



Capacitação em Gestão da Qualidade

CADASTRO BACTÉRIAS HOSPITALARES

Gean Carlos Godoy de Oliveira

Gerenciamento de Amostras/GAL

Lacen/PR

2022

| | | Biologia Médica – Entrada Selecionar - Requisição Incluir - Cria-se uma nova requ | | | | | | GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ SECRETARIA DA SAÚDE SIÇÃO | | | | |
|----------------------|---------------------|---|----------------------------|---------------|-----------------------------|-------------------------|-----------------|--|-----------|--|--|--|
| | | | ſ | Altera | r – Altera-s | e dados l r a requis | básicos ição | da requis | ição | | | |
| | biente Laboratorial | | | | | Imprimi | r as etic | quetas | | | | |
| Laboratório | ~ | Biologia Méd | :: Requ io | | | | | | | | | |
| E Alterar Sen | | ¥Sel. Todos│ ② In | ncluir 🌄 Alterar 🤤 Excluir | 🕒 Imprimir 📎 | > Imprimir Etiquetas Cód. | barras: Requisição | CNS: (| CNS 📖 | | | | |
| Biologia Mé | | Requisição | Paciente | | CNS | CPF | Dt. Cadastro | Mun. Residência | | | | |
| Requisição | | 191901003207 | CARLOS FELIPE FONSED | A | | | 29/07/2019 | CAMBARA | | | | |
| = Triagem | | 191901003183 | ALINE MARTINS DA SILV | A | | | 24/07/2019 | CAMBARA | | | | |
| 🕀 🧰 Impressão | | 191901003206 | MARIANE APARECIDA DE | LIMA | | | 29/07/2019 | CAMBARA | | | | |
| | | | ANA BEATRIZ ALVES | | 704206227979088 | | 02/08/2019 | JACAREZINHO | | | | |
| Relatórios | | 191901003715 | KARINE PAULA DE OLIVE | IRA | | | | | | | | |
| Eormulários e Manuai | | 191901003718 | JOSE AMARILDO DE FRE | ITAS AGUIAR | | | 25/10/2019 | BARRA DO JACAR | E | | | |
| E Notícias | | 191901000503 | NELSON JUNIOR BONIFA | CIO DE ARAUJO | | | 28/03/2019 | JACAREZINHO | | | | |
| E Sobre | | 191901003714 | TALISON ROSA DE BRITO |) | | | 24/10/2019 | CAMBARA | | | | |
| | | 191901003728 | MARCIA LEMES DE TOLE | DO BENTO | 702008892418883 | | 28/10/2019 | SANTO ANTONIO D | A PLATINA | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

Preenchendo a Requisição



Na unidade requisitante, usar a CNES do Hospital que solicita o exame.

Nome do profissional, tentar sempre colocar do Médico solicitante, caso não seja possível quem coletou amostra, em último caso pessoa que fez o cadastro

| Unidade de Saúde: | | Cód. | CNES: Munici | ípio: | Cod. IBGE: | UF: | , |
|------------------------------------|-------------------|----------------|----------------|-------------|----------------|--------|---|
| HOSPITAL REGIONA | L DO LI A | L 🔑 2687 | 127 PARA | NAGUA | 411820 | PARANA | |
| CNS Prof. de Saúde: | Nome do | Profissional d | e Saúde: | Reg. | Conselho/Matri | cula: | |
| | CARLA D | A SILVA MAT | TOS | CRM | 12548 | | |
| | | | | | | | |
| Dadas da solisitação | | | | | | | |
| Dauos da solicitação | , Einelide des | | D | | | | |
| Date de calinte d'au | Finalidado. | | Descrição: | | | | |
| Data da solicitação: | rinaliuaue. | | | | | | |
| Data da solicitação: 15/09/2021 | Programa | ~ | Programa de Mo | nitoramento | Microbiano | * | |
| Data da solicitação: 15/09/2021 | Programa | ~ | Programa de Mo | nitoramento | Microbiano | * | |

Preenchendo a Requisição



CPF ou CNS – passou a ser obrigatório, contudo existem as exceções: Tipo Paciente: Estrangeiro Vulnerável para recém nascidos Indígena Paciente * Identificação IMPORTANTE: Α partir de CPF do Paciente: Tipo Paciente: 10/10/2021 os campos CPF e CNS Brasileiro × serão obrigatórios. CNS do Paciente: Paciente: 9 Idade: Nacionalidade: Data de nasc.: Sexo: • × ¥. BRASIL \mathbf{v} Raça/Cor: Nome da Mãe: Etnia: × × Documento 1 do Paciente: Documento 2 do Paciente: × ×



Preenchendo as Informações Clínicas

| Informações Clínicas Dados clínicos gerais | | | |
|---|--------------------|--------------|--|
| Agravo/Doença: INFECÇÃO/COLONIZAÇÃO 💙 | Data 1°s sintomas: | | |
| Idade gestacional: | Motivo: | Diagnóstico: | |

Preenchendo Detalhes do Agravo GOVER



IMPORTANTE: Preencher os campos conforme exemplo:

| Caso: | Descrição: | |
|--|--|---|
| Vigilância 💙 | | |
| Paciente foi a Obito?: | Tratamento: | Etapa: |
| Não 💙 | Semana 💌 | Avaliação de Resistênci 🍸 |
| O 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 | Adulto 👻 ecção/colonização tente?: | Tipo de ocorrência do agravo doença: |
| | | Colonização 🎽 |
| Sim 💌 | | |
| Sim 💌 | infecção: | |
| Sim 💌 | infecção: | |
| Sim Principal sítio de localização da Paciente em uso de antibióticos (antifúngioos; | ninfecção: | Antifúngico: |

