

SECRETARIA DA SAÚDE



Capacitação em Gestão da Qualidade

CADASTRO BACTÉRIAS HOSPITALARES

Gean Carlos Godoy de Oliveira

Gerenciamento de Amostras/GAL

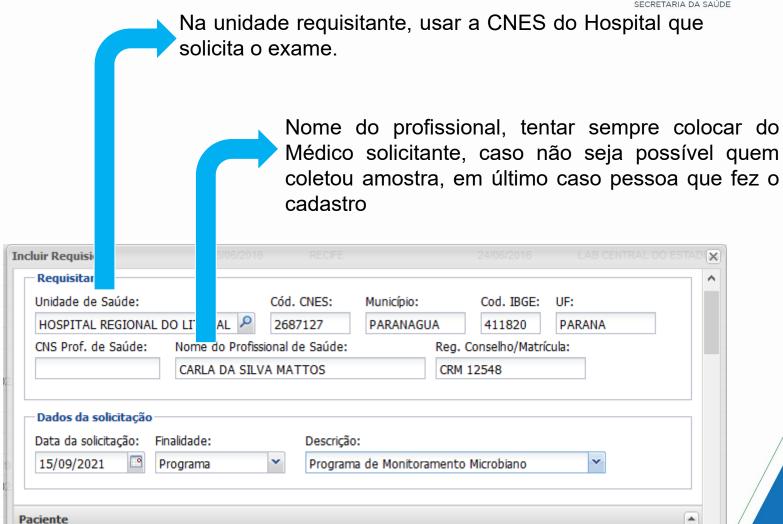
Lacen/PR

2022



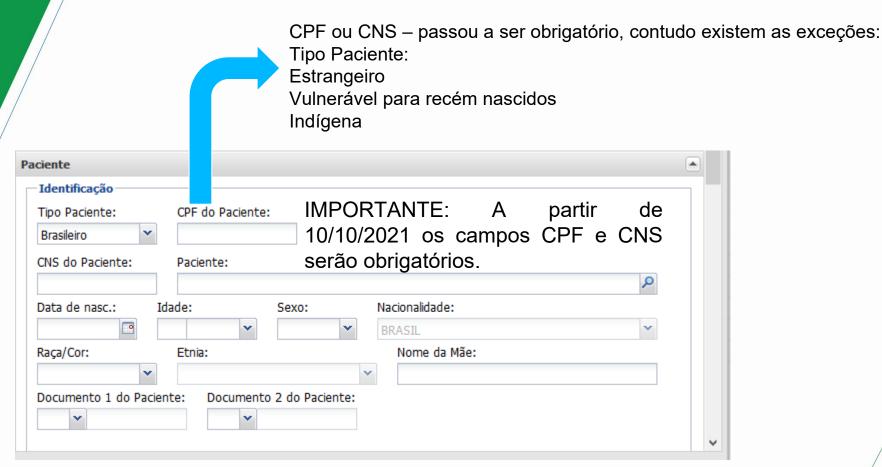
Preenchendo a Requisição





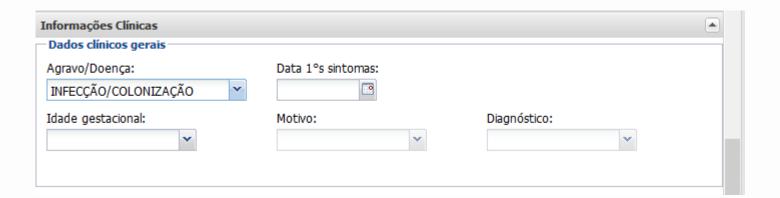
Preenchendo a Requisição







Preenchendo as Informações Clínicas



Preenchendo Detalhes do Agravo GOVER



IMPORTANTE: Preencher os campos conforme exemplo:

Contract of the contract of th	Dosericãos	
Caso:	Descrição:	
Vigilância 💌		
aciente foi a Obito?:	Tratamento:	Etapa:
Não	Semana 💌	Avaliação de Resistênci 🐣
) paciente tomou vacina?:	Vacina?:	
Sim	COVID - ASTRAZENECA	
Origem da Infecção:		Paciente Internado:
IRAS (Infecção Relacionada a A	ssistência à Saúde/	Sim
Unidade de Terapia Intensiva - Pacientes com suspeita de infe por microrganismo multirresist	cção/colonização	Tipo de ocorrência do agravo doença:
Sim		Colonização
rincipal sítio de localização da	infecção:	
	Antibiótico:	Antifúngico:
aciente em uso de ntibióticos/antifúngicos:	ATTUDIOLICO.	Andrangico.

