quadro correspondente SIM ou NÃO.

PRESIDENTE DA CCIH: preencher o nome do responsável pela CCIH

EMAIL INSTITUCIONAL: preencher o endereço eletrônico da instituição (hospital, diretoria, etc..)

EMAIL da CCIH: preencher o endereço eletrônico de contato da equipe da CCIH

TELEFONE DA CCIH: preencher o telefone de contato da equipe da CCIH

MUNICÍPIO: preencher o nome do município

GVE: preencher o número e nome do GVE correspondente.

RESPONSÁVEL NO MUNICÍPIO: preencher o nome do responsável pelo recebimento e encaminhamento das planilhas do sistema de vigilância epidemiológica no município.

RESPONSÁVEL NO GVE: preencher o nome do responsável pelo recebimento e encaminhamento das planilhas do sistema de vigilância epidemiológica no GVE.

Modelo: Planilha de Identificação de Hospital Geral

IDENTIFICAÇÃO DE HOSPITAL GERAL	
REGISTRO DE INFECÇÕES RELACIONADAS A ASSISTÊNCIA À SAÚDE	
ANO DE NOTIFICAÇÃO:	2026
HOSPITAL:	
CNES:	
NATUREZA DO HOSPITAL: (X)	SE PÚBLICO, QUAL ESFERA DE GOVERNO? (X)
PÚBLICO <input type="checkbox"/>	FEDERAL <input type="checkbox"/>
PRIVADO <input type="checkbox"/>	ESTADUAL <input type="checkbox"/>
FILANTRÓPICO <input type="checkbox"/>	MUNICIPAL <input type="checkbox"/>
É CONVENIADO AO SUS? (X)	NÚMERO DE LEITOS: (Nº)
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	TOTAL DO HOSPITAL <input type="checkbox"/>
É INSTITUIÇÃO DE ENSINO? (X)	UTI ADULTO <input type="checkbox"/>
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	UTI CORONARIANA <input type="checkbox"/>
CCIH realiza vigilância de infecções cirúrgicas pós-alta? (X)	UTI PEDIÁTRICA <input type="checkbox"/>
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	UTI NEONATAL <input type="checkbox"/>
Em caso afirmativo, especifique o(s) tipo(s) de vigilância pós-alta realizada:	
ligação telefônica para paciente:	<input type="checkbox"/>
ambulatório de egressos:	<input type="checkbox"/>
E-mail:	<input type="checkbox"/>
Whatsapp:	<input type="checkbox"/>
outro:	<input type="checkbox"/>
CCIH realiza <u>checklist</u> de verificação de <u>inserção de CVC</u> nas UTI? (X)	
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
PRESIDENTE DA CCIH:	
EMAIL INSTITUCIONAL	
EMAIL CCIH:	
TELEFONE CCIH:	
MUNICÍPIO:	
GVE:	
RESPONSÁVEL NO MUNICÍPIO:	
RESPONSÁVEL NO GVE:	

PLANILHA 1 - INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO EM CIRURGIAS LIMPAS

Indicação: indicado para preenchimento por hospitais e clínicas-dia que realizam cirurgias limpas.

Indicador que será gerado: Incidência de infecção de sítio cirúrgico em cirurgia limpa.

Fórmula de cálculo: $(ISC / CL) \times 100$ – número de infecções de sítio cirúrgico dividido pelo número de cirurgias limpas realizadas, por especialidade e total.

Modo de preenchimento: preencher um quadro para cada mês do ano e enviar os dados mensalmente.

PLANILHA 1 - INFECÇÕES DE SÍTIO CIRÚRGICO EM CIRURGIA LIMPA			
IMPORTANTE: NÃO EDITAR AS PLANILHAS.			
Indicação: indicado para preenchimento por hospitais e clínicas-dia que realizam cirurgias limpas.			
Indicador que será gerado: taxa de incidência de infecção de sítio cirúrgico em cirurgia limpa (%)			
Fórmula de cálculo: nº total de infecções de sítio cirúrgico (ISC / CL) x 100			
Preencher um quadro para cada mês do ano e enviar os dados mensalmente.			
Janeiro			
Especialidade cirúrgica	Número total de infecções de sítio cirúrgico em cirurgia limpa (ISC)	Número de cirurgias limpas realizadas (CL)	ISC/CL (%)
CCARD			#DIV/0!
CGERA			#DIV/0!
CIRPE			#DIV/0!
CIVAS			#DIV/0!
GASCI			#DIV/0!
GINEC			#DIV/0!
NEUCI			#DIV/0!
ORTOP			#DIV/0!
PLAST			#DIV/0!
TORAX			#DIV/0!
UROCI			#DIV/0!
Total	0	0	#DIV/0!

Primeira coluna: Especialidade cirúrgica – já está pré-preenchida, de acordo com o código da especialidade. O código para cada especialidade está descrito no Quadro 9. Preencher com número "0" as especialidades que o hospital não dispõe. **Não inserir** especialidades nesta coluna.

Quadro 12. Especialidade cirúrgica e código da especialidade

Código da Especialidade	Especialidade Cirúrgica
CCARD	Cirurgia Cardíaca
CGERA	Cirurgia Geral
CIRPE	Cirurgia Pediátrica
CIVAS	Cirurgia Vasculare
GASCI	Cirurgia de Vias Digestivas (Gastrocirurgia)
GINEC	Cirurgia Ginecológica
NEUCI	Cirurgia Neurológica
ORTOP	Cirurgia Ortopédica
PLAST	Cirurgia Plástica

TORAX	Cirurgia Torácica
UROCI	Cirurgia Urológica

Segunda coluna: Número de infecções de sítio cirúrgico em cirurgia limpa (ISC) – preencher o número de casos de infecção de ferida cirúrgica, de acordo com a especialidade. Nesta coluna deverão ser agrupados todos os casos diagnosticados de infecção, independentemente do tipo (incisional superficial, profunda ou órgão/cavidade).

Terceira coluna: Número de cirurgias limpas – preencher o número de cirurgias limpas realizadas no período, em cada especialidade (Ver exemplos de cirurgias limpas por especialidade – Quadro 10).

Última linha: Total. O arquivo em planilha "Excel" já calcula automaticamente o número total de casos e de cirurgias, bem como a taxa de infecção em cirurgia limpa. **NÃO PREENCHER ESTE CAMPO.**

Quadro 13. Exemplos de cirurgias limpas por especialidade cirúrgica

Código da Especialidade	Exemplos de cirurgia limpa	Código da Especialidade	Exemplos de cirurgia limpa
CCARD	<ul style="list-style-type: none"> • Aneurismectomia • Correção de cardiopatias congênicas • Revascularização do miocárdio • Transplante cardíaco 	CIRPE	<ul style="list-style-type: none"> • Cardioplastia • Correção de varicocele • Desconexão ázigo-portal • Herniorrafia (sem inflamação ou infecção) • Orquidopexia • Plástica de bolsa escrotal/ torção de testículo
ORTOP	<ul style="list-style-type: none"> • Artroplastia • Artrodese • Osteossíntese • Osteotomia 	GASCI	<ul style="list-style-type: none"> • Cardiotomia/ cardioplastia • Esplenectomia / esplenorrafia • Hepatectomia / hepatorrafia • Hernioplastia hiatal • Herniorrafia (sem inflamação/ infecção) diafragmática / inguinal/ umbilical /crural • Linfadenectomia retroperitoneal /tronco celíaco • Pancreatectomia • Ressecção de tumor de parede abdominal • Vagotomia
TORAX	<ul style="list-style-type: none"> • Herniorrafia diafragmática • Mediastinotomia • Ressecção de tumor de mediastino • Tratamento cirúrgico de fratura do esterno 	PLAST	<ul style="list-style-type: none"> • Blefaroplastia • Dermolipectomia abdominal • Enxerto de pele • Exerese de cistos • Mamoplastias • Reconstrução de mama • Retração cicatricial • Ritidoplastia
NEUCI	<ul style="list-style-type: none"> • Artrodese de coluna • Correção de aneurisma • Cranioplastia / craniotomia • Derivação ventrículo peritoneal (exceto revisão de complicações) • Descompressão neurovascular • Drenagem de hematomas 	UROCI	<ul style="list-style-type: none"> • Adrenalectomia • Epididimectomia • Linfadenectomia • Orquidopexia • Torção de testículo • Varicocele • Vasectomia

	<ul style="list-style-type: none"> • Excisão de tu (exceto via transesfenoidal) • Laminectomia • Lobectomia 	GINEC	<ul style="list-style-type: none"> • Mastectomia • Ooforectomia • Salpingectomia • Ginecomastia
CIVAS	<ul style="list-style-type: none"> • Varizes • Safenectomia • Linfadenectomia • Enxertos • Vagotomia • Aneurisma de aorta abdominal • Fístulas arterio-venosas 	CGERA	<ul style="list-style-type: none"> • Esplenectomia / esplenorrafia • Hepatectomia / hepatorrafia • Hernioplastia hiatal • Herniorrafia (sem inflamação/ infecção) diafragmática / inguinal/ umbilical / crural • Pancreatectomia

Obs: Os procedimentos descritos por especialidade cirúrgica serão considerados conforme a equipe cirúrgica responsável por sua realização no hospital (Ex: cirurgia geral X cirurgia gástrica).

