MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
DIRECCIÓN NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO DE EVENTOS

SIVE - Hospital IAAS

I. Datos del paciente

1. Fecha de captación _____ | _____ | _____ (dd mm aaaa)

2. Servicio ☐ (1) UCI Adulto (2) UCI Pediátrico (3) UCI/Intermedios Neonatal (4) Cirugía (5) Gineco-Obs

3. N° de cama _____

4. Historia clínica / Cédula de identidad _____

5. Tipo de servicio: _____

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 al servicio _____ | _____ | _____ (dd mm aaaa)

10. Fecha de egreso del servicio _____ | _____ | _____ (dd mm aaaa)

11. Diagnósticos de ingreso (CIE 10) _____

12. Motivo de salida del servicio: ☐
(1) Alta hospitalaria
(2) Transferencia hospitalaria
(3) Transferencia del servicio
(4) Defunción

13. Si es neonato, peso al nacer: ☐
(1) ≤ 750g
(2) 751 a 1000g
(3) 1001 a 1500g
(4) 1501 a 2500g
(5) > 2500g

14. Fecha de parto:

dd	mm	aaaa

II. Datos clínicos y factores de riesgo

15. Evento desarrollado / Dispositivos invasivos, procedimientos

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

Nº (evento)	Información dispositivo invasivo, procedimiento						Información evento		
	Fecha de inicio			Fecha de término			Fecha inicio infección		
	dd	mm	aaaa	dd	mm	aaaa	dd	mm	aaaa

III. Factores de riesgo quirúrgico

16. Identificación del cirujano _____

17. Identificación del quirófano _____

IV. Laboratorio

18. Cultivo realizado SI ☐ NO ☐

19. Tipo de muestra _____

20. Agente etiológico identificado

Nº (evento)	Nombre del agente etiológico

21. Nombre de responsable: _____

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO DE EVENTOS

Formulario de llenado inmediato por el personal de epidemiología, con la información del caso de IAAS, para lo cual previamente se ha verificado el cumplimiento de alguno de los criterios citados en las definiciones de caso de la infección sospechada.

II

I. DATOS DEL PACIENTE: ESTE COMPONENTE REGISTRA INFORMACIÓN DEL CASO DE IAAS.

1. **Fecha de captación:** se registra el día, mes y año en el que se capta el caso de IAAS.

2. **Servicio:** registre el número correspondiente, dependiendo del servicio en el que se encuentra hospitalizado el caso de IAAS.

3. **Nº de cama:** registre el número de cama que se le ha asignado al caso IAAS dentro del servicio que se encuentra hospitalizado.

4. **Historia clínica/Cédula de identidad**: colocar el número de expediente o historia clínica que registra el caso de IAAS en el hospital o el número de cédula de identidad si éste es la forma de identificar la historia clínica en el hospital.

5. **Tipo de servicio:** si el servicio registrado en el numeral 2, tiene algunas subdivisiones registre el tipo de servicio. Por ejemplo: en el numeral 2 se registró (1) UCI Adulto, en el numeral 5 Tipo de servicio se puede registrar: Respiratoria, De Quemados, Quirúrgica, Coronaria, Cardiotorácica, entre otras; dependiendo de los tipos de UCI Adulto que disponga el hospital.

6. **Nombre**: registrar los apellidos y nombres del caso de IAAS.

7. **Sexo**: registre el número correspondiente según sea hombre o mujer.

8. **Edad en y Fecha de nacimiento:** si se puede obtener la fecha de nacimiento registre el día, mes y año de nacimiento, y ya no es requisito registrar la edad. Si se desconoce la fecha de nacimiento registrar la edad en años cumplidos, si es menor de un año colocar solamente el número de meses cumplidos y si es menor de un mes colocar el número de días cumplidos, en los casilleros correspondientes.

9. **Fecha de ingreso al servicio:** registre el día, mes y año, en que el caso de IAAS, ingresó al servicio en el que desarrolló la infección.

10. **Fecha de egreso del servicio:** registre el día, mes y año, en que el caso de IAAS, salió del servicio en el que desarrolló la infección.

11. **Diagnósticos de ingreso:** registre el o los principales diagnósticos que tuvo el paciente al ingreso en el servicio, puede registrar hasta tres diagnósticos principales.

