

HELICS VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA INFECÇÃO CIRÚRGICA PROTOCOLO



2007

**PROTOCOLO TRADUZIDO E ADAPTADO DO HOSPITALS IN EUROPE
LINK FOR INFECTION CONTROL SURVEILLANCE SYSTEM - HELICS
EUROPEU**

“Surveillance of surgical Site Infections” - Protocol 9.1 de Setembro de 2004

Coordenador do Programa HELICS – CIRUGIA:

Dr. Luis Gabriel, membro do Grupo Coordenador do PNCl; Cirurgião no Hospital de Beja

Revisão :

Dr.^a Ana Cristina Costa

Enf.^a Maria Goreti Silva

Enf.^a Elena Noriega

INTRODUÇÃO

A Vigilância Epidemiológica (VE) que por definição, consiste no registo contínuo e sistemático, a análise e interpretação e informação de retorno referente às infecções nosocomiais, é hoje aceite como pedra basilar de um programa de prevenção e controlo de infecção.

O Programa de VE da Infecção do Local Cirúrgico – HELICS-Cirurgia, é um programa de VE em rede nacional e está contemplado no Programa Nacional de com base na rede de VE Europeia. A Rede Europeia de VE tem por objectivos: Monitorizar e descrever a epidemiologia da IACS na Comunidade Europeia (CE) com vista a corresponder aos objectivos da Decisão 2119/98 EC do Parlamento Europeu e do Conselho; Acompanhar a incidência e distribuição geográfica da IACS; Identificar as regiões ou países que necessitam de apoio da CE para a VE e controlo destas infecções; Assegurar a comunicação de dados relevantes sobre as IACS à Comissão Europeia como complemento da transmissão de dados pelas autoridades de Saúde nacionais; Facilitar a comunicação e troca de experiências entre as redes nacionais de VE das IACS.

Nos EUA, desde há mais de 30 anos que funciona uma rede nacional de VE (National Nosocomial Infection Study – NNIS). Na Europa, em 1988 e na sequência de um estudo piloto da OMS dirigido às infecções do local cirúrgico (no qual participaram 3 hospitais portugueses), vários países criaram redes de VE e tentaram conjugar os esforços de modo a tirar os maiores benefícios da informação obtida. As comparações entre eles têm fornecido uma riqueza de informação que não se poderia obter a nível de cada país considerado individualmente. Desta experiência nasceu o projecto HELICS (Hospitals in Europe Link for Infection Control through Surveillance). Este projecto teve como objectivo estabelecer um sistema de consulta e uma colaboração e coordenação entre redes nacionais/regionais de VE existentes ou a criar, a fim de obter um nível de base de comparação de resultados locais e identificar factores de risco possíveis de intervenção e melhoria.

As infecções do local cirúrgico (ILC) encontram-se entre as que se prestam à VE e surge como uma prioridade oficial para VE em vários países europeus. Na fase I de implementação do HELICS foram identificados 16 redes de registo de ILC. Em inícios de 2003 já existiam redes oficiais de registo na Áustria, Alemanha, Bélgica, Dinamarca, Escócia, Espanha, França, Finlândia, Inglaterra, Irlanda do Norte, Itália, Noruega, País de Gales, Países Baixos, Portugal e Suécia.

Um inquérito preliminar e comentários sobre versões anteriores do protocolo permitiu concluir que a maioria dos países já incluíam no seu registo 80 a 100% das variáveis definidas no protocolo actual, na maior parte baseadas nos conceitos do NNIS.

Por esse motivo decidiu-se que seria desejável manter o sistema de codificação dos procedimentos e factores de risco utilizados pelo NNIS fazendo a trans-codificação dos códigos do ICD-9-CM ou outros utilizados. Este

protocolo que se baseia na experiência das redes nacionais existentes deve ser passível de adaptação às redes existentes e facilitar a criação de novas redes.

O princípio básico subjacente a este protocolo é o conceito da garantia de qualidade aplicado à ILC através da vigilância epidemiológica. O objectivo principal é assegurar a padronização das definições, colheita de dados e procedimentos de envio para os hospitais participantes das redes nacionais/regionais de VE da ILC em toda a Europa, a fim de contribuir para a VE das infecções nosocomiais e melhoria de qualidade multicêntrica.

É garantida a confidencialidade dos dados a nível nacional, pela Direcção-Geral da Saúde, não havendo identificação de Instituições e de Doentes estudados.

Os objectivos específicos das actividades de VE são:

a. ao nível de cada hospital:

Reduzir a incidência da ILC encorajando aqueles que sentem o problema (Os profissionais de cirurgia) a:

- cumprir as recomendações existentes par a “boa prática cirúrgica”;
- corrigir ou melhorar práticas específicas;
- desenvolver, implementar e avaliar novas práticas preventivas.

A participação na rede europeia também produzirá ganhos a nível local através das comparações internacionais que poderão fornecer pistas que não seria possível identificar pela VE limitada a nível regional ou nacional.

b. ao nível da coordenação da rede nacional

Possibilitar o fornecimento aos serviços participantes os dados de referência que permitam a comparação de taxas, ajustadas pelo risco, entre serviços/hospitais a fim de:

- Seguir as tendência epidemiológicas ao longo do tempo
- Identificar e seguir os factores de risco para a ILC
- Melhorar a qualidade da colheita de dados

c. ao nível da Comunidade Europeia (HELICS)

- Monitorizar e descrever a epidemiologia das ILC na CE com vista a corresponder aos objectivos da Decisão 2119/98 EC do Parlamento Europeu e do Conselho (1)
- Acompanhar a incidência e disseminação geográfica da ILC para um número de cirurgias seleccionadas
- Identificar as regiões ou países que necessitam de apoio da CE para a VE e controlo das infecções nosocomiais
- Assegurar a comunicação de dados relevantes sobre infecções nosocomiais à Comissão Europeia como complemento da transmissão de dados pelas autoridades de Saúde nacionais
- Facilitar a comunicação e troca de experiências entre as redes nacionais/regionais de VE das infecções nosocomiais

- Estimular a criação de centros de coordenação nacional/regional para a VE das ILC quando estes centros ainda não existam
- Fornecer apoio metodológico e técnico aos centros coordenadores nacionais/regionais
- Melhorar a metodologia da VE, validação e utilização dos dados
- Validar os factores de risco de ILC a nível da CE
- Explorar a correlação entre indicadores de estruturas e processos e a incidência de ILC em toda a Europa a fim de gerar hipóteses e novas abordagens no controlo de infecções nosocomiais.