PLANILHA 1B - INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO EM PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS SELECIONADOS

PLANILHA 1B - INFECÇÕES DE SÍTIO CIRÚRGICO SEGUNDO TIPO DE INFECÇÃO E TIPO DE CIRURGIA						
IMPORTANTE: NÃO EDITAR AS PLANILHAS.						
Indicação: indicado para preenchimento por hospitais e clínicas-dia que realizam as seguintes cirurgias: apendicectomia laparoscópica, artroplastia de joelho, artroplastia total de quadril, colectomia laparoscópica, colecistectomia laparoscópica, craniotomia, derivação ventricular interna (DVP), herniorrafia/hernioplastia laparoscópica, histerectomia laparoscópica, mastectomia, mamoplastia com implante mamário, parto cesariano e revascularização do miocárdio.						
Indicador que será gerado: Taxa de Incidência de infecção de sítio cirúrgico segundo tipo de infecção e tipo de cirurgia (%)						
Fórmula de cálculo: n° de infecções de sítio cirúrgico (ISC Incisional ou Órgão/Cavidade)/n° total de cirurgias realizadas x 100						
Preencher com (X) se realiza Vigilância pós-alta por tipo de cirurgia						
Preencher um quadro para cada mês do ano e enviar os dados mensalmente.						
Janeiro						
Tipo de Cirurgia	Número de infecções de sítio cirúrgico (ISC) Incisional	Número de infecções de sítio cirúrgico (ISC) Órgão/Cavidade	Número total de cirurgias realizadas	Taxa de Infecção de sítio cirúrgico (%) Incisional	Taxa de Infecção de sítio cirúrgico (%) Órgão/Cavidade	Vigilância pós-alta
Apendicectomia laparoscópica				#DIV/0!	#DIV/0!	
Artroplastia de joelho				#DIV/0!	#DIV/0!	
Artroplastia total de quadril				#DIV/0!	#DIV/0!	
Colectomia laparoscópica				#DIV/0!	#DIV/0!	
Colecistectomia laparoscópica				#DIV/0!	#DIV/0!	
Craniotomia				#DIV/0!	#DIV/0!	
Derivação ventricular interna				#DIV/0!	#DIV/0!	
Herniorrafia/hernioplastia laparoscópica				#DIV/0!	#DIV/0!	
Histerectomia laparoscópica				#DIV/0!	#DIV/0!	
Mastectomia				#DIV/0!	#DIV/0!	
Mamoplastia com implante mamário				#DIV/0!	#DIV/0!	
Parto cesariano				#DIV/0!	#DIV/0!	
Revascularização do miocárdio				#DIV/0!	#DIV/0!	

Indicação: deve ser preenchida para notificação das ISC, por hospitais e clínicas-dia que realizam as seguintes cirurgias: apendicectomia, artroplastia do joelho, artroplastia total do quadril, colecistectomia, colectomia, craniotomia, derivação ventricular interna, herniorrafia/hernioplastia, histerectomia, mastectomia, mamoplastia com implante mamário, parto cesariano e revascularização do miocárdio (Quadro 11).

Quadro 14. Procedimentos cirúrgicos selecionados e critérios para notificação no Estado de São Paulo

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO	CRITÉRIO PARA NOTIFICAÇÃO
Apendicectomia	Procedimento cirúrgico para remoção do apêndice, realizada por laparoscopia.
Artroplastia do joelho	Procedimento cirúrgico para colocação de prótese no joelho.
Artroplastia total do quadril	Procedimento cirúrgico para colocação de prótese no quadril.
Colecistectomia	Procedimento cirúrgico para remoção da vesícula biliar, realizada por laparoscopia.
Colectomia	Procedimento cirúrgico para incisão, ressecção ou anastomose do intestino grosso, realizada por laparoscopia.
Craniotomia	Procedimento cirúrgico para abertura do crânio, com o objetivo de ter acesso às meninges ou à massa encefálica.
Derivação Ventricular interna	Procedimento cirúrgico para implante de derivações internas neurológicas, exceto derivação ventricular externa (DVE) e derivação lombar externa (DLE)
Herniorrafias/ hernioplastias	Procedimento cirúrgico para reparação de hérnia inguinal, diafragmática, femoral, umbilical, ou hérnia da parede abdominal anterior, realizada por laparoscopia.
Histerectomia	Procedimento cirúrgico para remoção do útero, realizada por laparoscopia.
Mastectomia	Procedimento cirúrgico para excisão de lesão ou tecido da mama.
Mamoplastia com implante mamário	Procedimento cirúrgico que transforma e modifica o formato das mamas com implante de prótese mamária
Parto Cesariano	Resolução obstétrica por parto cesárea.
Revascularização do miocárdio	Procedimento cirúrgico de incisão torácica para vascularização direta do coração.

NÃO NOTIFICAR:

- ISC de procedimentos cirúrgicos realizados em sítio com infecção.
- ISC de procedimentos cirúrgicos que caracterizem exclusivamente punção e/ou drenagem
- Apendicectomia acidental por outro procedimento.
- Artroplastia parcial do quadril.
- Para revascularização do miocárdio não notificar ISC da área doadora do enxerto.

Desde 2019, **as infecções de sítio cirúrgico de notificação nacional obrigatória para ANVISA são:** cirurgia cesariana, implante de prótese mamária, implante de prótese de quadril primária, implante de prótese de joelho primária, infecções pós-revascularização do miocárdio, infecções pós-cirurgia de derivação interna neurológica e endoftalmites após facectomia (cirurgia de catarata). Para as endoftalmites após procedimentos oftalmológicos invasivos (intra ou extra-hospitalares), vide Nota Técnica GVIMS/GGTES/Dire3 no 05/2025.

- A partir de 2025**, a notificação do número de infecções de sítio cirúrgico (ISC) será dividida em:
- o Número de ISC incisional (superficial ou profunda)
 - o Número de ISC (órgão/cavidade)

Os procedimentos cirúrgicos e as ISC (cirúrgico incisional superficial, incisional profunda ou órgão/cavidade) relacionadas a estes procedimentos, que são definidas como de notificação nacional obrigatória, estão descritas no quadro abaixo. Neste quadro também são descritos quais sítios específicos podem ser classificados como infecção de órgão/cavidade para esses procedimentos cirúrgicos e o período de vigilância.

Quadro 15. Procedimentos cirúrgicos selecionados e as ISC relacionadas a estes procedimentos.

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	SÍTIOS E TIPOS DE INFECÇÕES DE SÍTIO CIRÚRGICO (ISC) POSSÍVEIS RELACIONADAS AOS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS DE NOTIFICAÇÃO NACIONAL OBRIGATÓRIA*	PERÍODO DE VIGILÂNCIA
Cirurgia de mama, incluindo cirurgia para colocação de prótese mamária	<ul style="list-style-type: none"> • ISC incisional superficial • ISC incisional profunda • ISC órgão/cavidade: <ul style="list-style-type: none"> ○ Abscesso ou mastite 	90 dias
Revascularização do miocárdio	<ul style="list-style-type: none"> • ISC incisional superficial • ISC incisional profunda • ISC órgão/cavidade: <ul style="list-style-type: none"> ○ Miocardite ou pericardite ○ Endocardite ○ Mediastinite ○ Infecção arterial ou venosa ○ Osteomielite ○ Infecção intra-abdominal, não especificada em outros locais ○ Outras infecções do trato respiratório inferior 	90 dias
Prótese de quadril	<ul style="list-style-type: none"> • ISC incisional superficial • ISC incisional profunda • ISC órgão/cavidade: <ul style="list-style-type: none"> ○ Infecção articular periprotética ○ Osteomielite 	90 dias
Prótese de joelho	<ul style="list-style-type: none"> • ISC incisional superficial • ISC incisional profunda • ISC órgão/cavidade: <ul style="list-style-type: none"> ○ Osteomielite ○ Infecção articular periprotética 	90 dias
Derivação ventricular Interna	<ul style="list-style-type: none"> • ISC incisional superficial • ISC incisional profunda • ISC órgão/cavidade: <ul style="list-style-type: none"> ○ Osteomielite ○ Infecção intra-abdominal, não especificada em outros locais ○ Infecção intracraniana ○ Outras infecções do trato respiratório inferior ○ Meningite ou ventriculite ○ Abscesso/infecção espinhal 	90 dias
Facectomia (cirurgia de catarata)	<ul style="list-style-type: none"> • ISC incisional superficial – conjuntivite (não é de notificação nacional obrigatória) • SC órgão/cavidade: <ul style="list-style-type: none"> ○ Endoftalmite 	90 dias
Cesariana	<ul style="list-style-type: none"> • ISC incisional superficial • ISC incisional profunda • ISC órgão/cavidade: <ul style="list-style-type: none"> ○ Endometrite ○ Trato gastrointestinal ○ Infecção intra-abdominal, não especificada em outros locais ○ Infecção do tecido pélvico profundo ou outra infecção do trato reprodutivo masculino ou feminino • Infecção do Sistema Urinário 	30 dias

Fonte: NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA Nº 03/2026 Critérios diagnósticos das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS): notificação nacional obrigatória para o ano de 2026.

Indicador que será gerado: Taxa de Incidência de infecção de sítio cirúrgico segundo tipo de infecção para os procedimentos cirúrgicos (PC) selecionados.

Fórmula de cálculo: $(ISC / PC) \times 100$ – número de infecções de sítio cirúrgico segundo tipo de infecção (Incisional ou órgão/cavidade) dividido pelo número de procedimentos cirúrgicos selecionados realizados.

Primeira coluna: Procedimento cirúrgico – já está reenchida com o nome do procedimento. Preencher com “0” o procedimento que a instituição não realiza. ***Não inserir procedimentos nesta coluna.***

Segunda coluna: Número total de ISC Incisional (Superficial + profunda) para o tipo de procedimento cirúrgico. Incluir todos os casos diagnosticados de infecção incisional, independente da topografia (superficial ou profunda).

Terceira coluna: Número total de ISC Órgão/Cavidade para o tipo de procedimento cirúrgico.

Quarta coluna: Número total de cirurgias por procedimento realizado no período, de acordo com o procedimento cirúrgico selecionado.

Quinta coluna: cálculo automático da taxa de ISC Incisional (%). Não preencher.

Sexta coluna: cálculo automático da taxa de ISC Órgão/Cavidade (%). Não preencher.

Sétima coluna: Indicar se a instituição realiza vigilância pós-alta para o procedimento cirúrgico selecionado. Preencher com o número de cirurgias avaliadas no período ou somente um “X”.

