



REPUBLICA DE PANAMÁ
HOSPITAL DEL NIÑO DR. JOSÉ RENÁN ESQUIVEL
FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCION DE SALUD (IAAS)
SALA DE NEONATOLOGIA

DATOS PERSONALES:

Ubicación del paciente: UCI <input type="checkbox"/> Intermedio <input type="checkbox"/> Cuidados mínimos <input type="checkbox"/>		
Nombre: _____		
Sexo: masculino <input type="checkbox"/> femenino <input type="checkbox"/>	Reg. o cédula: _____	Cédula. madre: _____
Fecha nacimiento: ____ / ____ / ____	Lugar nacimiento: _____	
Días de vida: _____	Peso al nacer: _____	Edad gestacional: _____
Fecha de ingreso: ____ / ____ / ____	Días Intrahospitalarios: _____	Egreso: ____ / ____ / ____

Fecha de Notificación ____ / ____ / ____

Diagnóstico de Base:

a. _____ b. _____ c. _____

DATOS CLÍNICOS:

Fecha de inicio de los síntomas :	Fecha de toma de cultivo:	
	<input type="checkbox"/> Hemocultivo Fecha: ____ / ____ / ____.	<input type="checkbox"/> Secreción de Herida Fecha: ____ / ____ / ____.
<input type="checkbox"/> Vías respiratorias Fecha: ____ / ____ / ____.	<input type="checkbox"/> Sistema nervioso central Fecha: ____ / ____ / ____.	<input type="checkbox"/> Piel y tejidos blandos Fecha: ____ / ____ / ____.
<input type="checkbox"/> Vías urinarias Fecha: ____ / ____ / ____.	<input type="checkbox"/> Umbilical Fecha: ____ / ____ / ____.	<input type="checkbox"/> Otro

Radiografía de Tórax: Infiltrado Neumónico Sí NO Fecha: ____ / ____ / ____

AISLAMIENTO

Bacteria Aislada:

<p>AISLAMIENTO (GRAM -) BLEE (+) Sí _____ NO _____</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Acinetobacter</i> _____</p> <p><input type="checkbox"/> <i>E.coli</i> _____</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Enterobacter</i> _____</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Klebsiella</i> _____</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Proteus</i> _____</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Pseudomonas</i> _____</p> <p><input type="checkbox"/> Otros: _____</p>	<p>(GRAM +)</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Staphylococcus coagulasa negativo</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Staphylococcus aureus</i> _____</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Meticilino Resistente _____</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Meticilino Sensible _____</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Enterococcus faecium</i> _____</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Enterococcus faecalis</i> _____</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Streptococcus agalactiae</i> _____</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Streptococcus pneumoniae</i> _____</p> <p><input type="checkbox"/> Otros: _____</p>
--	--



ANTIBIOGRAMA

Susceptibilidad a los antibióticos			(S) SENSIBLE	(I) INTERMEDIO	(R) RESISTENTE
Ampicilina		Ceftazidima		Ertapenem	Piperacilina Tazobactam
Ampicilina-sulbactam		Ceftriaxona		Gentamicina	Tigeciclina
Amoxicilina		Cefuroxima		Imipenem	TMP/SMX
Amikacina		Ciprofloxacina		Levofloxacina	Vancomicina
Cefalotina		Clindamicina		Linezolid	
Cefepima		Colistin		Meropenem	
Cefotaxima		Eritromicina		Oxacilina	

Hongos

- Candida sp.*
- Candida albicans*
- Candida parapsilosis*
- Candida tropicalis*
- Otras: _____

Uso de antibióticos:

1. _____ 2. _____ 3. _____
 4. _____ 5. _____ 6. _____

Uso de dispositivos invasivos:	Fecha de colocación:	Fecha de retiro:
<input type="checkbox"/> Catéter umbilical	/ /	/ /
<input type="checkbox"/> Catéter percutáneo	/ /	/ /
<input type="checkbox"/> Intubación endotraqueal /Ventilación	/ /	/ /
<input type="checkbox"/> CVC	/ /	/ /
<input type="checkbox"/> NPT	/ /	/ /
<input type="checkbox"/> DVP	/ /	/ /
<input type="checkbox"/> Cateterización vesical	/ /	/ /
<input type="checkbox"/> Tubo pleural	/ /	/ /
<input type="checkbox"/> Otro:	/ /	/ /