Propõem-se os seguintes métodos:

1. uma vigilância prospectiva da incidência de ILC com
2. informação de retorno orientado ao cirurgião dos resultados individuais expressos por taxas de incidência, e
3. comparação destes resultados com os seus próprios resultados anteriores, com objectivos estabelecidos a nível local, e com resultados dos seus pares.

Serão aspectos importantes desta VE:

4. Em tempo oportuno
5. VE contínua ou efectuada a intervalos regulares ou durante um período suficientemente longo para obter dados significativos e com uma boa impressão das tendências a longo prazo
6. Ajustamento/controlo de factores de confundimento (case-mix. Factores de risco e duração da observação) a fim de tornar as comparações mais significativas: este protocolo propõe um conjunto mínimo de dados que incluem os indicadores mais frequentemente utilizados de exposição, risco e resultados
7. Definição precisa da população alvo com comparações ao longo do tempo ou entre centros correspondendo a grupos de doentes similares. Deve ser tomado um cuidado especial para evitar o viés de selecção devido a exclusão sistemática de certos tipos de doentes (p.ex. durante os turnos da noite, fins de semana...)
8. Concentração nos tipos de infecção graves/caras/frequentes mas evitáveis. Contudo, outras complicações não-infecciosas podem ser incluídos no âmbito da VE quando forem relevantes, necessários ou solicitados
9. Inclusão de utilização/frequência/características de práticas seleccionadas de cuidados (p.ex. avaliação de processos, em contraste com a avaliação de resultados acima referidos). Um exemplo típico será a utilização de profilaxia antibiótica
10. Garantia da qualidade dos dados o que implica avaliação e validação dos dados colhidos
11. Finalmente, a qualidade da prática deve ser melhorada e os problemas identificados devem ser corrigidos; o principal instrumento é o poder da informação através de um método eficaz de informação de retorno.

Será estabelecida uma base de dados permanente no formato do protocolo sob a responsabilidade da Equipa de Gestão do HELICS. Esta base de dados fornece as condições necessárias para a produção de dados comparativos e

indicadores sobre a ILC para um número seleccionado de procedimentos cirúrgicos registados e enviados pelas redes nacionais participantes nos países europeus. Esta análise será organizada a nível central e conta a cooperação das equipas de Bruxelas e Lyon. Para além disso, a base de dados europeias será utilizada para análises específicas quando solicitado pelas estruturas de saúde pública nacionais ou Europeia assim como pelas sociedades científicas criando uma rede europeia de redes de VE da ILC baseados no protocolo do HELICS.

Indicadores a serem produzidos a nível Europeu relativa à ocorrência e características das infecções do local cirúrgico

Os indicadores produzidos pelo HELICS levam em conta os factores de risco aceites para doentes cirúrgicos. Uma análise comparativa prudente será possível recorrendo ao uso da taxa de infecção estratificada pelo nível de risco. Por isso, o índice de risco NNIS (1,2) será utilizado a fim de estratificar os doentes de acordo com os principais factores de risco e compara os grupos ajustados de doentes. O índice de risco NNIS é pontuado com base na informação de:

- Risco de contaminação da ferida: classe de contaminação da ferida
- Estado físico do doente: Pontuação ASA do anestesiológista
- Duração da cirurgia (cirurgia com duração superior a t horas onde t corresponde aproximadamente ao percentil 75 da duração da cirurgia para o procedimento cirúrgico)

São definidos quatro níveis (de zero a 4) de risco através da combinação de estes três factores (Tabela 1). Deve notar-se que os valores de *cut-off* para a duração da cirurgia americanos serão utilizados nas fases iniciais. Assim que a base de dados europeia atinja uma dimensão suficiente serão gerados os valores a serem utilizados a nível europeu. Para os procedimentos laparoscópicos no colon e colecistectomia o índice de risco será reduzido em um ponto (3,4). O índice de risco M ou-1 será utilizado para indicar que não estava presente qualquer factor de risco e que o procedimento foi efectuado por via laparoscópica.

Tabela 1 - Estratificação para as três variáveis do índice de risco

Variáveis para estratificação	Índice de risco	Pontos
Pontuação ASA	> 2	1
Duração da cirurgia	> percentil 75	1
Classe de contaminação da ferida	Classe de contaminação >2	1

Para cada procedimento sob VE e para cada nível de índice de risco NNIS a base de dados da CE produzirá taxas de infecção do local cirúrgico (superficial, profunda, órgão ou espaço. Total) expressas como percentagem do número de intervenções e como densidade de incidência (número de ILC com início antes da alta por 100 dias de internamento)

O primeiro indicador (%ILC) dá uma imagem mais completa para cada procedimento, mas é altamente dependente na intensidade da VE após a alta, que varia consideravelmente entre hospitais e entre países.

O segundo indicador (número de ILC adquiridas durante o internamento por 1000 dias de internamento) apenas considera as infecções que surgem durante o internamento e não reflecte um quadro epidemiológico completo nomeadamente para os procedimentos com tempos de internamento curtos. Contudo, na medida em que não é afectado pela intensidade da VE após a alta pode constituir um indicador mais fiável para comparações entre hospitais ou entre redes.

Definições de Infecções do Local Cirúrgico

As infecções relacionadas com a ferida operatória dividem-se em dois tipos: as incisionais, superficiais ou profundas, e as infecções de órgãos ou espaços.

Uma **infecção incisional superficial** deve verificar os seguintes critérios: surge durante os 30 dias posteriores à cirurgia **e** afecta apenas a pele e o tecido celular subcutâneo no local da incisão **e**, para além disso, deve verificar-se, **pelo menos, um** dos seguintes critérios:

- a. drenagem purulenta da incisão superficial
- b. cultura positiva de líquido ou de tecido proveniente da incisão superficial (a partir de uma amostra colhida assepticamente)
- c. **pelo menos um** dos seguintes sinais ou sintomas de infecção: dor ou hipersensibilidade ao tacto ou à pressão, inflamação local (calor ou eritema); **e** a incisão superficial é aberta deliberadamente pelo cirurgião, **a não ser que** a cultura seja negativa
- d. diagnóstico médico de infecção superficial da incisão.

COMENTÁRIO

Os seguintes casos não se consideram infecções superficiais: abscesso mínimo do ponto de sutura, queimadura infectada, infecção incisional que se estende até à fascia e parede muscular, infecção do local de circuncisão, episiotomia.

