

Formulário da Unidade (Mandatário: Preencher um formulário para cada unidade incluída no PPS)
Incluir apenas pacientes internados admitidos antes e presentes às 8 horas da manhã do dia do PPS!

Data da Pesquisa (dd/mm/aaaa)	____/____/____	Pessoa responsável pelo preenchimento (Código do Auditor):		
Nome do Hospital:		Nome da unidade:		
Tipo de unidade: Assinalar o tipo de departamento/unidade mais apropriado	Unidades de Adultos		Unidades Pediátricas	
	<input type="checkbox"/> AMW (Unidade clínica geral ou mista de adultos) <input type="checkbox"/> HO-AMW (Onco-hematologia) <input type="checkbox"/> T-AMW (Transplante (medula óssea / tumor sólido)) <input type="checkbox"/> P-AMW (Pneumologia) <input type="checkbox"/> CAR-AMW (Cardiologia) <input type="checkbox"/> NEU-AMW (Neurologia) <input type="checkbox"/> REN-AMW (Nefrologia) <input type="checkbox"/> ID-AMW (Doenças infecciosas) <input type="checkbox"/> DB-AMW (Dermatologia-Unidade de queimados) <input type="checkbox"/> PSY-AMW (Psiquiatria) <input type="checkbox"/> REH-AMW (Reabilitação) <input type="checkbox"/> GER-AMW (Geriatrics) <input type="checkbox"/> LTC-AMW (Longa permanência) <input type="checkbox"/> OBG-AMW (Ginecologia-obstetrícia) <input type="checkbox"/> IS-AMW (Unidade de isolamento, ex. pacientes com COVID)	<input type="checkbox"/> ASW (Unidade de cirurgia geral ou mista de adultos) <input type="checkbox"/> DIG-ASW (Cirurgia do trato digestivo) <input type="checkbox"/> ORT-ASW (Cir. ortopédica-Trauma) <input type="checkbox"/> URO-ASW (Cir. urológica) <input type="checkbox"/> CV-ASW (Cir. cardio-vascular) <input type="checkbox"/> NEU-ASW (Neurocirurgia) <input type="checkbox"/> ONCO-ASW (Cir. oncológica-câncer) <input type="checkbox"/> PLAS-ASW (Cir. plástica, reconstrutiva) <input type="checkbox"/> ENT-ASW (Cir. ouvido/nariz/garganta) <input type="checkbox"/> AICU (Unidade de terapia intensiva geral ou mista de adultos) <input type="checkbox"/> MED-AICU (AICU clínica) <input type="checkbox"/> SUR-AICU (AICU cirúrgica) <input type="checkbox"/> CAR-AICU (AICU cardíaca) <input type="checkbox"/> AHDU (Unidade de cuidados especiais)	<input type="checkbox"/> PMW (Unidade clínica de pediatria) <input type="checkbox"/> HO-PMW (PMW de onco-hematologia) <input type="checkbox"/> T-PMW (PMW de transplante (medula óssea / tumor sólido)) <input type="checkbox"/> PSW (Unidade cirúrgica de pediatria) <input type="checkbox"/> PICU (Unidade de terapia intensiva pediátrica) <input type="checkbox"/> ID-PMW (PMW de doenças infecciosas) <p align="center">Unidades neonatais</p> <input type="checkbox"/> NMW (Unidade clínica neonatal) <input type="checkbox"/> NICU (Unidade de terapia intensiva neonatal)	
Unidades Mistas	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Atividade: Assinalar aquela apropriada. Em casos de unidades mistas, marcar todas as atividades / especialidades encontradas.	<input type="checkbox"/> Clínica Médica	<input type="checkbox"/> Cirurgia	<input type="checkbox"/> Terapia Intensiva	
Número total de pacientes hospitalizados admitidos (= todos os pacientes independentemente de receberem um antimicrobiano ou não!) presentes na unidade às 8 horas da manhã no dia do PPS. Para departamentos mistos, preencher o número total de pacientes correspondentes a cada uma das especialidades encontradas.				
Número total de leitos disponíveis na unidade às 8 horas da manhã no dia do PPS divididos por especialidade. No caso de departamentos mistos, preencher o número total de leitos correspondentes a cada especialidade encontrada.				
A seção seguinte deverá ser preenchida somente se você estiver participando do módulo de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS)				
Número total de pacientes hospitalizados admitidos com um dos seguintes dispositivos invasivos às 8 horas da manhã do dia do PPS	Cateter urinário inserido (UC)			
	No mínimo um cateter vascular/ periférico intravenoso (PVC)			
	Cateter venoso central, não implantável (CVC)			
	Ventilação mecânica não-invasiva pos. & neg. (CPAP, BIPAP, CNEP)			
	Intubação endotraqueal respiratória invasiva (IRI) ¹			
	Tubos e drenos inseridos (T/D) ²			