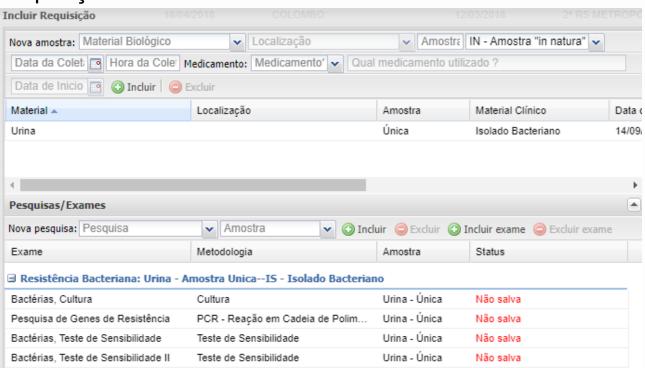
Preenchendo a Requisição



Amostras: Exames diferentes

Ao cadastrar o exame de Resistência Bacteriana, verificar qual amostra corresponde ao exame solicitado. Isolado bacteriano – **Urina**

Caso o exame contenha mais que uma amostra de isolado bacteriano, é necessário cadastrá-las na mesma requisição.



Campo Observações:



Preencher com o máximo de informações possíveis:

Ex:

SOLADO BACTERIANO DE CGP SEM IDENTIFICAÇÃO. IDENTIFICADO COMO LEUCONOST MESENTEROIDES NO VITEK E COMO AEROCOCCUS VIRIDANS NO PHOENIX. SOLICITO IDENTIFICAÇÃO.

Exemplo de Requisição a ser enviada





Dados do Agravo

Governo do Estado do XXXXXX Secretaria Estadual da Saúde LACEN

R: NoNoNoNo NoNoNo NoNo, 9999 - NoNoNo - NONO No NoNoNo CNP3: 11.111.111/1111-11





Paciente Cartão SUS CPF 00369380924 708600096950980 Data de Nascimento Idade Sexo GEAN CARLOS GODOY DE OLIVEIRA 43 ANO(S) MASCULINO Etnia Documentos do Paciente Nome da Mãe Logradouro ANA MARIA GODOY DE OLIVEIRA RG: 64573063 Complemento Referência Bairro Município Cod. IBGE CEP Zona CASCAVEL

Requisitante			
Unidade de Saúde HOSPITAL REGIONAL DO LITORAL	Cód. CNES 2687127	Município PARANAGUA	Cod. Município 411820
Cartão Profissional de Saúde	Professional de Saúde CARLA DA SILVA MATTOS		N. Registro/Classe Profissional CRM 12548

Dados da Solicitação			
Data da Solicitação 15/09/2021	Finalidade Programa	Descricao Programa de Monitoramento Microbiano	

Informações Clínicas		
Agravo	Data dos primeiros sintomas	Idade Gestacional
INFECÇÃO/COLONIZAÇÃO	14/09/2021	
Motivo	Diagnóstico	

- 40															700	
c	aso	Paciente foi a óbito	Tempo	Período de Tratamento	Etapa tratamento	Tomou vacina	Vacina	Origem da infecção	Paciente internado	Unidade de internação		ocorrência do agravo	Paciente em uso de antibióticos / antifúngicos		Antifungico	
٧	/igilâncial	Não	1	Semana	Avaliação de Resistência	Sim	COVID - ASTRAZENECA	IRAS (Infecção Relacionada a Assistência à Saúde/Infecção Hospitalar)	Sim	Unidade de Terapia Intensiva - Adulto	Sim	Colonização	Sim	Acido pipemidico Amoxicilina Azitromicina Aztreonam	Anfotericina B Voriconazol Posaconazol Ravuconazol Miconazol	

