



EL GOBIERNO DE TODOS

**NOTIFICACIÓN Y SEGUIMIENTOS DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD**

FECHA DE APROBACIÓN: 26/07/2017

VERSIÓN: 002

PÁGINA: 1 DE 1

CÓDIGO: HGDC-FORM-NIAAS

**REGISTRO**

**CASO SOSPECHOSO**  **CASO PROBABLE**  **CASO CONFIRMADO**  **TRANSFERIDO DE:** \_\_\_\_\_

1. Fecha de captación     2. Unidad de producción  (1) Consulta externa (5) Hospi MI  
(2) Emergencia (6) UCI Adulto  
(3) Hospitalización Cirugía (7) UCI Pediátrico  
(4) Hospitalización GO y AC (8) UCI Neonatal

3. N° de cama \_\_\_\_\_

4. Historia Clínica o cédula de identidad \_\_\_\_\_ 5. Especialidad \_\_\_\_\_

6. Nombre \_\_\_\_\_  
Primer apellido Segundo apellido Primer nombre Segundo nombre

7. Sexo (1) Hombre (2) Mujer 8. Edad en       Fecha de nacimiento

9. Fecha de ingreso a la Unidad de Producción       10. Fecha de egreso de la Unidad de Producción

11. Diagnósticos de ingreso:  
CIE 10 Presuntivo \_\_\_\_\_  
Definitivo \_\_\_\_\_

12. Motivo de salida de la Unidad de Producción  13. Si es neonato, peso al nacer   
(1) Alta hospitalaria (1) ≤750 g (4) 1501-2000 g  
(2) Transferencia hospitalaria (2) 751-1000 g (5) 2000-2500 g  
(3) Transferencia intrahospitalaria (3) 1001-1500 g (6) >2500g  
(4) Defunción

14. Fecha de parto:        
dd mm aaaa

15. Tratamiento antibiótico previo: Empírico  Sustentado  16. Cultivo previo SI  NO

17. Evento desarrollado / Dispositivos invasivos o procedimiento / Otros riesgos
- |  |  |
|--|--|
| (1) Neumonía asociada a ventilación mecánica invasiva                    | (10) Conjuntivitis                             |
| (2) Infección del tracto urinario asociada a catéter urinario permanente | (11) Meningitis                                |
| (3) Bacteriemia asociada a vía central                                   | (12) Infección de sitio quirúrgico superficial |
| (4) Sepsis clínica asociada a vía central                                | Tipo de procedimiento                          |
| (5) Enterocolitis necrotizante   | (13) Infección de sitio quirúrgico profundo    |
| (6) Endometritis puerperal post parto vaginal                            | Tipo de procedimiento                          |
| (7) Endometritis puerperal post parto cesárea                            | (14) Neumonía Nosocomial                       |
| (8) Onfalitis  | (15) Sepsis de piel y partes blandas           |
| (9) Sepsis tardía  | (16) Infección de órganos y espacios           |

| N° (evento)              | Información dispositivo invasivo o procedimiento |    |      |                  |    |      | Información evento        |    |      |
|--------------------------|--|----|------|------------------|----|------|---------------------------|----|------|
|                          | Fecha de inicio                                  |    |      | Fecha de término |    |      | Fecha de inicio infección |    |      |
|                          | dd   | mm | aaaa | dd               | mm | aaaa | dd                        | mm | aaaa |
|                          |  |    |      |                  |    |      |                           |    |      |
|                          |  |    |      |                  |    |      |                           |    |      |
| Otros factores de riesgo |  |    |      |                  |    |      |                           |    |      |
| N° (evento)              | Descripción del factor de riesgo                 |    |      |                  |    |      | Fecha de inicio infección |    |      |
|                          |  |    |      |                  |    |      | dd                        | mm | aaaa |
|                          |  |    |      |                  |    |      |                           |    |      |

18. Identificación del Cirujano \_\_\_\_\_ 21. Inserción de protésis SI  NO

19. Identificación del quirófano \_\_\_\_\_ 22. Tipo de cirugía Urgente  Electiva

20. Tiempo quirúrgico \_\_\_\_\_

23. Cultivo realizado SI  NO  24. Tipo de muestra \_\_\_\_\_

25. Agente etiológico identificado

| N° (evento) | Nombre del agente etiológico |
|-------------|------------------------------|
|             |                              |
|             |                              |

26. Nombre y firma de la persona que notifica \_\_\_\_\_

27. Nombre y firma del Líder de la Unidad de Producción o Jefe de Guardia \_\_\_\_\_