PLANILHA 2 - INFECÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE ADULTO, CORONARIANA E PEDIÁTRICA

PLANILHA 2 - INFECÇÕES ASSOCIADAS A DISPOSITIVOS INVASIVOS EM UTI ADULTO, CORONARIANA E PEDIÁTRICA

IMPORTANTE: NÃO EDITAR AS PLANILHAS.

Indicação: indicado para preenchimento por hospitais gerais ou especializados que possuem qualquer uma das seguintes unidades (ou todas): Unidade de Tratamento Intensivo Adulto (UTI); Unidade Coronariana (UCO), Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico (UTIPE)

Observação: Hospitais que possuem mais do que uma UTI Adulto geral ou mista, numerá-las de 1 a 4 e reportar cada UTI sempre no mesmo número.

Indicadores que serão gerados a cada mês:

- a) densidade de incidência de pneumonia associada a ventilação mecânica (DI PN X VM)
 - b) densidade de incidência de infecção primária da corrente sanguínea associada a cateter central: com confirmação laboratorial (DI IPCS Laboratorial X CT)
 - c) densidade de incidência de infecções do trato urinário associadas a sonda vesical de demora (DI IU X SV)
 - d) taxa de utilização de ventilador mecânico (TX VM)
 - e) taxa de utilização de cateter central (TX CT)
 - f) taxa de utilização de sonda vesical (TX SV)
- Obs: O indicador de sepse clínica foi retirado do sistema

Indicador de Processo em UTI ADULTO:

- g) Adesão ao Checklist de Verificação das Práticas de Inserção Segura de Cateter Venoso Central na UTI Adulto (VPIS-CVC). (Aplicação do ckecklist)
- h) Adesão às Práticas de Inserção Segura de CVC na UTI adulto. (Considerar o bundle de prevenção somente se TODOS os itens estiverem em conformidade; se um dos itens estiver não-conforme, considerar todo o bundle não conforme).

Fórmulas de cálculo:

- a) $(PN / VM) \times 1000$
- b) $(IPCS \text{ Laboratorial} / CT) \times 1000$
- c) $(IU / SV) \times 1000$
- d) $(VM / \text{Pacientes-dia}) \times 100$
- e) $(CT / \text{Pacientes-dia}) \times 100$
- f) $(SV / \text{Pacientes -dia}) \times 100$
- g) nº checklist de inserção aplicados na UTI/ nº CVC inseridos nas UTI Adulto x 100
- h) nº total de CVC inserido seguindo as recomendações do checklist(100% conforme)/nº total de CVC inseridos na UTI Adulto x 100

Obs: O número de cateter central inserido deve ser maior ou igual ao número de check lists aplicados. Bem como, o número de checklists aplicados deve ser maior ou igual ao número de checklists com 100% de conformidade, seguindo todas as recomendações

Preencher um quadro para cada mês do ano e enviar os dados mensalmente.

Janeiro

Unidade	PN (Número de pneumonias associadas a ventilador mecânico)	IPCS Laboratorial (Número de IPCS laboratorial associada a cateter central)	IU (Número de infecções urinárias associadas a sonda vesical de demora)	VM (Número de pacientes com ventilador mecânico/dia)	CT (Número de pacientes com cateter central / dia)	SV (Número de pacientes com sonda vesical de demora / dia)	Pacientes-dia
UTI - 1							
UTI - 2							
UTI - 3							
UTI - 4							
UCO							
UTIPE							
Unidade	DI PN X VM	DI IPCS Lab X CT	DI IU X SV	TX VM	TX CT	TX SV	
UTI - 1	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
UTI - 2	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
UTI - 3	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
UTI - 4	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
UCO	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
UTIPE	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	

Indicação: indicado para preenchimento por hospitais gerais ou especializados que possuem qualquer uma das seguintes unidades (ou todas): Unidade de Tratamento Intensivo Adulto (UTIAD); Unidade Coronariana (UCO), Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico (UTIPED).

Primeira coluna: já está pré-preenchida. Para os hospitais que possuem mais do que uma UTI Geral e Adulto, **numerar as UTIs de 1 a 4 e notificar todo mês na mesma ordem de numeração.**

Segunda coluna: PN (pneumonia associada ao ventilador mecânico). Preencher com o número total de pneumonias hospitalares diagnosticadas em pacientes em uso de ventilador mecânico para cada UTI.

DI PN X VM: cálculo automático da densidade de incidência de pneumonias em pacientes com ventilação mecânica. **NÃO PREENCHER ESTE CAMPO.**

Terceira coluna: IPCS Laboratorial (infecção primária da corrente sanguínea com confirmação laboratorial associada a cateter central). Preencher com o número total de infecções diagnosticadas no mês, laboratorialmente confirmadas, em pacientes em uso de cateter central para cada UTI.

DI IPCS Lab X CT: cálculo automático da densidade de incidência de infecção primária da corrente

sanguínea laboratorial em pacientes com cateter central. **NÃO PREENCHER ESTE CAMPO.**

Quarta coluna: IU (infecção urinária associada à sonda vesical de demora). Preencher com o número total de infecções urinárias, incluindo somente as infecções urinárias sintomáticas diagnosticadas em pacientes em uso de sonda vesical de demora para cada UTI.

DI IU X SV: cálculo automático da densidade de incidência de infecções urinárias em pacientes com sonda vesical de demora. **NÃO PREENCHER ESTE CAMPO**

Quinta coluna: VM (pacientes com ventilador mecânico-dia). Preencher com a soma total dos dias de pacientes em uso de ventilador mecânico no período de um mês, para cada unidade.

TX VM: cálculo automático da taxa de utilização de ventilação mecânica. **NÃO PREENCHER ESTE CAMPO.**

Sexta coluna: CT (pacientes com cateter central-dia). Preencher com a soma total dos dias de pacientes com cateter central no período de um mês, para cada unidade. Na coleta de dados de vigilância, contabilizar somente um cateter por paciente.

TX CT: cálculo automático da taxa de utilização de cateter central. **NÃO PREENCHER ESTE CAMPO.**

Sétima coluna: SV (pacientes com sonda vesical-dia). Preencher com a soma total dos dias de pacientes com sonda vesical de demora no período de um mês, para cada unidade.

TX SV: cálculo automático da taxa de utilização de sonda vesical de demora. **NÃO PREENCHER ESTE CAMPO.**

Oitava coluna: Pacientes-dia. Preencher com a soma total dos dias de internação de todos os pacientes no período de um mês, para cada unidade. Atenção: Números fracionados não são considerados cálculos corretos de paciente-dia.

Quadro 16. Exemplo de cálculo de pacientes-dia e procedimentos-dia para uma Unidade de Terapia Intensiva de Adulto com 5 leitos, no período de 1 semana.

Dia do mês	PAC (Número de pacientes Internados)	VM (Número de pacientes em ventilação mecânica)	CT (Número de pacientes com cateter central)	SV (Número de pacientes com sonda vesical de demora)
1	3	3	3	3
2	4	4	3	3
3	4	4	4	4
4	5	5	4	5
5	5	5	5	5
6	4	4	3	3
7	3	3	3	3
Total	28	28	25	26

Conclusão: para o exemplo citado (período de 1 semana) temos: 28 pacientes-dia; 28 ventiladores-dia; 25 cateteres-dia e 26 sondas-dia.

CHECK LIST DE VERIFICAÇÃO DAS PRÁTICAS DE INSERÇÃO DO CATETER VENOSO CENTRAL (CVC) EM UTI ADULTO

Segundo ANVISA, a partir de 2018, se tornou obrigatória, para os hospitais com **leito de UTI adulto**, a notificação dos seguintes dados:

- Número total de cateter venoso central (CVC) inserido na UTI adulto no período de vigilância;

PLANILHA 3 - INFECÇÃO EM UTI NEONATAL

PLANILHA 3 - INFECÇÕES ASSOCIADAS A DISPOSITIVOS INVASIVOS EM UTI NEONATAL						
IMPORTANTE: NÃO EDITAR AS PLANILHAS.						
Indicação: indicado para preenchimento por hospitais gerais que possuem UTI NEONATAL						
Indicadores que serão gerados:						
a) densidade de incidência de pneumonia associada a ventilação mecânica, estratificada por peso ao nascer (DI PN X VM)						
b) densidades de incidência de infecção primária da corrente sanguínea com confirmação laboratorial (DI IPCS Lab) e clínica (DI IPCS Clin) associadas a cateteres centrais/umbilicais, estratificadas por peso ao nascer (DI IPCS Lab x CT e DI IPCS Clin x CT)- Indicador Nacional						
c) taxa de utilização de ventilador mecânico, estratificada por peso ao nascer (TX VM)						
d) taxa de utilização de cateter central/umbilical, estratificada por peso ao nascer (TX CT)						
Fórmula de cálculo:						
a) $(PN / VM) \times 1000$						
b) $(IPCS \text{ Lab} / CT) \times 1000$; $(IPCS \text{ Clínica} / CT) \times 1000$						
c) $(VM / \text{Pacientes-dia}) \times 100$						
d) $(CT / \text{Pacientes-dia}) \times 100$						
Preencher um quadro para cada mês do ano e enviar os dados mensalmente.						
Janeiro						
Faixa de Peso ao nascer	PN (Número de pneumonias associadas ao uso de ventilador mecânico)	IPCS Laboratorial (Número de IPCS Laboratorial associada a cateter central)	IPCS Clínica (Número de IPCS Clínica associada a cateter central)	VM (Número de pacientes com ventilador mecânico/dia)	CT (Número de pacientes com cateter central/dia)	Pacientes-dia
A- <750g						
B- 750-999g						
C- 1000-1499g						
D- 1500-2499g						
E- >=2500g						
Peso ao nascer	DI PN X VM	DI IPCS Lab X CT	DI IPCS Clin X CT	TX VM	TX CT	
A- <750g	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
B- 750-999g	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
C- 1000-1499g	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
D- 1500-2499g	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
E- >=2500g	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	

Indicação: indicado para preenchimento por hospitais gerais que possuem Berçário de Alto Risco ou UTI NEONATAL

Primeira coluna: já está pré-preenchida. Define a estratificação do grupo de pacientes internados no Berçário de Alto Risco ou UTI Neonatal segundo o peso ao nascer. **Os pacientes devem ser inseridos em seu estrato de acordo com o peso ao nascer e devem permanecer nesta categoria durante toda a internação. Não considerar as variações de peso ao longo do tempo.**

Segunda coluna: PN (pneumonias associadas ao ventilador mecânico) Preencher com o número total de pneumonias hospitalares diagnosticadas em pacientes em uso de ventilador mecânico para cada estrato de peso ao nascer.