A **infecção incisional profunda** deve verificar **o** seguinte critério: surgir nos 30 dias posteriores à intervenção, quando não houve colocação de prótese (qualquer corpo estranho de origem não humana como válvula cardíaca, prótese valvular, articular, que se implanta de forma permanente), ou dentro do primeiro ano se tiver havido colocação de prótese, **e** a infecção está relacionada com o procedimento cirúrgico **e**, para além disso, a infecção afecta os tecidos moles profundos da incisão (fascia e parede muscular). Para além disso, deve verificar-se, **pelo menos, um** dos seguintes critérios:

- a. drenagem purulenta da zona profunda da incisão mas não de órgãos ou espaços
- b. a incisão profunda abre-se espontaneamente ou é aberta pelo cirurgião quando o doente tem pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas, a não ser que o exame microbiológico cultural seja negativo: febre (>38°); dor localizada; hipersensibilidade ao tacto ou à pressão

- c. durante uma re-intervenção ou por inspecção directa ou no exame histopatológico ou radiológico, se encontra um abcesso ou outra evidência de infecção que afecta os tecidos profundos da incisão
- d. diagnóstico médico de infecção incisional profunda.

Uma **infecção de órgão ou espaço** afecta qualquer parte do corpo, distinta da incisão, aberta ou manipulada durante um procedimento operatório. Por exemplo, um abcesso subdiafragmático subsequente a uma apendicectomia seria um caso típico de infecção de órgão/espaço intra-abdominal.

A **infecção de órgão ou espaço** deve verificar **o** seguinte critério: surgir nos 30 dias posteriores à intervenção, se não tiver havido colocação de prótese, ou no decurso do ano seguinte à intervenção no caso de prótese, **e** a infecção deve estar relacionada com o procedimento cirúrgico **e**, para além disso, deve afectar qualquer parte do corpo aberta ou manipulada durante o acto operatório, distinta da incisão. Deve ainda verificar-se, **pelo menos, um** dos seguintes critérios:

- a. líquido purulento recolhido mediante drenagem colocada num órgão ou num espaço
- b. cultura positiva de amostras obtidas de forma asséptica a partir de fluidos ou tecidos provenientes de órgãos ou espaços
- c. no decurso de uma re-intervenção ou por inspecção directa, ou no exame histopatológico ou radiológico, se observa um abcesso ou outra evidência de infecção que afecta um órgão ou espaço
- d. diagnóstico médico de infecção cirúrgica de órgão ou espaço.

Localizações específicas de infecção de órgãos/espaço:

- abcesso espinal sem meningite
- abcesso mamário ou mastite
- arterial ou venosa
- articular
- cavidade oral (boca, língua, gengivas)
- endocardite
- endometrite
- espaço discal
- faringite; via respiratória superior
- intra-abdominal, não especificada noutra local
- intra-craniana, abcesso cerebral ou da duramater
- mediastinite
- meningite e ventriculite
- miocardite ou pericardite
- olho, excepto conjuntivite
- osteomielite
- ouvido, mastóide
- sinusite
- tracto gastrointestinal
- vaginal
- outras infecções das vias respiratórias inferiores
- outras infecções das vias urinárias
- outras infecções do aparelho reprodutor masculino/feminino.

COMENTÁRIOS

Infecções que afectam mais do que um local específico, as infecções que afectam tanto a incisão superficial como profunda, devem ser classificadas como infecções incisionais profundas.

Ocasionalmente, as infecções de órgão/espaco drenam através da incisão. Estas infecções são geralmente consideradas como complicações da incisão, pelo que se classificam como infecções incisionais profundas.

5. Colheita de dados

5.1 População estudada

Todos os dados dos hospitais participantes (ou serviços específicos dentro de um hospital) podem ser incluídos na rede oficial de registo para inclusão na base de dados europeia.

As redes participantes deverão, progressivamente, uniformizar os seus critérios de selecção a fim de melhorar e garantir a representatividade dos seus dados.

Recomenda-se um período mínimo de registo de 3 meses sendo contudo desejável um registo contínuo.

5.2 Tipo de cirurgias a incluir no registo

Basicamente os tipos e os números de operações a serem reportados pelas redes nacionais à base de dados europeia depende da capacidade de cada uma delas e a disponibilidade das especialidades cirúrgicas.

Contudo, a fim de se obter números suficientes de registos para permitir a aplicação de procedimentos estatísticos válidos, deve-se limitar a diversidade das operações a serem registadas de modo a focar nos procedimentos relativamente frequentes e que podem ser interpretados de forma similar nas diversas instituições.

Para análise a nível europeu e nesta primeira fase foram seleccionadas as seguintes operações:

<i>Categoria NNIS</i>	<i>Descrição</i>	Códigos ICD-9 CM incluídos na categoria
COLO	Cirurgia do colon. Incisão, ressecção ou anastomose do intestino grosso; inclui anastomose do intestino grosso ao delgado ou do intestino delgado ao grosso.	45.00, 45.03, 45.41, 45.49, 45.50, 45.52, 45.7-45.90, 45.92-45.95, 46.0, 46.03, 46.04, 46.1-46.14, 46.43, 46.52, 46.75, 46.76, 46.91, 46.92, 46.94, 48.5, 48.6-48.69
CHOL	Colecistectomia. Remoção da vesícula biliar, incluindo procedimentos laparoscópicos.	51.03, 51.04, 51.2-51.24
HPRO	Artroplastia da anca	81.51-81.53
LAM	Laminectomia. Exploração ou descompressão da espinal medula através de excisão ou incisão em estruturas vertebrais.	03.0-03.09, 80.50, 80.51, 80.59
CBGB	Enxerto para bypass da artéria coronária apenas com incisão torácica e do local dador Procedimento torácico para revascularização cardíaca directa; inclui obtenção de veia de local dador adequado para enxerto.	36.10-36.14, 36.19
CBGC	Enxerto para bypass da artéria coronária apenas com incisão torácica. Procedimento torácico para revascularização cardíaca directa utilizando, p.ex. a artéria mamária interna.	36.15-36.17, 36.2
CSEC	Cesariana	74.0-74.2, 74.4-74.99

ICD-9-CM ver. 2001

5.3 Colheita de dados (conjunto mínimo de dados)

A selecção do conjunto mínimo de dados centrou-se nas variáveis mais significativas para a análise de risco de infecção do local cirúrgico, quer na estratificação de risco básico do NNIS ou para uma análise mais avançada tendo em conta outros factores como os procedimentos endoscópicos ou as intervenções de urgência.

As variáveis são classificadas por 3 níveis:

M=Mandatário: os dados serão rejeitados se estes campos forem omissos

R=Requerido: estas variáveis dão necessárias para uma correcta interpretação dos resultados e/ou para a análise de rotina

O=Opcional: estes dados serão utilizados para análises adicionais

Uma vez decidido quais as intervenções cirúrgicas a estudar, é importante que sejam registados **todos os doentes submetidos às intervenções, desde que tenham um período de internamento superior a 24 horas (i.é., não está incluída a cirurgia ambulatória).**

Para o período a estudar o que conta é o dia da intervenção cirúrgica e não o dia de admissão. Assim, os doentes cuja intervenção ocorra em data posterior à do início do estudo deverão ser incluídos mesmo que a data de admissão seja anterior.

