



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. N° de cama _____ (3) Hospitalización Cirugía (7) UCI Pediátrico
(4) Hospitalización GO y AC (8) UCI Neonatal

4. Historia Clínica o cédula de identidad _____ 5. Especialidad _____

6. Nombre _____
Primer apellido Segundo apellido Primer nombre Segundo nombre

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

9. Fecha de ingreso a la Unidad de Producción 10. Fecha de egreso de la Unidad de Producción
dd mm aaaa dd mm aaaa

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 _____