DI PN X VM: cálculo automático da densidade de incidência de pneumonias em pacientes com ventilação mecânica. **NÃO PREENCHER ESTE CAMPO.**

Terceira coluna: IPCS Laboratorial (infecções primárias de corrente sanguínea com confirmação laboratorial associadas ao uso de cateter central). Preencher com o número total de **infecções primárias de corrente sanguínea com confirmação laboratorial** diagnosticadas em pacientes em uso de cateter central ou umbilical, para cada estrato de peso ao nascer.

DI IPCS Lab X CT: cálculo automático da densidade de incidência de infecções da corrente sanguínea com confirmação laboratorial em pacientes com cateter central/umbilical. **NÃO PREENCHER ESTE CAMPO.**

Quarta coluna: IPCS Clínica (infecções primárias de corrente sanguínea clínicas associadas ao uso de cateter central). Preencher com o número total de **infecções primárias de corrente sanguínea**

clínica diagnosticadas em pacientes em uso de cateter central ou umbilical, para cada estrato de peso ao nascer.

DI IPCS Clin X CT: cálculo automático da densidade de incidência de **infecção primária da corrente sanguínea clínica** em pacientes com cateter central/umbilical. **NÃO PREENCHER ESTE CAMPO.**

Quinta coluna: VM (pacientes com ventilador mecânico-dia). Preencher com a soma dos dias de pacientes em uso de ventilador mecânico no período de um mês, para cada estrato de peso ao nascer.

TX VM: cálculo automático da taxa de utilização de ventilação mecânica. **NÃO PREENCHER ESTE CAMPO.**

Sexta coluna: CT (pacientes com cateter central-dia). Preencher com a soma dos dias de pacientes em uso de cateter central no período de um mês, para cada estrato de peso ao nascer.

TX CT: cálculo automático da taxa de utilização de cateter central. **NÃO PREENCHER ESTE CAMPO.**

Sétima coluna: Pacientes-dia. Preencher com a soma total dos dias de internação de todos os pacientes no período de um mês, para cada estrato de peso ao nascer.

Obs.: ver exemplo de cálculo de dispositivos-dia e pacientes-dia no exemplo abaixo.

Quadro 18. Exemplo de cálculo de pacientes-dia e procedimentos-dia para uma Unidade de Terapia Intensiva com 25 leitos, no período de 1 semana.

Dia do mês	PN < 750 g			PN 750g a 999g			PN 1000 – 1499g			PN 1500 – 2499g			PN ≥2500g		
	PAC	VM	CT	PAC	VM	CT	PAC	VM	CT	PAC	VM	CT	PAC	VM	CT
1	2	2	2	5	5	5	10	9	5	6	2	1	1	0	1
2	2	2	2	5	4	3	10	9	5	6	2	1	1	0	1
3	1	1	1	6	5	4	9	9	5	5	2	0	1	0	1
4	1	1	1	4	4	4	9	8	3	5	2	0	1	0	1
5	1	1	1	5	5	3	9	8	2	5	2	0	1	0	1
6	1	1	1	5	5	3	10	9	1	4	2	0	1	0	1
7	1	1	1	5	5	3	10	7	1	4	2	0	1	0	1
Total	9	9	9	35	33	25	67	59	22	35	14	2	7	0	7

PN = peso ao nascimento; PAC = nº pacientes internados; VM = nº pacientes em ventilação mecânica; CT = nº pacientes com cateter central

PLANILHA 5 e 5B– HEMOCULTURAS DE PACIENTES COM IPCS LABORATORIAL INTERNADOS EM UTI ADULTO, CORONARIANA, PEDIÁTRICA E NEONATAL

Alterações na planilha de hemoculturas (5 e 5B) desde 2021:

- “Outras enterobactérias: *Proteus*, *Morganella*, *Citrobacter*, *Klebsiella* spp (Exceto complexo *K. pneumoniae* e *K. aerogenes*), entre outros” – Esta categoria foi eliminada e os microrganismos foram listados separadamente na lista de microrganismos em ordem alfabética para facilitar a notificação.
- Na opção *Klebsiella* spp. deverão ser notificadas as demais espécies de *Klebsiella* que não façam parte do Complexo *K. pneumoniae* (*K.pneumoniae*; *K.quasipneumoniae*; *K. variicola*; *K.quasivariicola*; *K. africana*) nem do complexo *K. aerogenes*.
- *Klebsiella aerogenes* – foi acrescentado como perfil específico.
- No perfil fenotípico, foi acrescentado o antimicrobiano ceftazidima/avibactam para as outras Enterobactérias: *Enterobacter* e *E. coli*, além da *Klebsiella aerogenes* complexo e *Klebsiella* spp. e foi acrescentado o perfil fenotípico do antimicrobiano ceftolozona-tazobactam para a *Pseudomonas aeruginosa*.
- Complexo *Burkholderia cepacia* – retirados todos os antimicrobianos, deixado somente o campo da notificação do número de isolados; não há critérios específicos, definidos pelo BrCAST/EUCAST, para interpretação dos testes de sensibilidade das espécies do *Burkholderia cepacia*.
- *Stenotrophomonas maltophilia* - deixado somente o número de isolados sensíveis e resistentes a sulfametoxazol/trimetoprima. Retirado a levofloxacino da planilha.
- *S. aureus* e do *Staphylococcus* coagulase negativa - Retirado o perfil “intermediário” a vancomicina.
- Nos microrganismos apresentados como “spp”: *Citrobacter*, *Enterobacter*, *Morganella*, *Proteus*, *Serratia*, incluir todos os isolados, sejam aqueles com identificação de espécie ou não. Ex. *Serratia marcescens* deve ser incluída em “*Serratia* spp”., de acordo com fenótipo de resistência; *Enterobacter cloacae* deve ser incluído em *Enterobacter* spp, de acordo com fenótipo de resistência identificado.

Indicação: indicado para preenchimento por hospitais gerais ou especializados que possuem qualquer uma das seguintes unidades (ou todas): Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) Adulto e/ou Unidade Coronariana (UCO) e/ou pediátrica e/ou neonatal.

Deve ser feito o preenchimento dos microrganismos identificados em IPCS confirmada laboratorialmente, de acordo com o perfil de resistência encontrado:

Primeira coluna: Já está preenchida de acordo com os microrganismos selecionados pelas diretrizes da ANVISA. Indica os principais microrganismos envolvidos em IPCS Laboratorial associada à CVC em UTI Adulto e/ou Coronariana e/ou Pediátrica e/ou Neonatal e os principais marcadores de resistência microbiana.