Cirugía: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Tipo de herida: Limpia <input type="checkbox"/> limpia contaminada <input type="checkbox"/> contaminada <input type="checkbox"/> sucia <input type="checkbox"/>
Fecha de cirugía: / /	Tipo de cirugía:
Cirujano:	

Condición de egreso: VIVO () DEFUNCIÓN () FECHA _____

Notificación: MÉDICO () ENFERMERÍA () EPIDEMIOLOGÍA ()

Firma de Notificación: _____



Instructivo para el Llenado y Listado de Variables:

1. **Ubicación del paciente:** Seleccionar área donde se identifica la IAAS al momento de la notificación.
2. **Nombre:** Debe registrarse 1 o 2 nombres y 2 apellidos si los tiene.
3. **Sexo: Masculino o Femenino**
4. **Registro o Cédula:** Debe registrarse cédula de identidad personal o en su defecto registro médico. Si existen ambos colocar ambos.
5. **Cédula de la madre:** Registrar la cédula de identidad personal de la madre.
6. **Fecha de nacimiento:** Día/Mes/Año.
7. **Lugar de nacimiento:** Hospital donde se dio el nacimiento, si fue extrahospitalario anotar dónde fue.
8. **Sexo: Masculino o Femenino**
9. **Días de vida:** Edad en días al momento de identificada la IAAS
10. **Peso al nacimiento:** Peso en kg al momento de nacer.
11. **Edad Gestacional:** Edad gestacional en semanas al momento de nacer. No aplica (N/A) si no es neonato
12. **Fecha de Ingreso:** Colocar la fecha de admisión al hospital.
13. **Días Intrahospitalarios:** Días transcurridos dentro del hospital desde el ingreso al momento del diagnóstico de IAAS
14. **Egreso:** Colocar la fecha de egreso del paciente del hospital.
15. **Fecha de notificación:** Día/Mes/Año de la notificación del caso de IAAS.
16. **Diagnóstico de Base:** Diagnóstico registrado al momento del ingreso al hospital.
17. **Diagnóstico de Egreso:** Diagnóstico de cierre del expediente clínico al momento del egreso.
18. **Movimiento del Paciente en el Hospital:** Corresponde al movimiento del caso con IAAS dentro del hospital desde su ingreso a su egreso. Ver ejemplo:

DATOS CLÍNICOS:

19. **Fecha de inicio de los síntomas de IAAS:** Día/mes/año del inicio de síntomas de la IAAS actual.
20. **Fecha de toma de cultivo:** Día/Mes/Año del cultivo asociado a IAAS. **(ver ejemplo)**
21. **Sitio de aislamiento :** Marcar el cultivo donde fue aislado el germen si lo hay. **(ver ejemplo)**

Fecha de inicio de los síntomas : 19/03/ 2017	Fecha de toma de cultivo:	
	<input checked="" type="checkbox"/> Hemocultivo Fecha: 20 / 03 /2017	<input type="checkbox"/> Secreción de Herida Fecha: ___ / ___ / ___.
<input type="checkbox"/> Vías respiratorias Fecha: ___ / ___ / ___.	<input type="checkbox"/> Sistema nervioso central Fecha: ___ / ___ / ___.	<input type="checkbox"/> Piel y tejidos blandos Fecha: ___ / ___ / ___.
<input type="checkbox"/> Vías urinarias Fecha: ___ / ___ / ___.	<input type="checkbox"/> Umbilical Fecha: ___ / ___ / ___.	<input type="checkbox"/> Otro

22. **Radiografía de Tórax:** Marcar si hay o no hay Infiltrado Neumónico asociado a IAAS actual y el Día/mes/Año de la radiografía.