¹Incluir traqueostomia ²Tubos e drenos inseridos: inclui pacientes com tubos de nefrostomia, tubos e drenos intra-abdominais, shunts de fluido cerebrospinal.



GLOBAL-PPS **Formulário do Paciente**

(Mandatório: preencher um formulário por paciente recebendo um antimicrobiano às 8 horas da manhã do dia do PPS)

Nome da unidade/código	Atividade ¹ (M, S, IC)	Identificação do paciente ²	Número do questionário ³	Idade do Paciente ⁴			Peso atual* Em kg	Somente neonatos (opcional)		Sexo M, F, U
				Anos (se ≥ 2 anos)	Meses (1-23 meses)	Dias (se <1 mês)		Idade gestacional*	Peso ao nascer* (Kg)	

Tratamento baseado em resultados de biomarcador ou contagem de leucócitos (WBC)		0 Sim – 0 Não		Cultura(s) enviada(s) ao laboratório para documentar infecção* (assinale caso sim)			
Caso sim, qual: CRP, PCT, outro Ou contagem de leucócitos (WBC) ⁵	Tipo de amostra de fluido biológico (sangue/urina/ outro)	Valor mais relevante próximo ao início do antimicrobiano	Valor	Unidade ⁶	<input type="checkbox"/> Sangue	<input type="checkbox"/> Líquido cefalorraquidiano	<input type="checkbox"/> BAL (espécime respiratório protegido)
					<input type="checkbox"/> Urina	<input type="checkbox"/> Ferida (cirurgia / biópsia)	<input type="checkbox"/> Escarro / aspirado bronquial
					<input type="checkbox"/> Fezes	<input type="checkbox"/> Outro tipo de espécime	

Nome do Antimicrobiano ⁷	1.	2.	3.	4.	5.
Data de início do antimicrobiano* (dd/mm/aaaa)					
Dose unitária única ⁸	Unidade (g, mg, or IU) ⁹				
Doses/ dia ¹⁰	Via (P, O, R, I, IM) ¹¹				
Diagnóstico ¹² (veja o Anexo II)					
Tipo de indicação ¹³ (veja o Anexo III)					
Razão descrita nas notas (Yes, Sim ou No, Não) ¹⁴					
Adesão aos protocolos e/ou guias locais (Y, N, NA, NI) ¹⁵					
Data de interrupção do tratamento ou reavaliação anotada no prontuário? (Yes, Sim ou No, Não)					
N doses não administradas* ¹⁶	Razão*(S,P,O,M,U) ¹⁷				
Tratamento (E: Empírico; T: Dirigido) ¹⁸					

Os dados de resistência a seguir devem ser preenchidos somente se a escolha de tratamento foi baseada em resultados microbiológicos (Tratamento=T) disponíveis no dia do PPS

Reportar no máximo 3 microrganismos (MO)	MO	Tipo R **								
Reportar no máximo 1 tipo de resistência por MO										
Inserir os códigos (veja anexo IV, página 10) MO 1										
MO 2										
MO 3										

Tipo de resistência ** - escolher entre: MRSA¹⁹; MRCoNS²⁰; PNSP²¹; MLS²²; VRE²³; ESBL (Enterobacterales produtora de ESBL²⁴); 3GCREB (Enterobacterales resistente à cefalosporina de 3ª geração); CRE (Enterobacterales resistente a carbapenênicos²⁵); ESBL-NF (Bacilo Gram-negativo não-fermentador produtor de ESBL²⁶); CR-NF (Bacilo Gram-negativo não fermentador resistente a carbapenênicos²⁷); outro MDRO²⁸; Azoles²⁹. Classificar o microrganismo também se tipo de resistência for desconhecido. Nota: * *Peso atual*, *Idade gestacional* (em número de semanas), *Peso ao nascer*, *Data de início do antimicrobiano* e *Culturas enviadas ao laboratório*, *doses perdidas* são **variáveis opcionais**.