Janeiro
Microorganismo
<i>Candida</i> spp.
<i>Candida albicans</i> complexo
<i>Candida glabrata</i> complexo
<i>Candida guilliermondii</i> complexo
<i>Candida krusei</i> complexo
<i>Candida lusitanae</i> complexo
<i>Candida parapsilosis</i> complexo
<i>Candida tropicalis</i> complexo
<i>Candidas</i> não <i>albicans</i> (Outras espécies)
<i>Citrobacter</i> spp. RESISTENTE a carbapenêmico e cefalosporina de 3ª e/ou 4ª geração (cefepime)
<i>Citrobacter</i> spp. SENSÍVEL a carbapenêmico e cefalosporina de 3ª e/ou 4ª geração
<i>Citroacter</i> spp. SENSÍVEL a carbapenêmico e RESISTENTE a cefalosporina de 3ª e/ou 4ª geração
<i>Citroacter</i> spp. SENSÍVEL a ceftazidima/avibactam
<i>Citroacter</i> spp. RESISTENTE a ceftazidima/avibactam
<i>Acinetobacter baumannii</i> RESISTENTE a carbapenêmico
<i>Acinetobacter baumannii</i> SENSÍVEL a carbapenêmico
<i>Acinetobacter baumannii</i> RESISTENTE a polimixina B e/ou polimixina E (colistina)
<i>A. calcoaceticus</i> , <i>A. nosocomialis</i> , <i>A. pittii</i> , <i>A. seifertii</i> RESISTENTES a carbapenêmico
<i>A. calcoaceticus</i> , <i>A. nosocomialis</i> , <i>A. pittii</i> , <i>A. seifertii</i> SENSÍVELS a carbapenêmico
<i>A. calcoaceticus</i> , <i>A. nosocomialis</i> , <i>A. pittii</i> , <i>A. seifertii</i> RESISTENTES a polimixina B e/ou polimixina E (colistina)
Complexo <i>Burkholderia cepacia</i>
<i>Enterobacter</i> spp. RESISTENTE a carbapenêmico e cefalosporina de 4ª geração (cefepime)
<i>Enterobacter</i> spp. SENSÍVEL a carbapenêmico e cefalosporina de 4ª geração
<i>Enterobacter</i> spp. SENSÍVEL a carbapenêmico e RESISTENTE a cefalosporina de 4ª geração
<i>Enterobacter</i> spp. RESISTENTE a Polimixina B e/ou E (colistina) e RESISTENTE a carbapenêmico
<i>Enterobacter</i> spp. RESISTENTE a Polimixina B e/ou polimixina E (colistina) e SENSÍVEL a carbapenêmico
<i>Enterobacter</i> spp. SENSÍVEL a ceftazidima/avibactam
<i>Enterobacter</i> spp. RESISTENTE a ceftazidima/avibactam
<i>Enterococcus faecalis</i> RESISTENTE a vancomicina
<i>Enterococcus faecalis</i> SENSÍVEL a vancomicina
<i>Enterococcus faecium</i> RESISTENTE a vancomicina
<i>Enterococcus faecium</i> SENSÍVEL a vancomicina
<i>Enterococcus</i> spp. (exceto <i>E. faecalis</i> e <i>E. faecium</i>) RESISTENTE a vancomicina
<i>Enterococcus</i> spp. (exceto <i>E. faecalis</i> e <i>E. faecium</i>) SENSÍVEL a vancomicina
<i>Escherichia coli</i> RESISTENTE a carbapenêmico e cefalosporinas de 3ª (ceftriaxona, cefotaxima, ceftazidima) e/ou de 4ª geração (cefepime)
<i>Escherichia coli</i> SENSÍVEL a carbapenêmico e cefalosporinas de 3ª e/ou 4ª geração
<i>Escherichia coli</i> SENSÍVEL a carbapenêmico e RESISTENTE a cefalosporina de 3ª e/ou 4ª geração (cefepime)
<i>Escherichia coli</i> RESISTENTE a polimixina B e/ou polimixina E (colistina) e SENSÍVEL a carbapenêmico
<i>Escherichia coli</i> RESISTENTE a carbapenêmico e RESISTENTE a polimixina B e/ou polimixina E (colistina)
<i>Escherichia coli</i> SENSÍVEL a ceftazidima/avibactam
<i>Escherichia coli</i> RESISTENTE a ceftazidima/avibactam
<i>Klebsiella pneumoniae</i> complexo (<i>K. pneumoniae</i> ; <i>K. quasipneumoniae</i> ; <i>K. varicola</i> ; <i>K. quasivaricola</i> ; <i>K. africana</i>) RESISTENTE a carbapenêmico e cefalosporinas de 3ª e/ou 4ª geração
<i>Klebsiella pneumoniae</i> complexo (<i>K. pneumoniae</i> ; <i>K. quasipneumoniae</i> ; <i>K. varicola</i> ; <i>K. quasivaricola</i> ; <i>K. africana</i>) SENSÍVEL a carbapenêmico e cefalosporina de 3ª e/ou 4ª geração
<i>Klebsiella pneumoniae</i> complexo (<i>K. pneumoniae</i> ; <i>K. quasipneumoniae</i> ; <i>K. varicola</i> ; <i>K. quasivaricola</i> ; <i>K. africana</i>) SENSÍVEL a carbapenêmico e RESISTENTE a cefalosporinas de 3ª e/ou 4ª geração (cefepime)
<i>Klebsiella pneumoniae</i> complexo (<i>K. pneumoniae</i> ; <i>K. quasipneumoniae</i> ; <i>K. varicola</i> ; <i>K. quasivaricola</i> ; <i>K. africana</i>) RESISTENTE a carbapenêmico e RESISTENTE a polimixina B e/ou polimixina E (colistina)
<i>Klebsiella pneumoniae</i> complexo (<i>K. pneumoniae</i> ; <i>K. quasipneumoniae</i> ; <i>K. varicola</i> ; <i>K. quasivaricola</i> ; <i>K. africana</i>) RESISTENTE a polimixina B e/ou polimixina E (colistina) e SENSÍVEL a carbapenêmico
<i>Klebsiella pneumoniae</i> complexo (<i>K. pneumoniae</i> ; <i>K. quasipneumoniae</i> ; <i>K. varicola</i> ; <i>K. quasivaricola</i> ; <i>K. africana</i>) SENSÍVEL a ceftazidima/avibactam
<i>Klebsiella pneumoniae</i> complexo (<i>K. pneumoniae</i> ; <i>K. quasipneumoniae</i> ; <i>K. varicola</i> ; <i>K. quasivaricola</i> ; <i>K. africana</i>) RESISTENTE a ceftazidima/avibactam
<i>Klebsiella aerogenes</i> RESISTENTE a carbapenêmico e cefalosporinas de 3ª e/ou 4ª geração
<i>Klebsiella aerogenes</i> SENSÍVEL a carbapenêmico e cefalosporina de 3ª e/ou 4ª geração
<i>Klebsiella aerogenes</i> SENSÍVEL a carbapenêmico e RESISTENTE a cefalosporinas de 3ª e/ou 4ª geração (cefepime)
<i>Klebsiella aerogenes</i> RESISTENTE a carbapenêmico e RESISTENTE a polimixina B e/ou polimixina E (colistina)
<i>Klebsiella aerogenes</i> RESISTENTE a polimixina B e/ou polimixina E (colistina) e SENSÍVEL a carbapenêmico
<i>Klebsiella aerogenes</i> SENSÍVEL a ceftazidima/avibactam
<i>Klebsiella aerogenes</i> RESISTENTE a ceftazidima/avibactam
<i>Klebsiella</i> spp. (exceto os complexos <i>K. pneumoniae</i> e <i>K. aerogenes</i>) RESISTENTE a carbapenêmico e cefalosporinas de 3ª e/ou 4ª geração
<i>Klebsiella</i> spp. (exceto os complexos <i>K. pneumoniae</i> e <i>K. aerogenes</i>) SENSÍVEL a carbapenêmico e cefalosporina de 3ª e/ou 4ª geração
<i>Klebsiella</i> spp. (exceto os complexos <i>K. pneumoniae</i> e <i>K. aerogenes</i>) SENSÍVEL a carbapenêmico e RESISTENTE a cefalosporinas de 3ª e/ou 4ª geração (cefepime)
<i>Klebsiella</i> spp. (exceto os complexos <i>K. pneumoniae</i> e <i>K. aerogenes</i>) RESISTENTE a carbapenêmico e RESISTENTE a polimixina B e/ou polimixina E (colistina)
<i>Klebsiella</i> spp. (exceto os complexos <i>K. pneumoniae</i> e <i>K. aerogenes</i>) RESISTENTE a polimixina B e/ou polimixina E (colistina) e SENSÍVEL a carbapenêmico
<i>Klebsiella</i> spp. (exceto os complexos <i>K. pneumoniae</i> e <i>K. aerogenes</i>) SENSÍVEL a ceftazidima/avibactam
<i>Klebsiella</i> spp. (exceto os complexos <i>K. pneumoniae</i> e <i>K. aerogenes</i>) RESISTENTE a ceftazidima/avibactam
<i>Morganella</i> spp. RESISTENTE a carbapenêmico e cefalosporina de 3ª e/ou 4ª geração (cefepime)
<i>Morganella</i> spp. SENSÍVEL a carbapenêmico e cefalosporina de 3ª e/ou 4ª geração
<i>Morganella</i> spp. SENSÍVEL a carbapenêmico e RESISTENTE a cefalosporina de 3ª e/ou 4ª geração
<i>Morganella</i> spp. SENSÍVEL a ceftazidima/avibactam
<i>Morganella</i> spp. RESISTENTE a ceftazidima/avibactam
<i>Proteus</i> spp. RESISTENTE a carbapenêmico e cefalosporina de 3ª e/ou 4ª geração (cefepime)
<i>Proteus</i> spp. SENSÍVEL a carbapenêmico e cefalosporina de 3ª e/ou 4ª geração
<i>Proteus</i> spp. SENSÍVEL a carbapenêmico e RESISTENTE a cefalosporina de 3ª e/ou 4ª geração
<i>Proteus</i> spp. SENSÍVEL a ceftazidima/avibactam
<i>Proteus</i> spp. RESISTENTE a ceftazidima/avibactam
<i>Pseudomonas aeruginosa</i> RESISTENTE a carbapenêmico
<i>Pseudomonas aeruginosa</i> SENSÍVEL a carbapenêmico
<i>Pseudomonas aeruginosa</i> RESISTENTE a polimixina B e/ou polimixina E (colistina)
<i>Pseudomonas aeruginosa</i> SENSÍVEL a ceftiozana-tazobactam
<i>Pseudomonas aeruginosa</i> RESISTENTE a ceftiozana-tazobactam
<i>Serratia</i> spp. RESISTENTE a carbapenêmico e cefalosporinas de 3ª e/ou 4ª geração
<i>Serratia</i> spp. SENSÍVEL a carbapenêmico e cefalosporinas de 3ª e/ou 4ª geração
<i>Serratia</i> spp. SENSÍVEL a carbapenêmico e RESISTENTE a cefalosporinas de 3ª e/ou 4ª geração
<i>Serratia</i> spp. SENSÍVEL a cefalosporinas de 3ª e/ou 4ª geração e RESISTENTE a carbapenêmico
<i>Serratia</i> spp. SENSÍVEL a ceftazidima/avibactam
<i>Serratia</i> spp. RESISTENTE a ceftazidima/avibactam
<i>Staphylococcus aureus</i> SENSÍVEL a vancomicina e oxacilina
<i>Staphylococcus aureus</i> SENSÍVEL a vancomicina e RESISTENTE a oxacilina
<i>Staphylococcus aureus</i> RESISTENTE a vancomicina e oxacilina
<i>Staphylococcus coagulase</i> negativo (<i>S. epidermidis</i> , <i>S. haemolyticus</i> , <i>S. hominis</i> , <i>S. lugdunensis</i>) SENSÍVEL a vancomicina e oxacilina
<i>Staphylococcus coagulase</i> negativo (<i>S. epidermidis</i> , <i>S. haemolyticus</i> , <i>S. hominis</i> , <i>S. lugdunensis</i>) SENSÍVEL a vancomicina e RESISTENTE a oxacilina
<i>Staphylococcus coagulase</i> negativo (<i>S. epidermidis</i> , <i>S. haemolyticus</i> , <i>S. hominis</i> , <i>S. lugdunensis</i>) RESISTENTE a vancomicina e oxacilina
<i>Stenotrophomonas maltophilia</i> RESISTENTE a sulfametoxazol/trimetoprim
<i>Stenotrophomonas maltophilia</i> SENSÍVEL a sulfametoxazol/trimetoprim
Microorganismo não listado acima
Total de microrganismos isolados em pacientes com IPCS
Total de IPCS Lab notificada (para efeito de comparabilidade)

Segunda coluna: Número de microrganismos isolados em hemoculturas de pacientes com IPCS Lab associada à CVC internados nas UTI Adulto (Plan5) e pediátrica (Plan5B). Preencher com o número de microrganismos isolados em hemoculturas de pacientes com IPCS Lab associada à CVC no período de um mês.

