

	<b>NOTIFICACIÓN Y SEGUIMIENTOS DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD</b>	<b>FECHA DE APROBACIÓN: 26/07/2017</b> <b>VERSIÓN: 002</b> <b>PÁGINA: 1 DE 1</b> <b>CÓDIGO: HGDC-FORM-NIAAS</b>
	<b>REGISTRO</b>	

CASO SOSPECHOSO

CASO PROBABLE

CASO CONFIRMADO

TRANSFERIDO DE:

1. Fecha de captación

dd

mm

aaaa

2. Unidad de producción

(1)

(2)

(3)

(4)

(5)

Consulta externa

Emergencia

Hospitalización Cirugía

Hospitalización Pediatría

Hospitalización GO y AC

(5)

(5)

(6)

(7)

(8)

Dialisis

Hospi Clínica

UCI Adulto

UCI Pediátrico

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)

(2)

Hombre

Mujer

8. Edad en

dd

mm

aaaa

Fecha de nacimiento

dd

mm

aaaa

9. Fecha de ingreso a la Unidad de Producción

dd

mm

aaaa

10. Fecha de egreso de la Unidad de Producción

dd

mm

aaaa

11. Diagnósticos de ingreso:

CIE 10

Presuntivo

Definitivo

12. Motivo de salida de la Unidad de Producción

(1)

(2)

(3)

(4)

Alta hospitalaria

Transferencia hospitalaria

Transferencia intrahospitalaria

Defunción

13. Si es neonato, peso al nacer

(1)

(2)

(3)

≤750 g

751-1000 g

1001-1500 g

(4)

(5)

(6)

1501-2000 g

2000-2500 g

>2500g

Peso :

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 /encierre en un círculo el numeral que corresponda

(1)

(2)

(3)

(4)

(5)

(6)

(7)

(8)

(9)

Neumonía asociada a ventilación mecánica invasiva

Infección del tracto urinario asociada a catéter urinario pemanente

Bacteriemia asociada a vía central

Sepsis clínica asociada a vía central

Enterocolitis necrotizante

Endometritis puerperal post parto vaginal

Endometritis puerperal post parto cesárea

Onfalitis

Sepsis tardía

(10)

(11)

(12)

(13)

(14)

(15)

(16)

(17)

Conjuntivitis

Meningitis

Infección de sitio quirúrgico superficial

Infección de sitio quirúrgico profundo/ de organos y espacio

Infección de sitio quirúrgico post cesárea

Neumonía Nosocomial

Sepsis de piel y partes blandas

Infección de órganos y espacios

Tipo de procedimiento

Tipo de procedimiento

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
N° (evento)	Otros factores de riesgo						Fecha de inicio infección		
	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