Notificação SINAN Agravo/Doença Unidade de Saúde Notificante	CID 10	N.º Notificação	Data da Notificação CNES	
Município		Cód. IBGE	UF	

A	mostra/Exame										
	Resistência Bacteriana - Urina - 1º amostr	a -						Medicamento			
	Exame	Metodologia	Material	Localização	Amostra	Material Clínico	Data da Coleta	Hora da Coleta	Usou?	Nome	Data de Início do Uso
L	Bactérias, Cultura	Cultura	Urina		1	Isolado Bacteriano	14/09/2021	a hardy by	-		11 march 2001 (1971)
	Bactérias, Teste de Sensibilidade	Teste de Sensibilidade	Urina		1	Isolado Bacteriano	14/09/2021				7
	Pesquisa de Genes de Resistência	PCR - Reação em Cadeia de Polimerase	Urina	9	1	Isolado Bacteriano	14/09/2021				1

GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ SECRETARIA DA SAÚDE

Identificação da Amostra

- As amostras deverão ser identificadas adequadamente e individualmente;
- Amostras com identificação inadequada não serão processadas;

Maneira Incorreta do Envio:



Exemplo1 – Placas mal acondicionadas, identificação sem etiqueta gal



Exemplo 2 – Duas amostras e apenas cadastro de uma delas na requisição





Envio da Amostra

Maneira Correta do Envio:

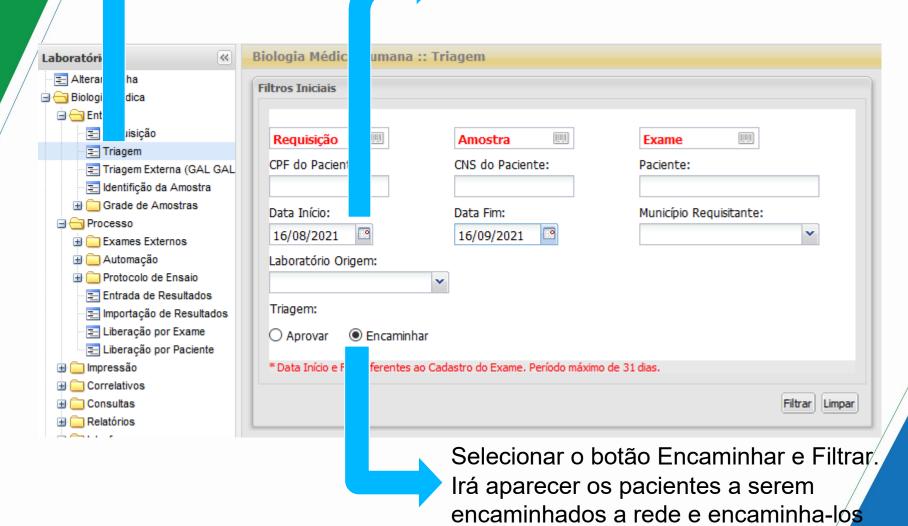




Triagem da Requisição On line



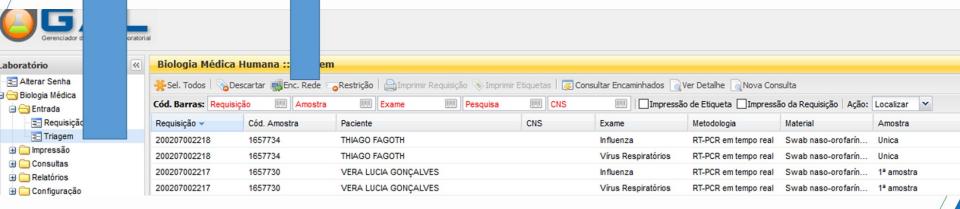
Selecionar o período – Máx 31 dias





Após o cadastro o Munícipio deve ir em TRIAGEM, selecionar o seu paciente.

E fazer o Encaminhamento da Requisição ON LINE para Rede







Contato:

Gean Carlos Godoy de Oliveira – Gerente GAL PR Tel.: (41) 3299-3201 – geangodoy@sesa.pr.gov.br