Terceira coluna: Cálculo automático da distribuição percentual de microrganismos isolados em hemoculturas de pacientes com IPCS Lab associada à CVC nas UTI Adulto (Plan5) e pediátrica (Plan5B).
NÃO PREENCHER ESTE CAMPO.

Quarta coluna: Número de microrganismos isolados em hemoculturas de pacientes com IPCS Lab associada à CVC internados na UCO (Plan5) e UTI Neonatal (Plan5B). Preencher com o número de microrganismos isolados em hemoculturas de pacientes com IPCS Lab, no período de um mês.

Quinta coluna: Cálculo automático da distribuição percentual de microrganismos isolados em hemoculturas de pacientes com IPCS Lab associada à CVC na UCO (Plan5) e UTI neonatal (Plan5B).
NÃO PREENCHER ESTE CAMPO.

Observações:

- No caso de coleta de mais de uma amostra de hemocultura em um mesmo momento, com a identificação da mesma bactéria, independentemente do número de amostras positivas, CONSIDERAR O MICRORGANISMO APENAS UMA VEZ.
- O número de microrganismos notificados nas planilhas de hemoculturas para as UTI deve corresponder ao número de infecções de corrente sanguínea laboratorialmente confirmadas (IPCS Lab) associadas a cateter venoso central (CVC) notificadas na planilha de UTI (planilha 2 e 3). Dessa forma, o número de microrganismos notificados nas planilhas de hemoculturas deve ser igual ou maior (no caso da identificação de mais de um microrganismo em uma mesma amostra de hemocultura) ao número de IPCSL associada à CVC notificado mensalmente.

PLANILHA 5C– UROCULTURAS DE UTI ADULTO, CORONARIANA E PEDIÁTRICA

Indicação: indicado para preenchimento por hospitais gerais ou especializados que possuem qualquer uma das seguintes unidades (ou todas): Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) Adulto e/ou Unidade Coronariana (UCO) e/ou UTI Pediátrica.

Deve ser feito o preenchimento dos microrganismos identificados em ITU, de acordo com o perfil de resistência encontrado:

Primeira coluna: Já está preenchida de acordo com os microrganismos selecionados pelas diretrizes da ANVISA. Indica os principais microrganismos envolvidos em ITU associada à SVD em UTI Adulto e/ou Coronariana e/ou Pediátrica e os principais marcadores de resistência microbiana.

Janeiro
Microrganismo
<i>Acinetobacter baumannii</i> RESISTENTE a carbapenêmico
<i>Acinetobacter baumannii</i> SENSÍVEL a carbapenêmico
<i>Acinetobacter baumannii</i> RESISTENTE a polimixina B e/ou polimixina E (colistina)
<i>Acinetobacter calcoaceticus</i> , <i>A. nosocomialis</i> , <i>A. pittii</i> , <i>A. seifertii</i> RESISTENTES a carbapenêmico
<i>Acinetobacter calcoaceticus</i> , <i>A. nosocomialis</i> , <i>A. pittii</i> , <i>A. seifertii</i> SENSÍVEIS a carbapenêmico
<i>Acinetobacter calcoaceticus</i> , <i>A. nosocomialis</i> , <i>A. pittii</i> , <i>A. seifertii</i> RESISTENTES a polimixina B e/ou polimixina E (colistina)
<i>Enterobacter</i> spp RESISTENTE a carbapenemico e cefalosporina de 4ª geração (cefepime)
<i>Enterobacter</i> spp SENSÍVEL a carbapenemico e cefalosporina de 4ª geração
<i>Enterobacter</i> spp SENSÍVEL a carbapenemico e RESISTENTE a cefalosporina de 4ª geração
<i>Enterobacter</i> spp RESISTENTE a carbapenemico e RESISTENTE a polimixina B e/ou polimixina E (colistina)
<i>Enterobacter</i> spp RESISTENTE a Polimixina B e/ou polimixina E (colistina) e SENSÍVEL a carbapenemico
<i>Enterobacter</i> spp SENSÍVEL a ceftazidima/avibactam
<i>Enterobacter</i> spp RESISTENTE a ceftazidima/avibactam
<i>Enterococcus faecalis</i> RESISTENTE a vancomicina
<i>Enterococcus faecalis</i> SENSÍVEL a vancomicina
<i>Enterococcus faecium</i> RESISTENTE a vancomicina
<i>Enterococcus faecium</i> SENSÍVEL a vancomicina
<i>Enterococcus</i> spp (exceto <i>E. faecalis</i> e <i>E. faecium</i>) RESISTENTE a vancomicina
<i>Enterococcus</i> spp (exceto <i>E. faecalis</i> e <i>E. faecium</i>) SENSÍVEL a vancomicina
<i>Escherichia coli</i> RESISTENTE a carbapenêmico e cefalosporinas de 3ª (ceftriaxona, cefotaxima, ceftazidima) e/ou de 4ª geração (cefepime)
<i>Escherichia coli</i> SENSÍVEL a carbapenêmico e cefalosporinas de 3ª e/ou 4ª geração
<i>Escherichia coli</i> SENSÍVEL a carbapenêmico e RESISTENTE a cefalosporina de 3ª e/ou 4ª geração (cefepime)
<i>Escherichia coli</i> RESISTENTE a polimixina B e/ou polimixina E (colistina) e SENSÍVEL a carbapenêmico
<i>Escherichia coli</i> RESISTENTE a carbapenêmico e RESISTENTE a polimixina B e/ou polimixina E (colistina)
<i>Escherichia coli</i> SENSÍVEL a ceftazidima/avibactam
<i>Escherichia coli</i> RESISTENTE a ceftazidima/avibactam
<i>Klebsiella pneumoniae</i> complexo (<i>K. pneumoniae</i> ; <i>K. quasipneumoniae</i> ; <i>K. variicola</i> ; <i>K. quasivariicola</i> e <i>K. africana</i>) RESISTENTE a carbapenêmico e
<i>Klebsiella pneumoniae</i> complexo (<i>K. pneumoniae</i> ; <i>K. quasipneumoniae</i> ; <i>K. variicola</i> ; <i>K. quasivariicola</i> e <i>K. africana</i>) SENSÍVEL a carbapenêmico e
<i>Klebsiella pneumoniae</i> complexo (<i>K. pneumoniae</i> ; <i>K. quasipneumoniae</i> ; <i>K. variicola</i> ; <i>K. quasivariicola</i> e <i>K. africana</i>) SENSÍVEL a carbapenêmico e RESISTENTE a
<i>Klebsiella pneumoniae</i> complexo (<i>K. pneumoniae</i> ; <i>K. quasipneumoniae</i> ; <i>K. variicola</i> ; <i>K. quasivariicola</i> e <i>K. africana</i>) RESISTENTE a carbapenêmico e
<i>Klebsiella pneumoniae</i> complexo (<i>K. pneumoniae</i> ; <i>K. quasipneumoniae</i> ; <i>K. variicola</i> ; <i>K. quasivariicola</i> e <i>K. africana</i>) RESISTENTE a polimixina B e/ou
<i>Klebsiella pneumoniae</i> complexo (<i>K. pneumoniae</i> ; <i>K. quasipneumoniae</i> ; <i>K. variicola</i> ; <i>K. quasivariicola</i> e <i>K. africana</i>) SENSÍVEL a ceftazidima/avibactam
<i>Klebsiella pneumoniae</i> complexo (<i>K. pneumoniae</i> ; <i>K. quasipneumoniae</i> ; <i>K. variicola</i> ; <i>K. quasivariicola</i> e <i>K. africana</i>) RESISTENTE a ceftazidima/avibactam
<i>Klebsiella</i> spp. (exceto complexo <i>K. pneumoniae</i>) RESISTENTE a carbapenêmico e cefalosporinas de 3ª e/ou 4ª geração
<i>Klebsiella</i> spp (exceto complexo <i>K. pneumoniae</i>) SENSÍVEL a carbapenêmico e cefalosporina de 3ª e/ou 4ª geração
<i>Klebsiella</i> spp (exceto complexo <i>K. pneumoniae</i>) SENSÍVEL a carbapenêmico e RESISTENTE a cefalosporinas de 3ª e/ou 4ª geração (cefepime)
<i>Klebsiella</i> spp (exceto complexo <i>K. pneumoniae</i>) RESISTENTE a carbapenêmico e RESISTENTE a polimixina B e/ou polimixina E (colistina)
<i>Klebsiella</i> spp (exceto complexo <i>K. pneumoniae</i>) RESISTENTE a polimixina B e/ou polimixina E (colistina) e SENSÍVEL a carbapenêmico
<i>Klebsiella</i> spp (exceto complexo <i>K. pneumoniae</i>) SENSÍVEL a ceftazidima/avibactam
<i>Klebsiella</i> spp (exceto complexo <i>K. pneumoniae</i>) RESISTENTE a ceftazidima/avibactam
<i>Proteus</i> spp. RESISTENTE a carbapenemico e cefalosporina de 3ª e/ou 4ª geração (cefepime)
<i>Proteus</i> spp. SENSÍVEL a carbapenemico e cefalosporina de 3ª e/ou 4ª geração
<i>Proteus</i> spp. SENSÍVEL a carbapenemico e RESISTENTE a cefalosporina de 3ª e/ou 4ª geração
<i>Proteus</i> spp. RESISTENTE a carbapenemico e RESISTENTE a polimixina B e/ou polimixina E (colistina)
<i>Proteus</i> spp. SENSÍVEL a ceftazidima/avibactam
<i>Proteus</i> spp. RESISTENTE a ceftazidima/avibactam
<i>Pseudomonas aeruginosa</i> RESISTENTE a carbapenêmico
<i>Pseudomonas aeruginosa</i> SENSÍVEL a carbapenêmico
<i>Pseudomonas aeruginosa</i> RESISTENTE a polimixina B e/ou polimixina E (colistina)
<i>Serratia</i> spp. RESISTENTE a carbapenêmico e cefalosporinas de 3ª e/ou 4ª geração
<i>Serratia</i> spp. SENSÍVEL a carbapenêmico e cefalosporinas de 3ª e/ou 4ª geração
<i>Serratia</i> spp. SENSÍVEL a carbapenêmico e RESISTENTE a cefalosporinas de 3ª e/ou 4ª geração
<i>Serratia</i> spp. SENSÍVEL a cefalosporinas de 3ª e/ou 4ª geração e RESISTENTE a carbapenêmico
<i>Serratia</i> spp. SENSÍVEL a ceftazidima/avibactam
<i>Serratia</i> spp. RESISTENTE a ceftazidima/avibactam
<i>Candida albicans</i> complexo
<i>Candida glabrata</i> complexo
<i>Candida guilliermondii</i> complexo
<i>Candida krusei</i> complexo
<i>Candida lusitanae</i> complexo
<i>Candida parapsilosis</i> complexo
<i>Candida tropicalis</i> complexo
<i>Candidas</i> não albicans (Outras espécies)
<i>Candida</i> spp.
Microrganismo não listado acima
Total de microrganismos isolados em pacientes com ITU
Total de ITU notificada (para efeito de comparabilidade)

