

Nombre: _____ Apellidos: _____ Iniciales: _____

NHC: [][][][][][][][] F.Nacimiento: [][][][][][][][] Edad: [][] Sexo: H M N°Hab: _____

Ing.Hosp: [][][][][][][][] Ing.UCI: [][][][][][][][] AltaUCI: [][][][][][][][] Alta Hosp: [][][][][][][][]

Diagnóstico: _____

Exitus: Si No Fecha: [][][][][][][][]

Glasgow E: [][] APACHE: [][] SAPSII: [][]

Solo UCI pediátrica:

Peso(Kg): [][][][]

ECMO: Si No

PRISM III: [][]

Origen:

- Planta
- Otra UCI
- Comunidad
- Residencia

Motivo de ingreso:

- Paciente Médico
- Cirugía programada
- Cirugía urgente

Cirugía previa 30d.

(Incluye la que motiva ingreso a UCI):

- No
- Coronaria
- Cardíaca
- Vascular
- Neurocirugía
- Torácica
- Abdominal
- Maxilofacial
- Neurocirugía
- Urología
- Trasplante de riñón
- Trasplante de corazón
- Trasplante de hígado
- Trasplante de pulmón
- Trasplante de páncreas
- Trasplante combinado
- Otra cirugía

Factores de riesgo

- Cirugía urgente (durante estancia UCI) Si No
- Derivación ventricular externa Si No
- Depuración extrarrenal Si No
- Nutrición parenteral Si No
- Neutropenia Si No

Comorbilidades previas

- Diabetes Si No
- Insuficiencia renal Si No
- Inmunodepresión Si No
- Neoplasia Si No
- Cirrosis Si No
- EPOC Si No
- Desnutrición- hipoalbuminemia Si No
- Trasplante de órgano sólido Si No

Otros datos:

- Trauma Si No
- Coronario Si No
- ATB 48h previas Ing.UCI Si No

Factores de riesgo extrínseco

	Inicio			Final		
Vía aérea artif1:	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]
Vía aérea artif2:	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]
Vía aérea artif3:	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]
Traqueostomía:	[][][][]	[][][][]	[][][][]			
Ventil no inv. 1:	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]
Ventil no inv. 2:	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]
Ventil no inv. 3:	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]
Reintubación1:	[][][][]	[][][][]	[][][][]			
Reintubación 2:	[][][][]	[][][][]	[][][][]			
Sonda urinaria:	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]
Cat. Central 1:	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]
Cat. Central 2:	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]
Cat. Central 3:	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]
Cat. Arterial:	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]
N. Parenteral T:	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]
N Enteral:	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]
S.Nasogástrica:	[][][][]	[][][][]	[][][][]			

Colonización / Infección

- SARM (MRSA) Previo Durante No
 Infección Colonización
*Loc.: _____ Fecha: [][][][][][][][]
- Enterococo R-Vancomicina Previo Durante No
 Infección Colonización
*Loc.: _____ Fecha: [][][][][][][][]
- Pseudomona MR Previo Durante No
 Infección Colonización
*Loc.: _____ Fecha: [][][][][][][][]
- Acinetobacter R- Imipenem Previo Durante No
 Infección Colonización
*Loc.: _____ Fecha: [][][][][][][][]
- Enterobacteria - BLEE Previo Durante No
 Infección Colonización
*Loc.: _____ Fecha: [][][][][][][][]
- BGN - Carbapenemasa Previo Durante No
 Infección Colonización
*Loc.: _____ Fecha: [][][][][][][][]
- BGN Multirresistente Previo Durante No
 Infección Colonización
*Loc.: _____ Fecha: [][][][][][][][]
- Clostridium difficile Previo Durante No
- Tuberculosis Previo Durante No

*Localización: Respiratoria, Urinaria, Abdominal, Rectal, Piel/partes blandas, Catéter, Sistema nervioso central (SNC), Sangre, Otras.

Nº Historia _____ **ORIGEN:** Comunitario Extra-UCI Intra-UCI Otro Hospital

Fecha **Localización:** _____

Bacteriemia Si No **Respuesta inflamatoria** No Sepsis Shock séptico

Tipo Catéter: Venoso <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Inserción: Subclavia <input type="checkbox"/> Femoral <input type="checkbox"/> Yugular <input type="checkbox"/> Basílica <input type="checkbox"/> Radial <input type="checkbox"/> Axilar <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	Exposición factor riesgo específico en 48h. Previas Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ha recibido tto antibiótico para esta infección?: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tratamiento apropiado según el antibiograma: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ajuste tratamiento antibiótico Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
---	--

Muestra _____ Micro 1 _____ Micro 2 _____ Micro3 _____

Dx. Clínico _____ Antibiograma 1 _____ Antibiograma 2 _____ Antibiograma 3 _____

Nº Historia _____ **ORIGEN:** Comunitario Extra-UCI Intra-UCI Otro Hospital

Fecha **Localización:** _____

Bacteriemia Si No **Respuesta inflamatoria** No Sepsis Shock séptico

Tipo Catéter: Venoso <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Inserción: Subclavia <input type="checkbox"/> Femoral <input type="checkbox"/> Yugular <input type="checkbox"/> Basílica <input type="checkbox"/> Radial <input type="checkbox"/> Axilar <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	Exposición factor riesgo específico en 48h. Previas Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ha recibido tto antibiótico para esta infección?: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tratamiento apropiado según el antibiograma: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ajuste tratamiento antibiótico Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
---	--

Muestra _____ Micro 1 _____ Micro 2 _____ Micro3 _____

Dx. Clínico _____ Antibiograma 1 _____ Antibiograma 2 _____ Antibiograma 3 _____

Nº Historia _____ **ORIGEN:** Comunitario Extra-UCI Intra-UCI Otro Hospital

Fecha **Localización:** _____

Bacteriemia Si No **Respuesta inflamatoria** No Sepsis Shock séptico

Tipo Catéter: Venoso <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Inserción: Subclavia <input type="checkbox"/> Femoral <input type="checkbox"/> Yugular <input type="checkbox"/> Basílica <input type="checkbox"/> Radial <input type="checkbox"/> Axilar <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	Exposición factor riesgo específico en 48h. Previas Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ha recibido tto antibiótico para esta infección?: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tratamiento apropiado según el antibiograma: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ajuste tratamiento antibiótico Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
---	--

Muestra _____ Micro 1 _____ Micro 2 _____ Micro3 _____

Dx. Clínico _____ Antibiograma 1 _____ Antibiograma 2 _____ Antibiograma 3 _____

Nº Historia _____	Antibiótico: _____	F.inicio <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	F.final <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Indicación	Motivo	Confirmación	Cambio: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> Susp. Precoz <input type="radio"/> No
Inf comunitaria <input type="checkbox"/>	Empírico <input type="checkbox"/>	Si, es adecuado <input type="checkbox"/>	No cubierto <input type="checkbox"/>
Inf . Extra-UCI <input type="checkbox"/>	Dirigido <input type="checkbox"/>	No es adecuado <input type="checkbox"/>	Reducción del espectro <input type="checkbox"/>
Inf Intra-UCI <input type="checkbox"/>		Cultivos negativos <input type="checkbox"/>	Resistencia durante tto. <input type="checkbox"/>
Profilaxis quirúrgica <input type="checkbox"/>	Infección: _____	Ningún cultivo solicitado <input type="checkbox"/>	Mala evolución clínica <input type="checkbox"/>
Otra profilaxis <input type="checkbox"/>		No es infección <input type="checkbox"/>	Toxicidad <input type="checkbox"/>
Desconocida <input type="checkbox"/>			Otros <input type="checkbox"/>

	Antibiótico: _____	F.inicio <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	F.final <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Indicación	Motivo	Confirmación	Cambio: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> Susp. Precoz <input type="radio"/> No
Inf comunitaria <input type="checkbox"/>	Empírico <input type="checkbox"/>	Si, es adecuado <input type="checkbox"/>	No cubierto <input type="checkbox"/>
Inf . Extra-UCI <input type="checkbox"/>	Dirigido <input type="checkbox"/>	No es adecuado <input type="checkbox"/>	Reducción del espectro <input type="checkbox"/>
Inf Intra-UCI <input type="checkbox"/>		Cultivos negativos <input type="checkbox"/>	Resistencia durante tto. <input type="checkbox"/>
Profilaxis quirúrgica <input type="checkbox"/>	Infección: _____	Ningún cultivo solicitado <input type="checkbox"/>	Mala evolución clínica <input type="checkbox"/>
Otra profilaxis <input type="checkbox"/>		No es infección <input type="checkbox"/>	Toxicidad <input type="checkbox"/>
Desconocida <input type="checkbox"/>			Otros <input type="checkbox"/>

	Antibiótico: _____	F.inicio <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	F.final <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Indicación	Motivo	Confirmación	Cambio: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> Susp. Precoz <input type="radio"/> No
Inf comunitaria <input type="checkbox"/>	Empírico <input type="checkbox"/>	Si, es adecuado <input type="checkbox"/>	No cubierto <input type="checkbox"/>
Inf . Extra-UCI <input type="checkbox"/>	Dirigido <input type="checkbox"/>	No es adecuado <input type="checkbox"/>	Reducción del espectro <input type="checkbox"/>
Inf Intra-UCI <input type="checkbox"/>		Cultivos negativos <input type="checkbox"/>	Resistencia durante tto. <input type="checkbox"/>
Profilaxis quirúrgica <input type="checkbox"/>	Infección: _____	Ningún cultivo solicitado <input type="checkbox"/>	Mala evolución clínica <input type="checkbox"/>
Otra profilaxis <input type="checkbox"/>		No es infección <input type="checkbox"/>	Toxicidad <input type="checkbox"/>
Desconocida <input type="checkbox"/>			Otros <input type="checkbox"/>

	Antibiótico: _____	F.inicio <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	F.final <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Indicación	Motivo	Confirmación	Cambio: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> Susp. Precoz <input type="radio"/> No
Inf comunitaria <input type="checkbox"/>	Empírico <input type="checkbox"/>	Si, es adecuado <input type="checkbox"/>	No cubierto <input type="checkbox"/>
Inf . Extra-UCI <input type="checkbox"/>	Dirigido <input type="checkbox"/>	No es adecuado <input type="checkbox"/>	Reducción del espectro <input type="checkbox"/>
Inf Intra-UCI <input type="checkbox"/>		Cultivos negativos <input type="checkbox"/>	Resistencia durante tto. <input type="checkbox"/>
Profilaxis quirúrgica <input type="checkbox"/>	Infección: _____	Ningún cultivo solicitado <input type="checkbox"/>	Mala evolución clínica <input type="checkbox"/>
Otra profilaxis <input type="checkbox"/>		No es infección <input type="checkbox"/>	Toxicidad <input type="checkbox"/>
Desconocida <input type="checkbox"/>			Otros <input type="checkbox"/>