- ¹ **Atividade:** M: clínica médica (incluindo casos da psiquiatria, etc.), S: cirurgia (incluindo, ortopedia, ginecologia e obstetrícia, etc.), IC: terapia intensiva
- ² **Identificador do paciente:** Uma única identificação do paciente que permita fazer a conexão entre os dados locais do paciente para a obtenção de maiores detalhes. Esta identificação única não será incluída na base de dados online.
- ³ **Número de questionário:** Um único número dado pelo WebPPS para cada paciente inserido na base de dados que não permite a sua identificação. Deixar em branco, mas anotar o número após os dados do paciente terem sido gravados no banco de dados online. O número é mostrado uma vez e somente uma, após os dados do paciente terem sido gravados na base de dados online.
- ⁴ **Idade do paciente:** Se o paciente tiver idade maior que 2 anos, especificar somente o número de anos ; se a idade for entre 1 e 23 meses, especificar somente o número de meses; se a idade for menor que um mês, especificar o número de dias.
- ⁵ Se o tratamento foi baseado nos resultados de biomarcadores, especificar qual deles: **CRP** (proteína C reativa), **PCT** (Procalcitonina), **Outro** biomarcador laboratorial além de CRP, PCT; ou **WBC** (contagem de células brancas / leucócitos)
- ⁶ A unidade de biomarcadores CRP ou PCT expressa em mg/l, µg/L, ng/L, mg/dL, ng/dL, ng/mL, µg/mL, nmol/L. Em milhares por microlitro (µL) para contagem de leucócitos (WBC) (valor normal de WBC no sangue é de 4500 a 11000 WBC por microlitro). Para uma calculadora de conversão consulte: <http://unitslab.com/node/67> (CRP) ou <http://unitslab.com/node/103> (procalcitonin).
- ⁷ **Nome do antimicrobiano:** Inserir o nome genérico.
- ⁸ **Dose unitária única:** Valor numérico para a dose por administração (em gramas, miligramas ou UI).
- ⁹ **Unidade:** A unidade por dose (g, mg, UI ou MU)
- ¹⁰ **Doses/dia:** Se necessário fornecer as frações das doses: (por exemplo, a cada 16h = 1.5 dose por dia, a cada 36h = 0.67 dose por dia, a cada 48h = 0.5 dose por dia)
- ¹¹ **Via:** As vias de administração são: Intravenoso, intratecal e intraperitoneal=P, Intramuscular=IM, Oral=O, Retal=R, Inalatória=I. Veja também protocolo pag 19.
- ¹² Veja a lista de grupos de **diagnóstico** (Anexo II) ¹³ Veja os códigos das **indicações** (Anexo III)
- ¹⁴ **Razões nas notas:** Um diagnóstico/indicação para tratamento anotado na documentação do paciente (prontuário, notas...) no início do curso do antimicrobiano (Sim/Não)
- ¹⁵ **Adesão aos protocolos/guias locais:** Refere-se à escolha do antimicrobiano (não à via, dose, duração etc) recomendada pelos protocolos ou guias locais (Y: Sim; N: Não; NA: Não disponível devido a ausência de guias locais para aquela indicação específica; NI: não informado porque diagnóstico/indicação é desconhecido).
- ¹⁶ **N doses não administradas:** Número de doses não administradas desde a data de início do tratamento com antibiótico até a data do inquérito. Na ausência de doses não administradas, reportar como 0. Se desconhecido, deixar o campo em branco.
- ¹⁷ **Razão:** Razão para doses não administradas: devido falta (S), o paciente não pôde comprar (P), **outra** razão (O), razões **múltiplas** (M), **desconhecida** (U).
- ¹⁸ **Tratamento:** Reportar “E” 1) quando o antimicrobiano está sendo usado de acordo com um guia/protocolo local, tratamento pelo qual a experiência tem provado ser benéfico; 2) quando uma cultura ou teste microbiológico não foram colhidos; 3) quando uma cultura ou teste microbiológico foi colhido, MAS o resultado ainda não está disponível no dia do PPS; ou o resultado não estava acessível (sem crescimento). **Reportar “T”** se baseado nos resultados microbiológicos; Reportar também “T” se foram considerados testes de sensibilidade do microrganismo.
- ¹⁹ *Staphylococcus aureus* resistente à metilina (MRSA) ²⁰ *Staphylococcus coagulase negativo* resistente à metilina (MRCoNS)
- ²¹ *Streptococcus pneumoniae* não-suscetível à penicilina (PNSP) ²² Resistência a macrolídeos-lincosaminas-streptograminas em isolados de Streptococos (MLS)
- ²³ Enterococo resistente à vancomicina (VRE)
- ²⁴ Bacteria produtora de beta-lactamases de espectro ampliado (ESBL)
- ²⁵ *Enterobacterales* resistente aos carbapenêmicos (CRE) – enterobactéria resistente ao imipenem, meropenem ou outros carbapenêmicos
- ²⁶ Não fermentadores: produtores de ESBL : *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii*, *Burkholderia spp.*, *Stenotrophomonas maltophilia* multidroga resistente
- ²⁷ Não fermentador resistente aos carbapenêmicos (CR-NF) – Não fermentadores resistentes ao imipenem, ao meropenem ou outros carbapenêmicos
- ²⁸ Patógenos multidroga resistentes (MDR) além daqueles listados acima
- ²⁹ Azólicos: Se a droga escolhida é dirigida para tratar infecções causadas por fungos e leveduras resistentes a azólicos (e.x. *Candida spp.*, *Aspergillus spp.*)