Dados da rede nacional para envio para a base de dados europeia

A informação a nível nacional será colhida anualmente para envio à base de dados europeia.

Dados a colher a nível de cada hospital

Estes dados são colhidos uma vez ao ano a nível hospitalar

Características do Hospital (um registo por hospital e por ano)

Atr.*	Variável	Nome da Variável	Formato	Comprimento
M	¹ Código do país	country_id	texto	2
M	² Código de identificação da Rede de VE	net_id	Texto	2
M	³ Código de identificação da componente de VE	sur_id	Numérico	1
M	⁴ Ano	year	Numérico	4
M	⁵ Código do Hospital	h_code	Numérico	4
R	⁶ Tamanho do Hospital (nº de camas)	h_size	Numérico	2
R	⁷ Tipo de Hospital	h_type	Numérico	1
O	⁸ Localização do Hospital	h_region	Texto	2

* Atr.: atributo do campo: M=mandatório, R=requerido, O=opcional

1. **Código do país: Portugal = PT**
2. **Código da rede** : não se aplica
3. **Código da componente da VE** : 2
4. **Ano** : ano a que correspondem os dados
5. **Código do Hospital**: estes códigos devem ser anonimizados ao nível da rede nacional..
6. **Tamanho do Hospital (nº de camas, por categorias)**: 0=0-99, 1=100-199, 2=200-299, 3=300-399, 4=400-499,5=500-599,..., 99=desconhece
7. **Tipo de Hospital**: 1= hospital universitário, 2= hospital geral, de ensino; 3= hospital geral, sem ensino
8. **Localização do Hospital**: opcional; região ou área geográfica no país conforme definido pelo centro de coordenação nacional; 00 se não se aplica

Estes dados constituem o conjunto mínimo que será utilizado para estratificar os dados de referência. Será ainda elaborado um questionário mais abrangente relativo aos indicadores de estrutura e processo por outro grupo de trabalho.

Dados a Colher ao Nível do Serviço Cirúrgico

Estes dados são opcionais e devem ser colhidos uma vez por ano. Serão utilizados para

- reportar indicadores por serviço (se disponíveis)
- ligar os indicadores de resultado com indicadores seleccionados de estrutura e de processo

Características do Serviço Cirúrgico (um registo por unidade e por ano)

Atr.*	Variável	Nome da Variável	Formato	Comprimento
M	¹ Código do país	country_id	Texto	2
M	² Código de identificação da rede de VE	net_id	Texto	2
M	³ Código de identificação da componente de VE	sur_id	Numérico	1
M	⁴ Ano	year	Numérico	4

M	⁵ Código do Hospital	h_code	Numérico	4
R	⁶ Código do Serviço Cirúrgico	su_code	Texto	3
R	⁷ Tipo de Serviço Cirúrgico	su_type	Texto	2

1. **Código do país: Portugal = PT**
9. **2. Código da rede** : não se aplica
10. **3. Código da componente da VE : 2**
11. **4. Ano** : ano a que correspondem os dados
1. **5. Código do Hospital**: estes códigos devem ser anonimizados ao nível da rede nacional.. 3.1
2. **6.Código do Serviço Cirúrgico** atribuído pelo hospital; 999: desconhece
3. **7. Tipo de Serviço Cirúrgico**: CA: cirurgia geral/abdominal; CC: cardiovascular; CM: misto cirúrgico/médico; CN: neurocirurgia; CO: cirurgia ortopédica; TR: traumatologia; GY: ginecologia; OT: outra especialidade cirúrgica; 99: desconhece

Dados do Procedimento Cirúrgico

Características do doente e do procedimento (um registo por intervenção)

Atr.*	Variável	Nome da Variável	Formato	Comprimento
M	¹ Código do país	country_id	Texto	2
M	² Código de identificação da rede de VE	net_id	Texto	2
M	³ Código da componente da VE	sur_id	Numérico	1
M	⁴ Código do Hospital	h_code	Numérico	4
M	⁵ Código do Serviço Cirúrgico	su_size	Texto	3
M	⁶ ID do procedimento operativo	op_id	Texto	20
R	⁷ Idade (anos)	age	Numérico	3
R	⁸ Sexo	sex	Texto	1
O	⁹ Data de admissão no hospital	admdt	Data	10
M	¹⁰ Data da cirurgia	opdt	Data	10
R	¹¹ Data da alta ou do último follow-up no hospital	dis_dt	Data	10
R	¹² Status na altura da alta	dis_st	Numérico	1
O	¹³ Data do último follow-up pós-alta	pd_dt	Data	10
M	¹⁴ Código da cirurgia primária, categoria NNIS	opcode	Texto	4
O	¹⁵ Código da operação primária, ICD-9-CM	ICD9	Texto	5
R	¹⁶ Procedimento endoscópico	endo	Numérico	1
M	¹⁷ Classe da contaminação da ferida	wocl	Numérico	1
M	¹⁸ Duração da cirurgia	opdur	Numérico	3
R	¹⁹ Cirurgia urgente/electiva	emer	Numérico	1
M	²⁰ Pontuação ASA	ASA	Numérico	1
O	²¹ Antibióticos profiláticos perioperatórios	ABP	Numérico	1

* Atr.: atributo do campo: M=mandatório, R=requerido, O=opcional

1. **Código do país**: PT
2. **Código da rede de VE**: não se aplica
3. **Código da componente da VE**: 2
4. **Código do Hospital**: atribuído pela rede nacional
5. **Código do serviço cirúrgico**: atribuído pelo hospital (opcional) 999 se desconhece
6. **ID do procedimento operativo**: código deste procedimento
7. **Idade** : em anos
8. **Sexo** : (M/F/U)
9. **Data da admissão no hospital**: (dd/mm/yyyy)
10. **Data da operação**: (dd/mm/yyyy)
11. **Data da alta ou data do último follow-up no hospital** (dd/mm/yyyy): data da alta ou data da morte; esta data será utilizada para calcular o número de dias de internamento pós-operatório; se seguimento terminar antes da alta do hospital (e.g. se doente ficar internado mais de 30 dias), reportar data em que se obteve a última informação;
12. **Status na alta**:; 1=vivo; 2=morte no hospital; 9=desconhece
13. **Data da última consulta após a alta** (dd/mm/yyyy): data em que se obteve a última