12. **Motivo de salida del servicio**: registre el número que corresponda dependiendo de cuál fue el motivo de salida del paciente del servicio en el que se identificó la IAAS:
Alta hospitalaria (1): cuando el paciente se retira del servicio y además se retira del hospital, para reincorporarse a su medio habitual.
Transferencia hospitalaria (2): cuando el paciente se retira del servicio porque es cambiado a otro hospital.
Transferencia del servicio (3): cuando el paciente se retira del servicio porque es cambiado a otro servicio dentro del mismo hospital.

Defunción (4): cuando la condición de salida del paciente es por fallecimiento.

13. **Si es neonato, peso al nacer**: si el caso corresponde a un niño o niña menor de 28 días, registre el peso al nacer en gramos, de acuerdo a las 5 estratificaciones detalladas en el formulario.

14. **Fecha de parto**: si el caso corresponde al componente de vigilancia en el servicio de obstetricia, registre el día, mes y año en que se produjo el parto, sea vaginal o por cesáreaDatos clínicos y factores de riesgo:

II. DATOS CLÍNICOS Y FACTORES DE RIESGO:

15. **Evento desarrollado / Dispositivos invasivos, procedimientos:** de acuerdo a la verificación del cumplimiento de los criterios de las definiciones de caso, registre:

a. En la columna Nº (evento), el número correspondiente al evento desarrollado con su factor de riesgo, existen las siguientes opciones:

Neumonía asociada a ventilación mecánica invasiva (1)
Infección del tracto urinario asociada a catéter urinario permanente (2) Bacteriemia asociada a vía central (3)
Sepsis clínica asociada a vía central (4) Enterocolitis necrotizante (5)
Endometritis puerperal post parto vaginal (6) Endometritis puerperal post parto cesárea (7) Onfalitis (8)
Conjuntivitis (9)

Meningitis (10)
Infección de sitio quirúrgico superficial (11), tipo de procedimiento quirúrgico: en el espacio asignado registre el tipo de procedimiento al cual fue sometido el paciente, mínimo se vigilan los siguientes procedimientos: colecistectomía laparoscópica o por laparotomía, apendicectomía, herniorrafia inguinal, prótesis de cadera, prótesis de rodilla, trasplante hepático, trasplante renal y cesárea.
Infección de sitio quirúrgico profundo (12), tipo de procedimiento quirúrgico: en el espacio asignado registre el tipo de procedimiento al cual fue sometido el paciente, mínimo se vigilan los siguientes procedimientos: colecistectomía laparoscópica o por laparotomía, apendicectomía, herniorrafia inguinal, prótesis de cadera, prótesis de rodilla, trasplante hepático, trasplante renal y cesárea.

b. A continuación registre la información correspondiente al dispositivo invasivo o procedimiento: fecha de inicio y fecha de término, es decir, el día, mes y año en la que se inició y terminó el dispositivo invasivo/procedimiento respectivamente.

c. En la información del evento, registre la fecha de inicio de la infección, que corresponde a la fecha de la primera evidencia clínica de IAAS.

Existen 5 filas en la tabla, en cada fila registra la información de un evento desarrollado, puede registrar hasta 5 IAAS, que pueda presentar el paciente durante su hospitalización en el servicio vigilado.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

DIRECCIÓN NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DENOMINADORES DE UCI ADULTO/PEDIÁTRICO

SIVE - Hospital IAAS

Nombre del hospital: _____

Año /mes: _____

UCI : ☐ (1) Adulto (2) Pediátrico **Tipo de UCI:** _____

Día del mes	N° pacientes en el servicio	N° pacientes con vía central	N° pacientes con CUP	N° pacientes con VM
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
Total				

Nombre del responsable: _____

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos
CUP: Catéter urinario permanente
VM: Ventilación mecánica

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMULARIO RECOLECCIÓN DE DENOMINADORES DE UCI ADULTO/PEDIÁTRICO

Formulario que recoge información de un mes, su llenado es diario por el personal de epidemiología, con la información levantada del número de pacientes con factores de exposición del servicio de UCI. Para su llenado el personal de epidemiología se puede apoyar de las enfermeras líderes de los servicios vigilados.

Se llenará un formulario para el servicio de UCI Adulto y otro formulario para UCI Pediátrico, por mes, tener presente si existen diferentes tipos de UCI, se llenará un formulario por cada uno de ellos.