GLOBAL-PPS Formulário do PACIENTE – variáveis adicionais para IRAS por paciente (opcional)
(Preencher um formulário por paciente recebendo um antimicrobiano às 8 horas da manhã do dia do PPS – maiores informações sobre as definições no protocolo, página 21)

Nome da unidade/ código	Atividade ¹ (M, S, IC)	Identificação do paciente ²	Número do questionário ³	Idade do Paciente ⁴			Peso atual* Em kg	Somente neonatos (opcional)		Sexo M, F, U
				Anos (se ≥ 2 anos)	Meses (1-23 meses)	Dias (se <1 mês)		Idade gestacional*	Peso ao nascer* (Kg)	

Data de admissão hospitalar (dd/mm/aaaa) (opcional)										
--------------------------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Hospitalização prévia < 3 meses (opcional)	<input type="checkbox"/> Sim, UTI	<input type="checkbox"/> Sim, outro	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Desconhecido						
--------------------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------	------------------------------	---------------------------------------	--	--	--	--	--	--

Dispositivos invasivos “inseridos” presentes às 8 horas da manhã do dia do PPS				Data 1ª inserção/ início (opcional)	Escore McCabe	
Cateter urinário inserido (UC)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Desconhecido	/ /		<input type="checkbox"/> Doença não fatal
Vascular Periférico / Cateter intravenoso (PVC)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Desconhecido	/ /		<input type="checkbox"/> Doença fatal em última análise
Cateter venoso central, não implantável (CVC)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Desconhecido	/ /		<input type="checkbox"/> Doença rapidamente fatal
Intubação endotraqueal respiratória invasiva (IRI) ⁱ	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Desconhecido	/ /		<input type="checkbox"/> Desconhecido/Não disponível
Tubos e drenos inseridos (T/D) ⁱⁱ	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Desconhecido	/ /		

Comorbidades (múltipla escolha, no máximo 3 escolhas)	<input type="checkbox"/> Diabete mellitus, tipo 1 ou 2	<input type="checkbox"/> Desordem genética	<input type="checkbox"/> Doença hepática estágio terminal, cirrose
	<input type="checkbox"/> AIDS/HIV (apenas se último CD4<500/mm ³)	<input type="checkbox"/> Doença cardíaca congênita	<input type="checkbox"/> Trauma
	<input type="checkbox"/> Câncer hematológico ou sólido/ Quimioterapia recente (<3meses)	<input type="checkbox"/> Doença crônica pulmonar incluindo fibrose cística, DPOC, bronquiectasia, asma	<input type="checkbox"/> Doença gastrointestinal (doença inflamatória intestinal, Doença celíaca,...)
	<input type="checkbox"/> Transplante de medula óssea ou órgão sólido	<input type="checkbox"/> Neutropenia	<input type="checkbox"/> Condições neurológicas crônicas ⁱⁱⁱ
	<input type="checkbox"/> Doença renal crônica (todos os estágios)	<input type="checkbox"/> Doses elevadas de esteróides ^{iv}	<input type="checkbox"/> Outra
	<input type="checkbox"/> Tuberculose ativa	<input type="checkbox"/> Desnutrição ^v	<input type="checkbox"/> Nenhuma
		<input type="checkbox"/> COVID Longa	<input type="checkbox"/> Desconhecida

ⁱ Incluir traqueostomia ⁱⁱ Tubos e drenos inseridos: inclui pacientes com tubos de nefrostomia, tubos e drenos intra-abdominais, shunts de fluido cerebrospinal. ⁱⁱⁱ Condições neurológicas crônicas: inclui doença de Alzheimer, doença de Parkinson, distonia, ALS (doença de Lou Gehrig), doença de Huntington, doença neuromuscular, esclerose múltipla e epilepsia etc.

^{iv} Corticoterapia ≥ 30 dias ou corticoterapia recente em doses elevadas (> 5 mg/kg prednisolona > 5 dias) ^v Desnutrição: dieta deficiente que leva a falta de vitaminas, minerais e outras substâncias essenciais. Sinais de doença como kwashiorkor, escorbuto, retardo de crescimento, baixo peso, etc.



PERFIL HOSPITALAR – “Dado opcional” a ser coletado no nível hospitalar

Fornecer, se disponível, para cada indicador o ano de referência e o número “no nível hospitalar”.

	Ano (aaaa)	Número
Tamanho do hospital: número (N) de leitos		
Número de admissões (ou altas)/ano		
Número de pacientes-dia/ano		
Número de consumo de formulação alcoólica para higiene de mãos em litros/ano		
Número de “pacientes” com hemoculturas/ano		
Número de testes em fezes para infecção por <i>Clostridioides difficile</i> /ano		
Número de médicos FTE* para antimicrobial stewardship		
Número de farmacêuticos FTE para antimicrobial stewardship		
Número de médicos FTE para prevenção e controle de infecção (PCI)		
Número de enfermeiras FTE para prevenção e controle de infecção (PCI)		

*FTE= Full-Time Equivalent unidades ou colaboradores trabalhando em tempo integral para atividades de antimicrobial stewardship ou PCI. E.x. se 3 colaboradores trabalham 20 horas, 30 horas e 10 horas/semana= 60 horas/semana no total e assumindo que um colaborador em tempo integral trabalha 40 horas/semana, o cálculo FTE é igual a 60 horas/40 horas; ou 1.5 FTE.

Indicar para cada indicador se disponível no nível hospitalar ‘sim’ ou ‘não’.

	Sim	Se sim: Ano da introdução	Não
Presença de programa de AMS* formalmente definido	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Presença de grupo de AMS ativo (comitê e time operacional)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Presença de programa de PCI* formalmente definido	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Presença de grupo de PCI* ativo (comitê e time operacional)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Presença de feedback do PCI (anual, trimestral) para os profissionais de saúde	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Consultas de especialista em doenças infecciosas (DI) disponíveis	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Treinamentos especializados de AMS ou DI disponíveis para médicos/farmacêuticos	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Presença de suporte de laboratório de microbiologia no serviço	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Disponibilidade do laboratório de microbiologia nos finais de semana/feriados	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Disponibilidade de relatório periódico de perfil de sensibilidade antimicrobiana cumulativa**	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Se sim, relatórios de sensibilidade são distribuídos aos prescritores	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Disponibilidade de critérios padronizados para apropriada conversão IV-VO	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Software disponível para Controle de Infecção e/ou AMS*	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Presença de bundles ou checklists para prevenir CAUTI, VAP, CR-BSI, CDIF, SSI°	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

*AMS=Antimicrobial Stewardship; PCI=Prevenção e Controle de Infecção;** relatório epidemiológico local

° CAUTI=Infecção de Trato Urinário Associada a Cateter; VAP= Pneumonia Associada a Ventilador; CR-BSI=Infecção de Corrente Sanguínea relacionada a Cateter; CDIF= Infecção por *Clostridioides difficile*; SSI= Infecções de Sítio Cirúrgico.

