

## REGISTRO

CASO SOSPECHOSO

CASO PROBABLE

CASO CONFIRMADO

TRANSFERIDO DE:

\_\_\_\_\_

1. Fecha de captación

dd mm aaaa

2. Unidad de producción

- (1) Consulta externa  
 (2) Emergencia  
 (3) Hospitalización Cirugía  
 (4) Hospitalización Pediatría  
 (5) Hospitalización GO y AC

- (5) Dialisis  
 (5) Hospi Clínica  
 (6) UCI Adulto  
 (7) UCI Pediátrico  
 (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

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

13. Si es neonato, peso al nacer

- (1) Alta hospitalaria  
 (2) Transferencia hospitalaria  
 (3) Transferencia intrahospitalaria  
 (4) Defunción

- (1) ≤750 g  
 (2) 751-1000 g  
 (3) 1001-1500 g  
 (4) >2500 g

- (4) 1501-2000 g  
 (5) 2000-2500 g  
 (6) >2500 g

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) Neumonía asociada a ventilación mecánica invasiva  
 (2) Infección del tracto urinario asociada a catéter urinario permanente  
 (3) Bacteriemia asociada a vía central  
 (4) Sepsis clínica asociada a vía central  
 (5) Enterocolitis necrotizante  
 (6) Endometritis puerperal post parto vaginal  
 (7) Endometritis puerperal post parto cesárea  
 (8) Onfalitis  
 (9) Sepsis tardía

- (10) Conjuntivitis  
 (11) Meningitis  
 (12) Infección de sitio quirúrgico superficial  
 Tipo de procedimiento

- (13) Infección de sitio quirúrgico profundo/ de órganos y espacio  
 Tipo de procedimiento  
 (14) Infección de sitio quirúrgico post cesárea  
 (15) Neumonía Nosocomial  
 (16) Sepsis de piel y partes blandas  
 (17) Infección de órganos y espacios

Nº (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									
Nº (evento)	Descripción del factor de riesgo						Fecha de inicio infección		
	dd	mm	aaaa	dd	mm	aaaa	dd	mm	aaaa

18. Identificación del Cirujano

\_\_\_\_\_

21. Inserción de protésis

SI

19. Identificación del quirófano

\_\_\_\_\_

22. Tipo de cirugía

Urgente

Electiva

23. Cultivo realizado

 SI  NO 

24. Tipo de muestra

\_\_\_\_\_

25. Agente etiológico identificado

Nº (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

\_\_\_\_\_