Segunda coluna: Número de microrganismos isolados em UROCULTURAS de pacientes com ITU associada à SVD internados nas **UTI Adulto** no período de um mês

Terceira coluna: Cálculo automático da distribuição percentual de microrganismos. **NÃO PREENCHER ESTE CAMPO.**

Quarta coluna: Número de microrganismos isolados em UROCULTURAS de pacientes com ITU associada à SVD internados nas **UCO** no período de um mês

Quinta coluna: Cálculo automático da distribuição percentual de microrganismos. **NÃO PREENCHER ESTE CAMPO.**

Sexta coluna: Número de microrganismos isolados em UROCULTURAS de pacientes com ITU associada à SVD internados nas **UTI Pediátricas** no período de um mês

Sétima coluna: Cálculo automático da distribuição percentual de microrganismos. **NÃO PREENCHER ESTE CAMPO.**

PLANILHA 6 – CONSUMO MENSAL DE ANTIMICROBIANOS – CÁLCULO DE DOSE DIÁRIA DISPENSADA (DDD) - Parte I – PARA PREENCHIMENTO

Indicação: preenchimento indicado para hospitais gerais que possuem pelo menos uma das seguintes unidades (ou ambas): UTI Adulto (UTIA) e Unidade Coronariana (UTIC)

Modo de preenchimento: Preencher o **número de unidades** consumidas ou dispensadas pela farmácia do antimicrobiano, de acordo com a apresentação, utilizado na UTI Adulto (Coluna UTIA) e na UTI Coronariana (Coluna UTIC). Não incluir dados de Unidade de Terapia Pediátrica ou Neonatal.

Primeira coluna (nome genérico do antimicrobiano): Já está pré-preenchida. Lista os principais antimicrobianos utilizados em unidades de terapia intensiva.

Segunda coluna (apresentação): Apresentação dos antimicrobianos disponibilizados pela farmácia, conforme via de apresentação e quantidade em gramas ou miligramas. FR AMP = frasco ampola; CP = comprimido; BOLSA = bolsa plástica; G = gramas; MG = miligramas.

Terceira coluna (UTIA – número de unidades): Preencher para cada antimicrobiano com o número de frascos ou nº de comprimidos ou nº de bolsas plásticas utilizadas na unidade de terapia intensiva de Adulto (UTIA)

Quarta coluna (UTIA - Total em gramas): Cálculo automático para cada antimicrobiano utilizado na UTIA em gramas (G). **NÃO PREENCHER ESTA COLUNA.**

Quinta coluna (UTIC – número de unidades): Preencher para cada antimicrobiano com o número de frascos ou nº de comprimidos ou nº de bolsas plásticas utilizadas na unidade de terapia intensiva coronariana (UTIC).

Sexta coluna (UTIC - Total em gramas): Cálculo automático para cada antimicrobiano utilizado na UTIC em gramas (G). **NÃO PREENCHER ESTA COLUNA.**

PLANILHA 6 - CONSUMO DE ANTIMICROBIANOS EM UTI ADULTO E UCO

IMPORTANTE: NÃO EDITAR AS PLANILHAS.

Indicação: preenchimento indicado para hospitais gerais que possuem pelo menos uma das seguintes unidades (ou ambas): UTI Adulto (UTIA) e Unidade Coronariana (UTIC)

Indicador que será gerado: DDD (dose diária dispensada) por 1000 pacientes-dia para cada antimicrobiano consumido nas UTI Adulto (UTIA) e Unidade Coronariana (UTIC)

Fórmula de cálculo: (A/B)/P x 1000

A= Total do antimicrobiano consumido em gramas (g)

B= Dose diária padrão do antimicrobiano calculado em gramas para adulto de 70kg sem Insuf Renal (OMS) - 2020

P= Pacientes-dia

Preencher um quadro para cada mês do ano e enviar os dados mensalmente.

Janeiro		UTIA		UTIC	
Nome genérico do antimicrobiano	Apresentação	nº unidades	Total (g)	nº unidades	Total (g)
Amicacina	FR AMP 100 mg		0,00		0,00
Amicacina	FR AMP 250 mg		0,00		0,00
Amicacina	FR AMP 500 mg		0,00		0,00
Amicacina	FR AMP 1 g		0,00		0,00
Ampicilina-sulbactam (base sulbactam)	FR AMP 1,5G		0,00		0,00
Ampicilina-sulbactam (base sulbactam)	FR AMP 3G		0,00		0,00
Aztreonam	FR AMP 1G		0,00		0,00
Cefepima	FR AMP 1G		0,00		0,00
Cefepima	FR AMP 2G		0,00		0,00
Cefotaxima	FR AMP 1G		0,00		0,00
Ceftazidima	FR AMP 1G		0,00		0,00
Ceftazidima-avibactam (base ceftazidima)	FR AMP 2,5G		0,00		0,00
Ceftolozana-tazobactam (base ceftolozana)	FR AMP 1,5G		0,00		0,00
Ceftriaxone	FR AMP 1G		0,00		0,00
Ciprofloxacina	CP 250 MG		0,00		0,00
Ciprofloxacina	CP 500 MG		0,00		0,00
Ciprofloxacina	FR AMP 200 MG		0,00		0,00
Ciprofloxacina	FR AMP 400 MG		0,00		0,00
Ertapenem	FR AMP 1G		0,00		0,00
Imipenem	FR AMP 250 MG		0,00		0,00
Imipenem	FR AMP 500 MG		0,00		0,00
Levofloxacina	FR AMP 250 MG		0,00		0,00
Levofloxacina	FR AMP 500 MG		0,00		0,00
Levofloxacina	FR AMP 750 MG		0,00		0,00
Levofloxacina	CP 250 MG		0,00		0,00
Levofloxacina	CP 500 MG		0,00		0,00
Levofloxacina	CP 750 MG		0,00		0,00
Linezolida	BOLSA 600 MG		0,00		0,00
Linezolida	CP 600 MG		0,00		0,00
Meropenem	FR AMP 500 MG		0,00		0,00
Meropenem	FR AMP 1G		0,00		0,00
Moxifloxacino	BOLSA 400 MG		0,00		0,00
Moxifloxacino	CP 400 MG		0,00		0,00
Piperacilina-tazobactam (base piperacilina)	FR AMP 4,5G		0,00		0,00
Piperacilina-tazobactam (base piperacilina)	FR AMP 2,25G		0,00		0,00
Sulfato de Polimixina B	FR AMP 500.000 UI (50 MG)		0,00		0,00
Sulfato de Polimixina E	FR AMP 1.000.000 UI (33 MG)		0,00		0,00
Sulfato de Polimixina E	FR AMP 4.500.000 UI (150 MG)		0,00		0,00
Teicoplanina	FR AMP 200 MG		0,00		0,00
Teicoplanina	FR AMP 400 MG		0,00		0,00
Vancomicina	FR AMP 500 MG		0,00		0,00
Vancomicina	FR AMP 1G		0,00		0,00
Daptomicina	FR AMP 500 MG		0,00		0,00
Tigeciclina	FR AMP 50 MG		0,00		0,00
Anfotericina B	FR AMP 50MG		0,00		0,00
Anfotericina B Lipossomal	FR AMP 50MG		0,00		0,00
Anidulafungina	FR AMP 100MG		0,00		0,00
Caspofungina	FR AMP 50MG		0,00		0,00
Caspofungina	FR AMP 70MG		0,00		0,00
Fluconazol	FR 200MG		0,00		0,00
Micafungina	FR AMP 100MG		0,00		0,00
Voriconazol	FR AMP 200MG		0,00		0,00

Parte II – NÃO PREENCHER

OS DADOS SERÃO AUTOMATICAMENTE TRANSFERIDOS PARA AS COLUNAS E O CÁLCULO DA DDD SERÁ FEITO PARA CADA ANTIMICROBIANO UTILIZADO NA UTIA E NA UTIC, UTILIZADO COMO DENOMINADOR O N° DE PACIENTES-DIA DAS UTIs.

UTIA e UTIC

Primeira coluna (nome genérico do antimicrobiano): Já está pré-preenchida. Lista os principais antimicrobianos agrupados pela forma de apresentação oral e parenteral.

Segunda coluna (A): Total do antimicrobiano consumido em gramas. **Cálculo automático.**

Terceira coluna (B): DDD padrão - Estão preenchidas as doses diárias padrão para cada antimicrobiano utilizado nas UTI. Revisado de acordo com ATC/DDD da OMS, janeiro de 2021.

Quarta coluna (A/B): Fórmula - Cálculo automático para cada antimicrobiano nas UTIs entre o total utilizado em gramas (G) dividido pela DDD padrão.