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.

| ncluir Requisição 18/0 | | | | RS METROPO |
|--|-----------------------------|-----------------------|-------------------------|------------|
| Nova amostra: Material Biológico | ✓ Localização | ✓ Amostr | ɛ IN - Amostra "in natu | ra" 🗸 |
| Data da Coleti 📑 Hora da Colei | Medicamento: Medicamento' ~ | Qual medicamento u | tilizado ? | |
| Data de Inicio 📑 🕢 Incluir 🛛 🤤 | Excluir | | | |
| Material 🔺 | Localização | Amostra | Material Clínico | Data (|
| Urina | | Única | Isolado Bacteriano | 14/09 |
| Pesquisas/Exames Nova pesquisa: Pesquisa | Amostra 🗸 | 🗿 Incluir 🤤 Excluir 🔇 |) Incluir exame 🤤 Exclu | ir exame |
| - | | | | II exame |
| Exame | Metodologia | Amostra | Status | |
| Resistência Bacteriana: Urina - | Amostra UnicaIS - Isolado B | acteriano | | |
| Bactérias, Cultura | Cultura | Urina - Única | Não salva | |
| Pesquisa de Genes de Resistência | PCR - Reação em Cadeia de P | olim Urina - Única | Não salva | |
| | | | | |
| Bactérias, Teste de Sensibilidade | Teste de Sensibilidade | Urina - Única | Não salva | |

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





| | Resistencia Bacteriana - Unina - 1º amostra - | | | | | | | | | | |
|---|---|--------------------------------------|----------|-------------|---------|--------------------|----------------|----------------|-------|------|------------------------------|
| | Exame | Metodologia | Material | Localização | Amostra | Material Clínico | Data da Coleta | Hora da Coleta | Usou? | Nome | Data de Início do Uso |
| | Bactérias, Cultura | Cultura | Urina | | 1 | Isolado Bacteriano | 14/09/2021 | | 1 | | States I In States Children, |
| | Bactérias, Teste de Sensibilidade | Teste de Sensibilidade | Urina | | 1 | Isolado Bacteriano | 14/09/2021 | | | | 1 |
| | Pesquisa de Genes de Resistência | PCR - Reação em Cadeia de Polimerase | Urina | 8 | 1 | Isolado Bacteriano | 14/09/2021 | | | | |
| 1 | | | | | | | | | | | |



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





| / Laboratóri | * | Biologia Médic | umana :: T | riagem | | | | |
|---|--|-------------------|----------------|---|---------------------|----------------|---------------|--------------------|
| E Altera Biologi | ha dica | Filtros Iniciais | | | | | | |
| E Tria | lisição gem | Requisição | | Amostra IIII | | Exame | | |
| ⊡ Eran ⊡ Gra | gem Externa (GAL GAL tifição da Amostra de de Amostras | | | | | | | |
| 🖃 🚍 Process 🕀 🧰 Exa | so mes Externos | 16/08/2021 | | Data Fim: 16/09/2021 | [| Municipio Requ | iisitante: | ~ |
| 🕀 🧰 Auto | omação ocolo de Ensaio ada de Resultados | Laboratório Orig | em: | Image: A start of the start of | | | | |
| E Impo | ortação de Resultados pração por Exame | Triagem: |) Encaminhar | | | | | |
| E Libe | ração por Paciente são tivos | * Data Início e F | ferentes ao Ca | dastro do Exame. Período | máximo de 31 d | lias. | | |
| Consult Relatóri | as ios | | | | | | | Filtrar Limpar |
| · | | | | Selecionar | o botão er os pa | o Encar | ninha a se | r e Filtrai rem |
| | | | | encaminha | dos a r | ede e e | encam | inha-los |



Após o cadastro o Munícipio deve ir em TRIAGEM, selecionar o seu paciente. E fazer o Encaminhamento da Reguisição ON LINE para Rede oratorial ~ Biologia Médica Humana :: em aboratório \Xi Alterar Senha ₩Sel. Todos | ADescartar 🔜 Enc. Rede 🕞 Restrição | 🚔 Imprimir Requisição 📎 Imprimir Etiquetas | 🥃 Consultar Encaminhados 🛛 Ver Detalhe 🖓 Nova Consulta 🛛 🔄 Biologia Médica Cód. Barras: Requisição M Amostra Exame Pesquisa CNS Impressão de Etiqueta Impressão da Requisição Ação: Localizar × 🖃 📥 Entrada = Requisição Requisição -Cód. Amostra Paciente CNS Exame Metodologia Material Amostra = Triagem 200207002218 1657734 THIAGO FAGOTH Influenza Swab naso-orofarin ... RT-PCR em tempo real Unica 🕀 🦲 Impressão 200207002218 1657734 THIAGO FAGOTH Vírus Respiratórios RT-PCR em tempo real Swab naso-orofarin... Unica 🗄 🧰 Consultas 200207002217 1657730 VERA LUCIA GONÇALVES Influenza RT-PCR em tempo real Swab naso-orofarin... 1ª amostra 🗄 🧰 Relatórios 200207002217 1657730 VERA LUCIA GONÇALVES Vírus Respiratórios RT-PCR em tempo real Swab naso-orofarin... 1ª amostra 🗄 🧰 Configuração





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