

**MINISTERIO DE SALUD - CAJA DE SEGURO SOCIAL
PROGRAMA DE VIGILANCIA DE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES
FORMULARIO 1: FORMATO PARA EL REGISTRO DE INFECCIONES NOSOCOMIALES.**

1. SERVICIO / DEPARTAMENTO _____ SALA _____ CAMA _____

2. FECHA DE INGRESO / REINGRESO _____ EDAD _____ SEXO F _____ M _____

3. NOMBRE COMPLETO: _____ PESO AL NACER _____

_____ NÚMERO DE CÉDULA / S.S. _____

4. FECHA DE CAPTACIÓN DE LA INFECCIÓN _____ FECHA 1er. SÍNTOMA _____

5. DIAGNÓSTICO(S) DE INGRESO: a: _____

b. _____

c. _____

6. DÍAS DE ESTANCIA HOSP. _____ FUNCIONARIOS a. _____ b. _____

7. SITIOS DE INFECCIÓN INTRAHOSPITALARIA

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> a. Gineco-Obstetricos | <input type="checkbox"/> h. Sistema Nervioso Central |
| <input type="checkbox"/> b. Heridas Quirúrgicas * (L-LC-C-S) | <input type="checkbox"/> i. Sistema Vascular |
| <input type="checkbox"/> c. Huesos y Articulaciones | <input type="checkbox"/> j. Torrente sanguíneo |
| <input type="checkbox"/> d. Ojos, oídos, nariz, boca. | <input type="checkbox"/> k. Tracto respiratorio-alto |
| <input type="checkbox"/> e. Ombligo | <input type="checkbox"/> l. Tracto respiratorio - bajo |
| <input type="checkbox"/> f. Piel y tejidos Blandos | <input type="checkbox"/> m. Tracto urinario |
| <input type="checkbox"/> g. Sitios de infección: | <input type="checkbox"/> n. Tracto gastrointestinal |
| | <input type="checkbox"/> o. Otras |

* Clasificación Heridas Quirúrgicas (L) Limpia (LC) Limpia Contaminada, (C) Contaminada, (S) Sucia

8. TIPO DE INFECCION Y/O FACTORES PREDISPONENTES a. _____ b. _____

9. FUENTE DE INFECCIÓN

	Fecha del Procedimiento		Fecha del Procedimiento
<input type="checkbox"/> - Antibióticos previos	_____	<input type="checkbox"/> - Macapaso	_____
<input type="checkbox"/> - Alimentación Parenteral	_____	<input type="checkbox"/> - Paracentesis	_____
<input type="checkbox"/> - Biopsia	_____	<input type="checkbox"/> - Procedimientos Radiológicos Invasivos	_____
<input type="checkbox"/> - Broncoscopia	_____	<input type="checkbox"/> - Procedimientos quirurgicos	_____
<input type="checkbox"/> - Catéter Arterial	_____	<input type="checkbox"/> - Quimioterapia	_____
<input type="checkbox"/> - Catéter de Diálisis	_____	<input type="checkbox"/> - Radioterapia	_____
<input type="checkbox"/> - Catéter Swan Ganz	_____	<input type="checkbox"/> - Respirador Mecánico	_____
<input type="checkbox"/> - Catéter Venoso Central	_____	<input type="checkbox"/> - Traqueostomía	_____
<input type="checkbox"/> - Citoscopia	_____	<input type="checkbox"/> - Transfusiones	_____
<input type="checkbox"/> - Endoscopia Gástrica	_____	<input type="checkbox"/> - Punción Pleural	_____
<input type="checkbox"/> - Exanguineotransfusión	_____	<input type="checkbox"/> - Soluciones endovenosas	_____
<input type="checkbox"/> - Hemodiálisis	_____	<input type="checkbox"/> - Sonda Nasogástrica	_____
<input type="checkbox"/> - Intubación Endotraqueal	_____	<input type="checkbox"/> - Venopunción (cateter periferico)	_____
<input type="checkbox"/> - Laparoscopia	_____	<input type="checkbox"/> - Otros	_____

10. MICROORGANISMO AISLADO

a. GRAM NEGATIVO

- Acinetobacter
- E.Coli
- Enterobacter
- Klebsiella
- Proteus
- Pseudomona
- Otros:

b. GRAM POSITIVOS

- Estafilococo coag. Negativa
- Estafilococo coag. Positiva
- Enterococos
- estreptococos
- Otros:

c. HONGOS:

- Candidas
- levaduras
- O+118tros
- SIN CULTIVO

11. RESISTENCIA (-) Y SENSIBILIDAD

- Amikacina
- Cefalotina
- Cefoxitina
- Cefuroxima
- Cefotaxima
- Ceftazidima
- Cloranfenicol
- Garamicina
- Oxacilina
- Penicilina

(+) ANTIMICROBIANA

- Ampicilina
- Ciprofloxacina
- Clindamicina
- Estreptomocina
- Imipenem
- Neomicina
- Piperacilina
- Rifampicina
- Tetraciclina
- Ticarcilina

- Bcitracina
- Ceftriaxona
- Meticilina
- Minocin
- Norfloxacina
- Polimixina -B
- Trimetroprim/Sulfa
- Vancomicina
- Otros

- Ampicilina
- Ampicilina con sulbactan
- Amoxicilina
- Cefepime
- Cefirona
- Levofloxacina
- Meropenem
- Nefilmicina

Tobramicina

Metronidazol

12. TIPO DE AISLAMIENTO:

Precauciones Estandar _____ P. Respiratoria _____ P.Contacto _____

13. ANTIBIÓTICOS ADMINISTRADOS:

a. _____

b. _____

c. _____

14. CONSULTA A INFECTOLOGÍA

SI _____

NO _____

15. FECHA DE EGRESO _____

FECHA DE DEFUNCIÓN: _____

16. DÍAS ESTANCIA POST-INFECCIÓN

17. OBSERVACIONES:

Nombre del responsable.

Cargo

Firma del responsable.

Fecha:
