



FORMULÁRIO – Serviço de Controle de Infecção Hospitalar

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DE IRAS

Código: F.HEC.012

Versão: 01

Revisão: 27/01/2023

7º ANDAR – NEUROCIRURGIA

6º ANDAR – ORTOPEDIA/VASCULAR

2º / 3º ANDAR – NEUROCLÍNICA

NOME: _____ IDADE: _____ DN: ____/____/____

ENFERMARIA/LEITO: _____ REGISTRO: _____ SEXO: FEM MASC DI: ____/____/____

PROCEDÊNCIA: DOMICÍLIO OUTRO HOSPITAL: _____ TEMPO INTERNAÇÃO: _____ DIAS

REINTERNAÇÃO? SIM NÃO PERÍODO DE INTERNAÇÃO PRÉVIA: _____ a _____ / _____ a _____

COMORBIDADES: DM HAS ICC INSUFICIÊNCIA RENAL IMUNOSSUPRESSÃO DESNUTRIÇÃO

OUTRAS : _____

HDA:

CIRURGIA REALIZADA:

1. _____ DATA: ____/____/____

2. _____ DATA: ____/____/____

3. _____ DATA: ____/____/____

| USO DE ATM | PERÍODO | USO DE DISPOSITIVO | PERÍODO |
|------------|---------|--------------------|---------|
| 1. | | 1. | |
| 2. | | 2. | |
| 3. | | 3. | |
| 4. | | 4. | |

| DATA | CULTURAS | AGENTE | SENSIBILIDADE |
|------|----------|--------|---------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

VISITAS:

____/____/____: _____

____/____/____: _____

____/____/____: _____

____/____/____: _____