- informação sobre o doente após a alta, e.g do cirurgião (consulta externa ou consultório particular) ou clínico geral; utilizado para calcular o total de dias de seguimento (intra-hospital e após a alta)
14. **Código da operação primária:** código NNIS do procedimento; os procedimentos seleccionados para o HELICS-SSI são: COLO: cirurgia do colon; CHOL: colecistectomia; HPRO: artroplastia da anca; LAM: laminectomia; CBGB, CBGC: enxerto para bypass da artéria coronária (CABG); CSEC: cesariana; ver quadro anterior para códigos ICD-9-CM.
 15. **Código da operação primária, ICD-9-CM** (opcional)
 16. **Procedimento Endoscópico:** 1=sim; 0=não; 9=desconhece; o sim corresponde a toda a cirurgia ser feita por via endoscópica/laparoscópica;
 17. **Classe de contaminação da ferida:** 1=limpa; 2=limpa-contaminada; 3=contaminada; 4=suja ou infectada; 9=desconhece;
 18. **Duração da cirurgia:** duração em minutos, desde a incisão na pele até ao encerramento da pele; No caso de re-intervenção dentro de 72 h após o procedimento primário, a duração da re-intervenção é adicionada à duração do procedimento primário; 999=desconhece
 19. **Cirurgia urgente/electiva:** 1=urgente: procedimento não planeado com pelo menos 24 horas de antecedência; 2=electiva: procedimento foi planeado com mais de 24 horas de antecedência; 9=desconhece
 20. **Pontuação de severidade ASA:** 1=doente normalmente saudável; 2=doente com doença sistémica ligeira; 3=Doente com doença sistémica grave mas não incapacitante; 4=Doente com doença sistémica incapacitante grave constituindo uma ameaça constante à vida; 5=Doente moribundo de quem não se espera uma sobrevivência de mais de 24 horas com ou sem a cirurgia; 9=desconhece
 21. **Antibióticos profilácticos peri-operatórios:** (opcional) 1=sim; 0=não; 9=desconhece; doente recebe antibiótico(s) por via sistémica na altura ou até duas horas antes da incisão primária da pele com o objectivo de prevenir infecção do local cirúrgico. No caso de cesariana: após clampar o cordão umbilical.

Dados relativos à infecção

(1 registo por infecção)

Atr.*	Variável	Nome da variável	Formato	Comprimento
M	¹ Código do país	country_id	texto	2
M	² Código de identificação da rede de VE	net_id	texto	2
M	³ Código da componente da VE	sur_id	Numérico	1
M	⁴ Código do Hospital	h_code	Numérico	4
R	⁵ Código do Serviço Cirúrgico	su_size	Texto	3
M	⁶ ID do procedimento operativo	op_id	Texto	4
M	⁷ Infecção do local cirúrgico	SSI	Numérico	1
R	⁸ Tipo de ILC	SSI_type	Texto	1
M	⁹ Data da infecção	SSI_dt	Data	10
O	¹⁰ Microrganismo 1	mo1	Texto	6
O	¹¹ Resistência do microrganismo 1	res1	Numérico	2
O	¹² Microrganismo 2	mo2	Texto	6
O	¹³ Resistência do microrganismo 2	res2	Numérico	2
O	¹⁴ Microrganismo 3	mo3	Texto	6
O	¹⁵ Resistência do microrganismo 3	res3	Numérico	2

* Atr.: atributo do campo: M=mandatório, R=requerido, O=opcional

1. **Código do país:** PT
2. **Código da rede de VE:** não se aplica
3. **Código da componente da VE:** 2
4. **Código do Hospital:** atribuído pela rede nacional
5. **Código do Serviço Cirúrgico:** atribuído pelo hospital (opcional); desconhece=999

6. **ID do procedimento operativo:** código específico deste procedimento

7. **Infecção do local cirúrgico:** presença de uma ILC nesta cirurgia 1=sim 0=não; para CBGB, apenas são reportadas as infecções torácicas
8. **Tipo de ILC:** S = incisional superficial; D = incisional profunda; O = órgão/espço

9. **Data de infecção (dd/mm/yyyy):** data em que surge a primeira evidência clínica de ILC ou data em que foi colhida a amostra cujo resultado foi utilizado para fazer ou confirmar o diagnóstico (a que surge primeiro).

10. **Microrganismo1:** Opcional. Código com 6 caracteres – ver lista em anexo; se não foi identificado nenhum microrganismo, especificar se _NONID (Microrganismo não identificado ou não encontrado), _NOEXA(não foi feito exame microbiológico) ou _STERI (Amostra estéril).

11. **Resistência Antimicrobiana:** 1 dígito (ver lista de fenótipos de resistência em anexo)
 - requerido: resistência à oxacilina no *S. aureus* (0=MSSA 1=MRSA 9=desconhece)
 - outros microrganismos: opcional

12. **Microrganismo2:** Opcional
13. **Resistência Antimicrobiana**
14. **Microrganismo 3:** Opcional
15. **Resistência Antimicrobiana 3**

Definição de Termos Chave

Procedimento Cirúrgico

Um procedimento cirúrgico é um tratamento cirúrgico definido por um código, de acordo com o sistema de codificação - **ICD-9-CM**

Intervenção Cirúrgica

Uma intervenção cirúrgica (correspondendo a um ou mais procedimentos) no decurso de uma ida ao Bloco Operatório e para a qual o cirurgião faz pelo menos uma incisão da pele ou das mucosas, encerrando a ferida antes da saída do bloco pelo menos até a aponevrose. Se forem efectuados vários procedimentos, os critérios para os considerar como parte da mesma intervenção ou como intervenções separadas são os seguintes:

- Se uma eventual infecção puder ser atribuída a um dos procedimentos (ou a um grupo de procedimentos) deve ser considerada uma intervenção separada
- Se, no decurso da procura de causalidade de uma infecção, não se espera poder atribuir a mesma a um dos diferentes procedimentos, agrupa-se os procedimentos numa única intervenção

Revisão

Revisão é uma nova intervenção ao nível do mesmo local na sequência de uma complicação (hemorragia, disfunção, infecção) da intervenção inicial. Não devem ser registadas as revisões feitas durante os 30 dias após a intervenção inicial (ou um ano, no caso de próteses).

Se a revisão for efectuada depois dos 30 dias (ou um ano, no caso de próteses) deve ser registada como uma nova intervenção salvo se for devida a uma infecção.

A revisão por uma infecção do local cirúrgico nunca deve ser registada.

Re-Intervenção Cirúrgica

As re-intervenções em dois ou mais tempos operatórios (p.ex. colostomia seguida ao fim de alguns dias de uma recessão do sigmóide) não são consideradas revisões mas sim re-intervenções, pelo que, devem ser registadas separadamente.