Encabezado

Nombre del hospital: registre el nombre del hospital de donde se está levantando la información.
Año/mes: registre el año y mes, al que corresponde la información que se levantará en el formulario.
UCI: registre en el casillero asignado el número (1) si la información corresponde a UCI Adulto o (2) si corresponde a UCI Pediátrico.
Tipo de UCI: si en el hospital existen diferentes tipos de UCI, registre en este espacio el tipo de UCI. Por ejemplo: Respiratoria, De Quemados, Quirúrgica, Coronaria, Cardiotorácica, entre otras.

Cuerpo del formulario:

Día del mes: en esta columna ya se encuentra registrado el número de días del mes para que se registre la información, incluye desde el día 1 al día 31. Es decir, si se empieza a levantar la información del mes de enero, los resultados que encuentre durante la visita al servicio el 1 de enero lo registrarán solamente en la fila del día 1, y así sucesivamente hasta finalizar el mes. El levantamiento de la información se debe realizar todos los días incluido sábado, domingo y feriados.

Nº pacientes en el servicio: en esta columna se registra el número total de pacientes que se encuentran en ese día del mes hospitalizados en el servicio del que se está levantando la información.

Nº pacientes con vía central: en esta columna se registra el número total de pacientes que se encuentran en ese día del mes hospitalizados en el servicio del que se está levantando la información, pero que tienen vía central.

- Si un paciente tiene más de una vía central en un mismo día, igual se cuenta como un solo día de vía central.

Nº pacientes con CUP: en esta columna se registra el número total de pacientes que se encuentran en ese día del mes hospitalizados en el servicio del que se está levantando la información, pero que tienen catéter urinario permanente.

Nº pacientes con VM: en esta columna se registra el número total de pacientes que se encuentran en ese día del mes hospitalizados en el servicio del que se está levantando la información, pero que tienen ventilación mecánica.

Total: al final del mes se suma la información de todas las columnas para obtener el total días - paciente en el servicio, días - vía central, días - CUP y días - VM.

Nombre de responsable: registre el nombre del personal de salud responsable del llenado de este formulario.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

DIRECCIÓN NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DENOMINADORES DEL SERVICIO DE CUIDADOS INTERMEDIOS Y UCI NEONATAL

SIVE - Hospital
IAAS

Nombre del hospital: _____

Año /mes: _____

Día del mes	Recién nacidos ≤750g de peso al nacer			Recién nacidos entre 751 y 1000g de peso al nacer			Recién nacidos entre 1001 y 1500g de peso al nacer			Recién nacidos entre 1501 y 2500g de peso al nacer			Recién nacidos con >2500g de peso al nacer		
	N° total recién nacidos	N° recién nacidos con vía central	N° recién nacidos con VM	N° total recién nacidos	N° recién nacidos con vía central	N° recién nacidos con VM	N° total recién nacidos	N° recién nacidos con vía central	N° recién nacidos con VM	N° total recién nacidos	N° recién nacidos con vía central	N° recién nacidos con VM	N° total recién nacidos	N° recién nacidos con vía central	N° recién nacidos con VM
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															
21															
22															
23															
24															
25															
26															
27															
28															
29															
30															
31															
Total															

Nombre del responsable: _____

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos

VM: Ventilación mecánica

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMULARIO RECOLECCIÓN DE DENOMINADORES DEL SERVICIO DE CUIDADOS INTERMEDIOS Y UCI NEONATAL

Formulario que recoge información de un mes, su llenado es diario por el personal de epidemiología, con la información levantada del número de neonatos con factores de exposición en los servicios de cuidados intermedios/UCI neonatal. Para su llenado el personal de epidemiología se puede apoyar de las enfermeras líderes de los servicios vigilados.

Encabezado

Nombre del hospital: registre el nombre del hospital de donde se está levantando la información.
Año/mes: registre el año y mes, al que corresponde la información que se levantará en el formulario.

Cuerpo del formulario:

Día del mes: en esta columna ya se encuentra registrado el número de días del mes para que se registre la información, incluye desde el día 1 al día 31. Es decir, si se empieza a levantar la información del mes de enero, los resultados que encuentre durante la visita al servicio el 1 de enero lo registrarán solamente en la fila del día 1, y así sucesivamente hasta finalizar el mes. El levantamiento de la información se debe realizar todos los días incluido sábado, domingo y feriados.

