

Tipo do Documento	PROCOLO/ROTINA/SPCIH - HMAP	CCIH - HMAP
Título do Documento	FICHA DE BUSCA FONADA DE INFEÇÃO DO SÍTIO CIRÚRGICO	

NOME: _____

DATA DE NASC. ____/____/____ IDADE: _____ DATA DO PROCEDIMENTO: ____/____/____

TIPO/ TOPOGRAFICA DA CIRURGIA: _____

ENDEREÇO: _____

FONE: _____

1º CONTATO TELEFONICO (SÉTIMO DIA APÓS CIRURGIA) DATA ____/____/____

TEVE ALGUM PROBLEMA COM A CIRURGIA? () NÃO () SIM

OS PONTOS INFLAMARAM? () NÃO () SIM

SAIU ALGUMA SECREÇÃO/LIQUEDO/PUS? () NÃO () SIM

TEVE FEBRE? () NÃO () SIM

PROCUROU POSTO/HOSPITAL/MÉDICO? () NÃO () SIM

SE SIM O MÉDICO TEVE QUE FAZER ALGUM PROCEDIMENTO?

O MÉDICO RECEITOU ALGUM MEDICAMENTO?

MELHOROU DEPOIS DE QUANTO TEMPO?

USOU SONDA VESICAL DE DEMORA? () NÃO () SIM

2º CONTATO TELEFÔNICO (UM MÊS APÓS A CIRURGIA) DATA ____/____/____

REPETIR AS PERGUNTAS

SE RESPOSTAS NEGATIVAS ENCERRAR COMO " SEM INFEÇÃO"

SE HOUVER SUSPEITA DE INFEÇÃO PREENCHER A NOTIFICAÇÃO A SEGUIR:

AVALIAÇÃO DE INFEÇÃO DO SÍTIO CIRURGICO (ISC)

SINAIS E SINTOMAS: () DOR () HIPEREMIA () CALOR NO LOCAL DA INCISÃO

OUTROS: _____

ISC: () NÃO () SIM OBS.: _____

CLASSIFICAÇÃO DA ISC: () SUPERFICIAL () PROFUNDA () CAVITÁRIA

CONDUTA: () DRENAGEM CIRÚRGICA () RETIRADA DOS PONTOS () ANTIBIOTICOTERAPIA

OUTROS: _____

DADOS DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

() EMERGÊNCIA () URGÊNCIA () ELETIVA

DATA ADMISSÃO ____/____/____ DATA CIRURGIA ____/____/____

CIRURGIÃO: _____ AUXILIAR: _____

ANESTESISTA: _____

TRICOTOMIA () SIM () NÃO OBS: _____

DEGERMAÇÃO DA PELE () SIM () NÃO

ANTISSEPSIA DA PELE COM CLOREXIDINE ALCOOLICA 0,5 () SIM () NÃO

HORA DA CIRURGIA INÍCIO: _____

AIB PROFILÁTICO () NÃO () SIM QUAL: _____

AIB PROFILÁTICO ANTES DA INDUÇÃO () ENTRE 20 E 60 MINUTOS () NÃO OBS.: _____

DOENÇAS PRÉ EXISTENTES

DIABETE () SIM () NÃO

HAS () SIM () NÃO

OBSEIDADE () SIM () NÃO

USO DE CORTICÓIDES () SIM () NÃO

OUTRAS _____

OBSERVAÇÕES: _____