CLASSE DE CONTAMINAÇÃO DA FERIDA¹

FERIDA LIMPA - é uma ferida operatória não infectada em que não se encontra inflamação e não se entra nas vias respiratória, digestiva, genital ou urinária. Para além disso, a ferida limpa é encerrada primariamente e, se necessário, com uma drenagem em circuito fechado. As incisões cirúrgicas após traumatismos não-penetrantes devem ser incluídas nesta categoria.

FERIDA LIMPA-CONTAMINADA - é a ferida operatória em que se entra nas vias respiratória, digestiva, genital ou urinária não-infectadas em condições controladas e sem contaminação inusual. Especificamente as cirurgias da via biliar, apêndice, vagina e orofaringe estão incluídas nesta categoria desde que não haja evidência de infecção e não tenha havido uma quebra significativa na técnica estéril.

FERIDA CONTAMINADA - inclui feridas acidentais, abertas, recentes. Também inclui as cirurgias em que se verificou uma quebra da técnica estéril ou derrame significativo da via gastrointestinal, e as incisões onde se verificou inflamação aguda, não-purulenta.

FERIDA SUJA OU INFECTADA - inclui feridas traumáticas antigas com retenção de tecido desvitalizado e aquelas em que há infecção clínica ou vísceras perfuradas. Esta definição sugere que os microrganismos causando infecção pós-operatória estavam presentes no campo operatório antes da cirurgia.

¹ Altemeier WA, Burke JF, Pruitt BA, Sandusky WR. Manual on control of infection in surgical patients. 2nd edition. Philadelphia, PA: JB Lippincott, 1984.

Pontuação ASA²

Pontuação do status físico desenvolvido pela American Society of Anaesthesiology.

1. Doente normalmente saudável. Doente sem lesões orgânicas, fisiológicas, bioquímicas ou psíquicas
2. Doente com doença sistémica ligeira. Doente com hipertensão ligeira, anemia moderada, bronquite ligeira.
3. Doente com doença sistémica grave mas que não é incapacitante. Doente com angina de peito moderada, diabetes, hipertensão grave, descompensação cardíaca ligeira.
4. Doente com doença incapacitante grave que constitui uma ameaça constante à vida. Doente com angina em repouso, insuficiência sistémica pronunciada (pulmonar, renal, hepática, cardíaca).
5. Doente moribundo que não se espera que sobreviva por mais de 24 horas com ou sem cirurgia.

Antibióticos Profiláticos Peri-operatórios

Trata-se da administração por via sistémica de antibiótico(s) na altura ou até duas horas antes da incisão primária da pele com o objectivo de prevenir a infecção do local cirúrgico. Na caso da cesariana: após clampar o cordão umbilical.

Data da Infecção

É a data em que surge a primeira evidência clínica de infecção do local cirúrgico ou a data em que foi colhida a amostra para exame microbiológico que serviu para fazer ou confirmar o diagnóstico. Deve ser registada a data que surge primeiro.

Procedimento Urgente / Electivo

Um procedimento urgente é definido como aquele que não foi planeado com pelo menos 24 horas de antecedência. Um procedimento electivo é definido como aquele que foi planeado com mais de 24 horas de antecedência.

Confidencialidade

² New classification of physical status. Anesthesiology 1963; 24:11.

Confidencialidade relativa ao doente

Nem a base de dados europeia nem a base de dados nacional permite a identificação do doente individual.

Confidencialidade da informação hospitalar

Também a informação de cada hospital não poderá ser identificada na base de dados europeia.

Organização da Vigilância Epidemiológica / Colheita de Dados

Cada Unidade de Saúde deverá estabelecer o circuito e intervenientes para este programa de VE, de acordo com os recursos humanos e logísticos disponíveis em cada Instituição / Serviço.

Aspectos muito importantes a ter em conta em qualquer circuito estabelecido:

- Se se optar pelo registo em papel, as fichas devem ser verificadas no momento da alta do doente para garantir o completo preenchimento e se ocorreu ou não infecção cirúrgica;
- Verificar se há marcação de uma consulta de seguimento para cada doente;
- A VE da infecção do local cirúrgico deve ser mantida até 30 dias após a intervenção cirúrgica (e até 1 ano no caso de colocação de prótese), seria desejável estabelecer um sistema que permita obter informação da infecção de ferida operatória surgida depois da alta e até 30 dias depois da intervenção (um ano no caso de cirurgia com próteses).

ANEXO 1:
FICHA DE COLHEITA DE DADOS INDIVIDUAL



PROTOCOLO HELICS

Registo da Infecção do Local Cirúrgico



Data de Admissão: (dd/mm/aa)

Data de nascimento: (dd/mm/aa)

Sexo: (M/F)

Intervenção Cirúrgica (1-3)

Data da Intervenção:

Equipa:
 EQ1 EQ2
 EQ3 Ans

Código Acto (1CD9-CM)

AC1 -
 AC2 -
 AC3 -

Duração (hh:mm)
 Início:
 Fim:

Tipo de Cirurgia • (P= Programada, U= Urgente)
 Cirurgia Laparoscópica • (S/N)
 Código ASA • (1-5, 9= Desconhecido)
 Cat. Ferida • (1-4, 9= Desconhecido)
 Implante • (S/N)

Profilaxia Antibiótica (P/T/N)

	Antibiótico	Data de Início	Hora de Início	Duração (dias)	Dose diária (mg)	Via
1 -	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2 -	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
3 -	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
4 -	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Infecção da Ferida Cirúrgica (S/N)

Data da Infecção: (dd/mm/aa)

Superficial/ Profunda/ Órgão: (S/P/O)

Microorganismos

OR1
 OR2
 OR3

Data da Colheita

Data TSA

Data da Alta:

Data da Consulta
 Evolução:

ANEXO 2:

Exemplo De Uma Ficha De Vigilância Epidemiológica Da Infecção De Ferida Cirúrgica Para Acompanhamento Do Doente Cirúrgico Pós-Alta

**Programa de Vigilância Epidemiológica da Infecção de Ferida Operatória
(HELICS-CIRURGIA)**

Logotipo da Instituição.....

Identificação do doente (Vinheta)

Serviço _____

Carta de Informação de Retorno Pós-Alta Hospitalar

Caro (a) Colega

O doente acima referido, foi operado no dia ____/____/____, a _____

Caso seja identificada uma INFECCÃO DA FERIDA OPERATÓRIA, agradeço que esta ficha seja preenchida e devolvida para o seguinte endereço:

Comissão de Controlo de Infecção do Hospital _____

Morada:.....

Ou enviada para o fax:.....