Se ha estratificado la información a levantar de acuerdo a rangos de peso al nacer del neonato hospitalizado, en el primer bloque se registrará información de los neonatos que tuvieron ≤ 750 gramos de peso al nacer, en el segundo bloque se registrará información de los neonatos que tuvieron entre 751 y 1000 gramos de peso al nacer, en el tercer bloque se registrará información de los neonatos que tuvieron entre 1001 y 1500 gramos de peso al nacer, en el cuarto bloque se registrará información de los neonatos que tuvieron entre 1501 y 2500 gramos de peso al nacer y en el quinto bloque se registrará información de los neonatos que tuvieron > 2500 gramos de peso al nacer.

En cada uno de estos bloques de estratificación de los neonatos por peso al nacer se registrará la siguiente información:

Nº total recién nacidos: en esta columna se registra el número total de neonatos que se encuentran en ese día del mes hospitalizados en el servicio de cuidados Intermedios/UCI neonatal, dependiendo del rango de peso al nacer que esté registrando.

Nº recién nacidos con vía central: en esta columna se registra el número total de neonatos que se encuentran en ese día del mes hospitalizados en el servicio cuidados Intermedios/UCI neonatal, dependiendo del rango de peso al nacer que esté registrando, pero que tienen vía central. Se realiza el conteo de los neonatos con vía central, independientemente del número o tipo que tenga cada uno de ellos.

Nº recién nacidos con VM: en esta columna se registra el número total de neonatos que se encuentran en ese día del mes hospitalizados en el servicio cuidados Intermedios/UCI neonatal, dependiendo del rango de peso al nacer que esté registrando, pero que tienen ventilación mecánica.

Total: al final del mes se suma la información de todas las columnas para obtener el total días - paciente en el servicio, días - vía central y días - VM, estratificados por peso al nacer.

Nombre de responsable: registre el nombre del personal de salud responsable del llenado de este formulario.

- Cuando un neonato no tiene un registro de peso al nacimiento, considerar el primer peso del neonato al contacto con el servicio de salud.
- Cuando en la unidad de neonatología existen niños/as mayores de 28 días, aunque no corresponden a neonatos incluirlos en el denominador; es decir, formarán parte de la estadística del servicio de neonatología.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

DIRECCIÓN NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DENOMINADORES DEL SERVICIO DE CIRUGÍA Y OBSTETRICIA

Nombre del hospital: _____

Año /mes: _____

SIVE - Hospital IAAS

Cirugía	
Tipo de procedimiento	**Número de procedimientos al mes**
Colecistectomía laparoscópica	
Colecistectomía por laparotomía	
Apendicectomía	
Herniorrafia inguinal	
Prótesis de cadera	
Prótesis de rodilla	
Trasplante hepático	
Trasplante renal	

La información recolectada, corresponde a heridas limpias y heridas limpias contaminadas.

GINECOLOGÍA - OBSTETRICIA	
Tipo de parto	**Número de partos al mes**
Vaginal	
Cesárea	

Responsable: _____

Instructivo de llenado del formulario recolección de denominadores del servicio de cirugía y obstetricia

Formulario que recoge información de un mes, su llenado es mensual por el personal de epidemiología. Para su llenado el personal de epidemiología se puede apoyar de las enfermeras líderes de los servicios vigilados.

El formulario recoge información de los denominadores del componente de vigilancia en el servicio de cirugía y del componente de vigilancia en el servicio de obstetricia.

Encabezado

Nombre del hospital: registre el nombre del hospital de donde se está levantando la información.
Año/mes: registre el año y mes, al que corresponde la información que se levantará en el formulario.

Componente de vigilancia en el servicio de cirugía:

Tipo de procedimientos: se encuentran registrados ocho tipos de procedimientos que vamos a vigilar: colecistectomía laparoscópica, colecistectomía por laparotomía, apendicectomía, herniorrafia inguinal, prótesis de cadera, prótesis de rodilla, trasplante hepático y trasplante renal. De acuerdo a la realidad de cada hospital puede incluir la vigilancia de otros procedimientos quirúrgicos.

Número de procedimientos al mes: al final del mes se registra el total por tipo de procedimientos realizados en el mes en el hospital. Se debe registrar los procedimientos que se clasificaron como heridas limpias y heridas limpias contaminadas.

Componente de vigilancia en el servicio de obstetricia:

En la parte inferior del formulario, se levantará información del número de partos al mes, que se produjeron en la unidad de salud, diferenciado si fue parto vaginal o parto por cesárea.

Nombre de responsable: registre el nombre del personal de salud responsable del llenado de este formulario