



HOSPITAL MUNICIPAL MARIANA MARIA DE JESUS  
SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

## ROTINA DE ADMISSÃO DE PACIENTES

Nome do paciente \_\_\_\_\_ Prontuário: \_\_\_\_\_  
Sexo: ( ) F ( ) M Idade: \_\_\_\_\_  
Diagnóstico: \_\_\_\_\_  
Data da internação Hospitalar: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data de Internação no setor: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### FATORES DE RISCO

- ( ) Sem fatores de risco  
( ) Paciente consta na lista de germe MDR- INSTALADO PRECAUÇÃO DE CONTATO AUTOMATICAMENTE  
( ) Paciente proveniente de homecare, asilos, presídios e etc.  
( ) Paciente com internação recente a menos de 60 dias .  
( ) Pacientes que realizam hemodiálise.  
( ) Paciente transferido de outro hospital (independente do tempo de permanência) em uso de dispositivos invasivos (acesso profundo, acesso periférico, CVD, cateter de HD, TOT/TQT outros).  
( ) Pacientes com feridas infectadas com secreções não contidas em curativo.  
( ) Pacientes com cultura positiva para germe Multirresistente a menos de 6 meses.

Procedência: ( ) da residência ( ) de outra Unidade Hospitalar, qual? \_\_\_\_\_  
Período de Internação na Unidade de origem: \_\_\_\_\_

SWAB DE VIGILÂNCIA NA INTERNAÇÃO (RASTREAMENTO) Sim ( ) Não ( )

### EM PRECAUÇÃO ATÉ O RESULTADO DAS CULTURAS

Espécime clínico:	____/____/____	____/____/____
Swab retal		
Swab nasal		
Hemocultura		
Ponta cateter		
Urinocultura		
outros: _____		

**COLHER SWAB NASAL E  
RETAL SE MARCADO ALGUM  
DOS FATORES DE RISCO.  
HEMOCULTURA E URINOCULTURA-  
CRITÉRIO CLÍNICO**

Uso de procedimentos invasivos: ( ) Não ( ) Sim  
Qual(is)? ( ) Ventilação mecânica ( ) Drenos ( ) Traqueostomia ( ) Cateter vesical  
( ) Cateter venoso central ( ) Outros \_\_\_\_\_

Uso de Antibiótico nos últimos 6 meses: ( ) Não ( ) Sim Quais? \_\_\_\_\_

Precaução Estabelecida: ( ) Padrão ( ) Contato ( ) Respiratória \_\_\_\_\_  
Leito Identificado: ( ) Não ( ) Sim

Prescrito Antibiótico: ( ) Não ( ) Sim Qual? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Médico responsável pela Admissão

\_\_\_\_\_  
Enfermeiro responsável pela Admissão



# CONTROLE DE CULTURAS

DATA DA COLETA	SETOR	TIPO DE AMOSTRA		MICROORGANISMOS	TSA (sensível a)	Parecer da CCIH MP- Manter precaução SP- Suspender precaução
		( ) Hemocultura ( ) Urinocultura ( ) Ponta cateter ( ) Secreção ferida	( ) Swab nasal ( ) Swab retal ( ) Secreção traqueal ( ) Outros			
		( ) Hemocultura ( ) Urinocultura ( ) Ponta cateter ( ) Secreção ferida	( ) Swab nasal ( ) Swab retal ( ) Secreção traqueal ( ) Outros			
		( ) Hemocultura ( ) Urinocultura ( ) Ponta cateter ( ) Secreção ferida	( ) Swab nasal ( ) Swab retal ( ) Secreção traqueal ( ) Outros			
		( ) Hemocultura ( ) Urinocultura ( ) Ponta cateter ( ) Secreção ferida	( ) Swab nasal ( ) Swab retal ( ) Secreção traqueal ( ) Outros			
		( ) Hemocultura ( ) Urinocultura ( ) Ponta cateter ( ) Secreção ferida	( ) Swab nasal ( ) Swab retal ( ) Secreção traqueal ( ) Outros			
		( ) Hemocultura ( ) Urinocultura ( ) Ponta cateter ( ) Secreção ferida	( ) Swab nasal ( ) Swab retal ( ) Secreção traqueal ( ) Outros			
		( ) Hemocultura ( ) Urinocultura ( ) Ponta cateter ( ) Secreção ferida	( ) Swab nasal ( ) Swab retal ( ) Secreção traqueal ( ) Outros			
		( ) Hemocultura ( ) Urinocultura ( ) Ponta cateter ( ) Secreção ferida	( ) Swab nasal ( ) Swab retal ( ) Secreção traqueal ( ) Outros			

Destino do Paciente: ( ) Alta Hospitalar \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ( ) Óbito \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 ( ) Transferência para outra instituição, qual? \_\_\_\_\_