Data em que foi detectada a infecção: ____/____/____

Sinais inflamatórios da ferida operatória: Sim Não

Presença de pús: Sim Não

Nota: A reacção tecidual em redor da ferida não é considerada infecção

Gratos pela Colaboração!



ANEXO 3:
CÓDIGOS DOS MICRORGANISMOS E DOS ANTIBIÓTICOS

Códigos dos Microrganismos - Programa de registo de infeção da ferida operatória

HELICS-CIRURGIA

Traduzido do “HELICS Surgical Site Infection surveillance protocol”, Annex 2.
“Code list of Micro-organisms”, adaptado do “WHOCARE Coding System”

	Microrganismo	Código
Cocos Gram Positivo	<i>Staphylococcus aureus</i>	STAAUR
	<i>Staphylococcus epidermidis</i>	STAEP
	<i>Staphylococcus haemolyticus</i>	STAHAE
	Outros <i>Staphylococcus</i> C.negativo (CNS)	STAOTH
	<i>Staphylococcus sp.</i> , não especificado	STANSP
	<i>Streptococcus pneumoniae</i>	STRPNE
	<i>Streptococcus agalactiae</i> (B)	STRAGA
	<i>Streptococcus pyogenes</i> (A)	STRPYO
	Outros <i>Streptococcus haemol.</i> (C, G)	STRHCG
	<i>Streptococcus sp.</i> , outros	STROTH
<i>Streptococcus sp.</i> , não especificado	STRNSP	
	<i>Enterococcus faecalis</i>	ENCFAE
	<i>Enterococcus faecium</i>	ENCFAC
	<i>Enterococcus sp.</i> , outros	ENCOTH
	<i>Enterococcus sp.</i> , não especificado	ENCNSP
	Outros cocos Gram-positivos	GPCOTH
Cocos Gram Negativo	<i>Moraxella catharralis</i>	MORCAT
	<i>Moraxella sp.</i> , outros	MOROTH
	<i>Moraxella sp.</i> , não especificado	MORNSP
	<i>Neisseria meningitidis</i>	NEIMEN
	<i>Neisseria sp.</i> , outros	NEIOTH
	<i>Neisseria sp.</i> , não especificado	NEINSP
Outros cocos Gram-negativos	GNCOTH	
Bacilos Gram Positivo	<i>Corynebacterium sp.</i>	CORSPP
	<i>Bacillus sp.</i>	BACSPP
	<i>Lactobacillus sp.</i>	LACSPP
	<i>Listeria monocytogenes</i>	LISMON
	Outros bacilos Gram-positivo	GPBOTH
Enterobacteriáceas	<i>Citrobacter freundii</i>	CTFRE
	<i>Citrobacter koseri</i> (e.g. <i>diversus</i>)	CITDIV

	<p><i>Citrobacter sp.</i>, outros <i>Citrobacter sp.</i>, não especificado <i>Enterobacter cloacae</i> <i>Enterobacter aerogenes</i> <i>Enterobacter agglomerans</i> <i>Enterobacter sakazakii</i> <i>Enterobacter gergoviae</i> <i>Enterobacter sp.</i>, outros <i>Enterobacter sp.</i>, não especificado</p> <p><i>Escherichia coli</i> <i>Klebsiella pneumoniae</i> <i>Klebsiella oxytoca</i> <i>Klebsiella sp.</i>, outros <i>Klebsiella sp.</i>, não especificado <i>Proteus mirabilis</i> <i>Proteus vulgaris</i> <i>Proteus sp.</i>, outro <i>Proteus sp.</i>, não especificado</p> <p><i>Serratia marcescens</i> <i>Serratia liquefaciens</i> <i>Serratia sp.</i>, outros <i>Serratia sp.</i>, não especificado</p> <p><i>Hafnia sp.</i> <i>Morganella sp.</i> <i>Providencia sp.</i> <i>Salmonella enteritidis</i> <i>Salmonella typhi or paratyphi</i> <i>Salmonella typhimurium</i> <i>Salmonella sp.</i> não especificado <i>Salmonella sp.</i> outros <i>Shigella sp.</i> <i>Yersinia sp.</i> Outras <i>Enterobacteriáceas</i> <i>Enterobacteriaceae</i>, não especificado</p>	<p>CITOTH CITNSP ENBCLO ENBAER ENBAGG ENBSAK ENBGER ENBOTH ENBNSP</p> <hr/> <p>ESCCOL KLEPNE KLEOXY KLEOTH KLENSP PRTMIR PRTVUL PRTOTH PRTNSP</p> <hr/> <p>SERMAR SERLIQ SEROTH SERNSP</p> <hr/> <p>HAFSPP MOGSPP PRVSPP SALENT SALTYP SALTYM SALSPP SALOTH SHISPP YERSPP ETBOTH ETBNSP</p>
Bacilos Gram-negativo	<p><i>Acinetobacter baumannii</i> <i>Acinetobacter calcoaceticus</i> <i>Acinetobacter haemolyticus</i> <i>Acinetobacter lwoffii</i> <i>Acinetobacter sp.</i>, outros <i>Acinetobacter sp.</i>, não especificado</p> <p><i>Pseudomonas aeruginosa</i> <i>Stenotrophomonas maltophilia</i> <i>Burkholderia cepacia</i> <i>Pseudomonadaceae</i> family, outros <i>Pseudomonadaceae</i> family, não especificado</p>	<p>ACIBAU ACICAL ACIHAE ACILWO ACIOTH ACINSP</p> <hr/> <p>PSEAER STEMAL BURCEP PSEOTH PSENSP</p>