Quinta coluna (consumo): Densidade de Consumo do antimicrobiano – Dose Diária Dispensada (DDD) por 1000 pacientes-dia. **Cálculo automático** – Fórmula: resultado da 4ª coluna dividido pelo n° de pacientes-dia na UTIA e UTIC x 1000.

UTIA					UTIC				
Janeiro	A	B	A/B	consumo	Janeiro	A	B	A/B	consumo
Nome genérico	Total (g)	DDD padrão			Nome genérico	Total (g)	DDD padrão		
Amicacina	0,00	1,00	0,00	#DIV/0!	Amicacina	0,00	1,00	0,00	#DIV/0!
Ampicilina-sulbactam	0,00	6,00	0,00	#DIV/0!	Ampicilina-sulbactam	0,00	6,00	0,00	#DIV/0!
Aztreonam	0,00	4,00	0,00	#DIV/0!	Aztreonam	0,00	4,00	0,00	#DIV/0!
Cefepima	0,00	4,00	0,00	#DIV/0!	Cefepima	0,00	4,00	0,00	#DIV/0!
Cefotaxima	0,00	4,00	0,00	#DIV/0!	Cefotaxima	0,00	4,00	0,00	#DIV/0!
Ceftazidima	0,00	4,00	0,00	#DIV/0!	Ceftazidima	0,00	4,00	0,00	#DIV/0!
Ceftazidima-avibactam	0,00	6,00	0,00	#DIV/0!	Ceftazidima-avibactam	0,00	6,00	0,00	#DIV/0!
Ceftolozana-tazobactam	0,00	3,00	0,00	#DIV/0!	Ceftolozana-tazobactam	0,00	3,00	0,00	#DIV/0!
Ceftriaxone	0,00	2,00	0,00	#DIV/0!	Ceftriaxone	0,00	2,00	0,00	#DIV/0!
Ciprofloxacina oral	0,00	1,00	0,00	#DIV/0!	Ciprofloxacina oral	0,00	1,00	0,00	#DIV/0!
Ciprofloxacina parenteral	0,00	0,80	0,00	#DIV/0!	Ciprofloxacina parenteral	0,00	0,80	0,00	#DIV/0!
Ertapenem	0,00	1,00	0,00	#DIV/0!	Ertapenem	0,00	1,00	0,00	#DIV/0!
Imipenem	0,00	2,00	0,00	#DIV/0!	Imipenem	0,00	2,00	0,00	#DIV/0!
Levofloxacina parenteral	0,00	0,50	0,00	#DIV/0!	Levofloxacina parenteral	0,00	0,50	0,00	#DIV/0!
Levofloxacina oral	0,00	0,50	0,00	#DIV/0!	Levofloxacina oral	0,00	0,50	0,00	#DIV/0!
Linezolida parenteral	0,00	1,20	0,00	#DIV/0!	Linezolida parenteral	0,00	1,20	0,00	#DIV/0!
Linezolida oral	0,00	1,20	0,00	#DIV/0!	Linezolida oral	0,00	1,20	0,00	#DIV/0!
Meropenem	0,00	3,00	0,00	#DIV/0!	Meropenem	0,00	3,00	0,00	#DIV/0!
Moxifloxacina parenteral	0,00	0,40	0,00	#DIV/0!	Moxifloxacina parenteral	0,00	0,40	0,00	#DIV/0!
Moxifloxacina oral	0,00	0,40	0,00	#DIV/0!	Moxifloxacina oral	0,00	0,40	0,00	#DIV/0!
Piperacilina-tazobactam	0,00	14,00	0,00	#DIV/0!	Piperacilina-tazobactam	0,00	14,00	0,00	#DIV/0!
Sulfato de Polimixina B	0,00	0,15	0,00	#DIV/0!	Sulfato de Polimixina B	0,00	0,15	0,00	#DIV/0!
Sulfato de Polimixina E	0,00	0,30	0,00	#DIV/0!	Sulfato de Polimixina E	0,00	0,30	0,00	#DIV/0!
Teicoplanina	0,00	0,40	0,00	#DIV/0!	Teicoplanina	0,00	0,40	0,00	#DIV/0!
Vancomicina	0,00	2,00	0,00	#DIV/0!	Vancomicina	0,00	2,00	0,00	#DIV/0!
Daptomicina	0,00	0,28	0,00	#DIV/0!	Daptomicina	0,00	0,28	0,00	#DIV/0!
Tigeciclina	0,00	0,10	0,00	#DIV/0!	Tigeciclina	0,00	0,10	0,00	#DIV/0!
Anfotericina B	0,00	0,04	0,00	#DIV/0!	Anfotericina B	0,00	0,04	0,00	#DIV/0!
Anfotericina B Lipossomal	0,00	0,21	0,00	#DIV/0!	Anfotericina B Lipossomal	0,00	0,21	0,00	#DIV/0!
Anidulafungina	0,00	0,10	0,00	#DIV/0!	Anidulafungina	0,00	0,10	0,00	#DIV/0!
Caspofungina	0,00	0,05	0,00	#DIV/0!	Caspofungina	0,00	0,05	0,00	#DIV/0!
Fluconazol	0,00	0,20	0,00	#DIV/0!	Fluconazol	0,00	0,20	0,00	#DIV/0!
Micafungina	0,00	0,10	0,00	#DIV/0!	Micafungina	0,00	0,10	0,00	#DIV/0!
Voriconazol	0,00	0,40	0,00	#DIV/0!	Voriconazol	0,00	0,40	0,00	#DIV/0!
		Pac-dia	0				Pac-dia	0,00	

PLANILHA 4 – CONSUMO DE PRODUTO ALCOÓLICO E DE SABONETE LÍQUIDO COM OU SEM ANTISSEPTICO EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

Indicação: indicado para preenchimento por hospitais gerais ou especializados que possuem qualquer uma das seguintes unidades (ou todas): Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) Adulto, Unidade Coronariana (UCO), UTI Pediátrica, UTI Neonatal.

A coleta da informação sobre a quantidade de **produto alcoólico e sabonete líquido** com ou sem antisséptico utilizado deverá representar o consumo da melhor forma possível podendo ser através de:

- Registro em planilha feita por quem faz a reposição na unidade;
- Contagem de “bags” vazios ao final do mês;

- Utilização de contador automático etc.

O consumo mínimo esperado de produto alcóolico é de 20 ml por paciente/dia, de acordo com o preconizado pela OMS.

Modo de preenchimento: preencher a quantidade utilizada de produto alcóolico e sabonete líquido a cada mês do ano e enviar os dados mensalmente. O responsável pelo preenchimento deverá fazer o registro **somente** do consumo de produto alcóolico e sabonete líquido com ou sem antisséptico **em ml** a cada mês na coluna “**Quantidade de preparação alcoólica utilizada**”.

Mês do ano	UTI Adulto				
	Quantidade de produto alcóolico utilizado (ml)	Quantidade de sabonete líquido utilizado (ml)	Número de pacientes/dia	Consumo de produto alcóolico em ml por pac.dia	Consumo de sabonete líquido por pac.dia (ml)
Janeiro			0	#DIV/0!	#DIV/0!
Fevereiro			0	#DIV/0!	#DIV/0!
Março			0	#DIV/0!	#DIV/0!
Abril			0	#DIV/0!	#DIV/0!
Mai			0	#DIV/0!	#DIV/0!
Junho			0	#DIV/0!	#DIV/0!
Julho			0	#DIV/0!	#DIV/0!
Agosto			0	#DIV/0!	#DIV/0!
Setembro			0	#DIV/0!	#DIV/0!
Outubro			0	#DIV/0!	#DIV/0!
Novembro			0	#DIV/0!	#DIV/0!
Dezembro			0	#DIV/0!	#DIV/0!
Total acumulada	0	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!

Primeira coluna: Já está preenchida com o mês do ano.

Segunda coluna: registrar a quantidade de produto alcóolico, em mL, utilizada na unidade a cada mês. Ex: Se foi utilizado 1 litro de produto alcóolico em um mês específico, será digitado 1000 mL no mês correspondente na coluna “**Quantidade de preparação alcoólica utilizado (ml)**”.

Terceira coluna: registrar a quantidade de sabonete líquido com ou sem antisséptico, em ml, utilizada na unidade a cada mês. Ex: Se foi utilizado 1 litro de sabonete líquido com ou sem antisséptico em um mês específico, será digitado 1000 ml no mês correspondente na coluna “**Quantidade de sabonete líquido utilizado (ml)**”.

Quarta coluna: “**Número de pacientes/dia**” será preenchida automaticamente, após preenchimento das planilhas 2 e 3. **As planilhas estão vinculadas, favor NÃO PREENCHER ESTE CAMPO, NEM EDITAR.**

Quinta coluna: Cálculo automático do Consumo de produto alcóolico (em ml) por paciente-dia na unidade. **As fórmulas já estão inseridas, favor NÃO PREENCHER ESTE CAMPO.**

Sexta coluna: Cálculo automático do Consumo de sabonete líquido com ou sem antisséptico (em ml) por paciente-dia na unidade. **As fórmulas já estão inseridas, favor NÃO PREENCHER ESTE CAMPO.**

Anexo 1 – Modelo de planilha para coleta de dados de pacientes-dia e dispositivos-dia em UTI Adulto, Unidade Coronariana e UTI Pediátrica.

Dia do Mês	PAC (Nº pacientes internados)	VM (Nº Pacientes em ventilação mecânica)	CT (Nº pacientes com cateter central)	SV (Nº pacientes com sonda vesical de demora)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
Total				

Anexo 2 – Modelo de planilha para coleta de dados de pacientes-dia e dispositivos-dia em UTI Neonatal

Dia do mês	< 750g.			750 - 999g.			1000 - 1499g.			1500 - 2499g.			≥ 2500g.		
	PAC	VM	CT	PAC	VM	CT	PAC	VM	CT	PAC	VM	CT	PAC	VM	CT
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															
21															
22															
23															
24															
25															
26															
27															
28															
29															
30															
31															
Total															