23. Bacteria Aislada: Si se obtuvo un cultivo positivo por bacterias, que fue tomado por la sospecha de la IAAS reportada completar tabla según ejemplo

AISLAMIENTO (GRAM -) BLEE (+) Sí <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		(GRAM +)	
<input type="checkbox"/> <i>Acinetobacter</i> _____		<input type="checkbox"/> <i>Staphylococcus coagulasa negativo</i>	
<input type="checkbox"/> <i>E.coli</i> _____		<input type="checkbox"/> <i>Staphylococcus aureus</i>	
<input type="checkbox"/> <i>Enterobacter</i> _____		<input type="checkbox"/> <i>Meticilino Resistente</i>	
<input type="checkbox"/> <i>Klebsiella</i> _____		<input type="checkbox"/> <i>Meticilino Sensible</i>	
<input type="checkbox"/> <i>Proteus</i> _____		<input type="checkbox"/> <i>Enterococcus faecium</i>	
<input type="checkbox"/> <i>Pseudomonas</i> <u><i>Pseudomonas putida</i></u>		<input type="checkbox"/> <i>Enterococcus faecalis</i>	
<input type="checkbox"/> Otros: _____		<input type="checkbox"/> <i>Streptococcus agalactiae</i>	
		<input type="checkbox"/> <i>Streptococcus pneumoniae</i>	
		<input type="checkbox"/> Otros: _____	

24. Antibiograma: Debe anotarse la susceptibilidad del germen aislado S-sensible, I-intermedio, R-resistente

Susceptibilidad a los antibióticos		(S) SENSIBLE		(I) INTERMEDIO		(R) RESISTENTE	
Ampicilina	R	Ceftazidima		Ertapenem	S	Piperacilina Tazobactam	S
Ampicilina-sulbactam	R	Ceftriaxona		Gentamicina		Tigeciclina	
Amoxicilina		Cefuroxima		Imipenem		TMP/SMX	
Amikacina	R	Ciprofloxacina	S	Levofloxacina		Vancomicina	
Cefalotina		Clindamicina		Linezolid			
Cefepima	S	Colistin		Meropenem			
Cefotaxima	S	Eritromicina		Oxacilina			

25. Hongos: Si el aislamiento corresponde a un hongo complete esta sección. Ejemplo.

- Candida sp.*
- Candida albicans*
- Candida parapsilosis*
- Candida tropicalis*
- Otras: _____

26. Uso de antibióticos: Anote los antibiótico (nombre genérico) que ha utilizado el paciente con IAAS desde su ingreso. Ejemplo

1. Ampicilina
2. Gentamicina
3. Piperacilina-Tazobactam
4. _____
5. _____
6. _____



27. Uso de dispositivos invasivos: Anote los dispositivos invasivos que ha utilizado el paciente en la última semana si **no** es paciente post quirúrgico y en los últimos 30 días **si es post quirúrgico.**
Ejemplo:

Uso de dispositivos invasivos:	Fecha de colocación:	Fecha de retiro:
<input type="checkbox"/> Catéter umbilical	/ /	/ /
<input checked="" type="checkbox"/> Catéter percutáneo	17/ 03 / 2017	/ /
<input checked="" type="checkbox"/> Intubación endotraqueal /Ventilación	10 / 03 /2017	17 / 03 /2017
<input type="checkbox"/> CVC	/ /	/ /
<input type="checkbox"/> NPT	/ /	/ /
<input type="checkbox"/> DVP	/ /	/ /
<input type="checkbox"/> Cateterización vesical	/ /	/ /
<input type="checkbox"/> Tubo pleural	/ /	/ /
<input type="checkbox"/> Otro:	/ /	/ /

28. Procedimientos Quirúrgicos: Esta IAAS está relacionada con un proceso quirúrgico Sí ____ No ____

Limpia: Se trató de una cirugía limpia (es decir una cirugía no traumática, que no involucra apertura del tracto gastrointestinal, genitourinario o respiratorio, o que no involucre la presencia de un cuerpo extraño) Sí ____ No ____

Fecha de cirugía: Día/Mes/Año del procedimiento quirúrgico asociado a IAAS.

Tipo de cirugía: Nombre del procedimiento quirúrgico asociado a la IAAS.

Cirujano: Nombre y Apellido del cirujano principal relacionado con el procedimiento quirúrgico.

29. Condición de egreso: Condición al egreso del paciente que presentó esta IAAS. VIVO () DEFUNCIÓN ()
FECHA: Día/Mes/Año del Egreso.

30. Notificación: Cargo de la Persona que notifica la IAAS. Médico () Enfermería () Epidemiología ()

31. Firma de notificación: Nombre y Apellido del que notifica el caso