<p>Bacilos Gram-negativo (Continuação)</p>	<p><i>Haemophilus influenzae</i> <i>Haemophilus parainfluenzae</i> <i>Haemophilus sp.</i>, outros <i>Haemophilus sp.</i>, não especificado</p> <p><i>Legionella sp.</i></p> <p><i>Achromobacter sp.</i> <i>Aeromonas sp.</i> <i>Agrobacterium sp.</i> <i>Alcaligenes sp.</i> <i>Campylobacter sp.</i> <i>Flavobacterium sp.</i> <i>Gardnerella sp.</i> <i>Helicobacter pylori</i> <i>Pasteurella sp.</i> Outros bacilos Gram negativo, não Enterobacteriaceas</p>	<hr/> <p>HAEINF HAEPAI HAEOTH HAENSP</p> <hr/> <p>LEGSPP</p> <hr/> <p>ACHSPP AEMSPP AGRSPP ALCSPP CAMSPP FLASPP GARSPP HELPLYL PASSPP GNBOTH</p>
<p>Bacilos anaeróbios</p>	<p><i>Bacteroides fragilis</i> <i>Bacteroides</i> outros</p> <p><i>Clostridium difficile</i> <i>Clostridium</i> outros <i>Propionibacterium sp.</i> <i>Prevotella sp.</i> Outros anaeróbios</p>	<p>BATFRA BATOTH</p> <hr/> <p>CLODIF CLOOTH PROSPP PRESPP ANAOTH</p>
<p>Outras bactérias</p>	<p><i>Mycobacterium, atypical</i> <i>Mycobacterium tuberculosis complex</i> <i>Chlamydia sp.</i> <i>Mycoplasma sp.</i> <i>Actinomyces sp.</i> <i>Nocardia sp.</i> Outras bactérias</p>	<p>MYCATY MYCTUB CHLSPP MYPSP ACTSPP NOCSP BACTOTH</p>
<p>Fungos</p>	<p><i>Candida albicans</i> <i>Candida glabrata</i> <i>Candida tropicalis</i> <i>Candida parapsilosis</i> <i>Candida sp.</i>, outros <i>Candida sp.</i>, não especificado</p> <p><i>Aspergillus fumigatus</i> <i>Aspergillus niger</i> <i>Aspergillus sp.</i>, outros <i>Aspergillus sp.</i>, não especificado</p> <p>Outros Fungos/leveduras Outros Filamentos</p>	<p>CANALB CANGLA CANTRO CANPAR CANOTH CANNSP</p> <hr/> <p>ASPFUM ASPNIG ASPOTH ASPNSP</p> <hr/> <p>YEAOTH FILOTH</p>

	Outros parasitas	PAROTH
Virus	<i>Adenovirus</i> <i>Cytomegalovirus (CMV)</i> <i>Enterovirus (polio, coxsackie, echo)</i> Hepatite A virus Hepatite B virus Hepatite c virus Herpes simplex virus Virus da Imunodeficiência Humana (HIV) Influenza A virus Influenza B virus Influenza C virus Parainfluenzavirus Vírus sincial respiratório (RSV) Rhinovirus Rotavirus SARS virus Varicella-zoster virus Outros virus	VIRADV VIRCMV VIRENT VIRHAV VIRHBV VIRHCV VIRHSV VIRHIV VIRINA VIRINB VIRINC VIRPIV VIRRSV VIRRHI VIRROT VIRSAR VIRVZV VIROTH
Outras situações a registrar	Microrganismo não identificado Exame microbiológico não efectuado Exame microbiológico com cultura negativa	NONID* NOEXA* STERI*

***NONID** : Quando existe exame microbiológico mas não foi correctamente classificado ou o resultado não foi encontrado;

***NOEXA** : Quando não foi feita colheita de amostra para exame microbiológico nem há resultado do mesmo;

***STERI** : Quando foi feito exame microbiológico mas a cultura é negativa

CÓDIGOS DOS ANTIBIÓTICOS:

Em actualização –

(Já actualizada e disponível na base de dados nacional)

ANEXO 4:

**DECLARAÇÕES DE COMPROMISSO A SEREM PREENCHIDAS PELOS
HOSPITAIS INTERESSADOS EM PARTICIPAR NO PROGRAMA
HELICS-CIRURGIA**

HELICS - CIRURGIA REGISTO DA INFECCÃO CIRÚRGICA

DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO

De: PNCI

Dr. Luís Gabriel, coordenador do Programa HELICS-CIRURGIA

Telef: 218430800

Fax: 218 430 846

Para:

Conselho de Administração

Do Hospital/Centro Hospitalar _____

Fax: _____ Telefone: _____

Dando cumprimento à Decisão do Parlamento Europeu e do Conselho Europeu n.º 2119/98 que institui uma rede de vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis, o PNCI agora sediado na Direcção-Geral da Saúde, está a participar no projecto HELICS do qual faz parte integrante, o Programa HELICS-CIRURGIA para vigilância epidemiológica da infecção do local cirúrgico.

Os Serviços de Cirurgia Geral ou de Especialidades Cirúrgicas que estiverem interessados em aderir a este Programa, devem enviar a declaração de participação em anexo, por forma a que o PNCI possa ceder o protocolo, o respectivo “software” e os códigos de acesso (confidenciais e individualizados).

As declarações de participação após preenchimento e assinatura, devem ser enviadas ao cuidado do PNCI, para o fax n.º **218430846**

Nota: Deve ser preenchida uma declaração de participação por cada Serviço interessado.

Caso haja mobilidade do médico responsável pela colheita de dados solicita-se a comunicação da alteração para os seguintes contactos:
crstinacosta@dgs.pt ; luisgabriel.pereira@gmail.com ; fernandan@dgs.pt ;
enoriega@dgs.pt

O coordenador do HELICS-CIRURGIA

Dr. Luís Gabriel Pereira

Janeiro de 2007



**HELICS - CIRURGIA
REGISTO DA INFECÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO**

DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO

De:

Hospital _____ Telef: _____

Serviço _____ Fax: _____

Para: Direcção-Geral da Saúde - PNCI

Coordenador do HELICS-CIRURGIA

Dr. Luís Gabriel

Telef: 218 430 800

Fax: 218 430 846

Confirmamos a participação do Serviço acima referido, no Projecto HELICS-CIRURGIA, comprometendo-nos à realização de registo continuo de dados de vigilância epidemiológica das infecções de ferida operatória de acordo com o Protocolo distribuído.

Comprometemo-nos a introduzir os dados no Programa disponibilizado no **INSA RIOS**, sabendo desde já que parte dos dados agregados serão enviados ao Centro de dados do projecto Europeu HELICS.

Mais nos comprometemos que na divulgação dos dados respeitantes ao Serviço, será sempre e obrigatoriamente referida a sua origem (HELICS-CIRURGIA; Programa Nacional de Controlo de Infecção Associada aos Cuidados de Saúde).

O Director do Serviço

O Conselho de Administração

_____/_____/_____

Nota: Deve ser preenchida e assinada **uma declaração por cada Serviço** de Cirurgia ou de Especialidade Cirúrgica que aderir ao programa, em cada Hospital.



HELICS - CIRURGIA
REGISTO DA INFECÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO

DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO

Nome do médico responsável pela colheita de dados para o HELICS de Cirurgia:

(Por favor preencher em letra de imprensa)

Designação do Serviço:

(Por favor preencher em letra de imprensa)

Contacto telefónico 1:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Contacto telefónico 2:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

E-Mail 1

E-Mail 2

Caso haja mobilidade do médico responsável pela colheita de dados solicita-se a comunicação da alteração para os seguintes contactos: crstinacosta@dgs.pt fernandan@dgs.pt ou enoriega@dgs.pt e luisgabriel.pereira@gmail.com

O médico responsável