Assinalar para cada indicador se disponível no nível hospitalar.

Disponibilidade de políticas descritas para documentar a prescrição antimicrobiana no prontuário médico	<input type="checkbox"/> Sim, todas as unidades	<input type="checkbox"/> Sim, unidades selecionadas	<input type="checkbox"/> Sim, na UTI	<input type="checkbox"/> Não
Disponibilidade de procedimento formal de restrição (formulários definidos, lista de restrições) para determinados antimicrobianos	<input type="checkbox"/> Sim, todas as unidades	<input type="checkbox"/> Sim, unidades selecionadas	<input type="checkbox"/> Sim, na UTI	<input type="checkbox"/> Não
Presença de revisão formal do antimicrobiano após 48 horas (revisão pós-prescrição)	<input type="checkbox"/> Sim, todas as unidades	<input type="checkbox"/> Sim, unidades selecionadas	<input type="checkbox"/> Sim, na UTI	<input type="checkbox"/> Não
Presença de visitas nas unidades para avaliação de antimicrobianos (Revisão das prescrições de antimicrobianos para os pacientes)	<input type="checkbox"/> Sim, todas as unidades	<input type="checkbox"/> Sim, unidades selecionadas	<input type="checkbox"/> Sim, na UTI	<input type="checkbox"/> Não
Quem pode prescrever antibióticos no seu hospital?	<input type="checkbox"/> Médico	<input type="checkbox"/> Farmacêutico	<input type="checkbox"/> Enfermeiro	<input type="checkbox"/> Outro



Anexo I: Combinações de agentes anti-infecciosos

Combinações de um antibiótico e um inibidor de beta-lactamase:

Ampicilina e inibidor de beta-lactamase: **reportar somente a dose de ampicilina** (J01CR01)

Amoxicilina e inibidor de beta-lactamase: **reportar somente a dose de amoxicilina** (J01CR02)

Ticarcilina e inibidor de beta-lactamase: **reportar somente a dose de ticarcilina** (J01CR03)

Piperacilina e inibidor de beta-lactamase: **reportar somente a dose de piperacilina** (J01CR05)

Imipenem e inibidor de beta-lactamase: **reportar somente a dose de imipenem** (J01DH51)

Panipenem e betamipron: **reportar somente a dose de panipenem** (J01DH55)

Exemplo:

Amoxicilina e inibidor de beta-lactamase 1.2g IV → 1g (amoxicilina) + 200mg (ácido clavulânico), **reportar somente 1 g como uma dose**

Piperacilina e inibidor de beta-lactamase 4.5g IV → 4g (piperacilina) + 500mg (tazobactam), **reportar somente 4 g como uma dose**

Outras combinações de múltiplas substâncias antimicrobianas:

J01EE01 Sulfametoxazol e Trimetoprim: **reportar a quantidade total de sulfametoxazol e trimetoprim**

Exemplo:

Co-trimoxazole 960mg: (sulfametoxazol. 800mg + trimetoprim 160mg), **reportar 960mg**

Mais informações sobre os agentes incluídos para o Global-PPS estão disponíveis na lista de antimicrobianos. Apenas o nome da substância antimicrobiana precisa ser escrita, mas não os códigos ATC! (o arquivo excel está disponível no site sob documentos: Global-PPS_antimicrobial_list.xlsx) http://app.globalpps.uantwerpen.be/globalpps_webpps/



Anexo II: Lista dos códigos dos grupos de diagnóstico – O que os médicos pretendem tratar

Sítio	Código	Exemplos
CNS	Proph CNS	Profilaxia para o sistema nervoso central (CNS) (neurocirurgia, meningite meningocócica)
	CNS	Infecções do Sistema Nervoso Central (CNS)
EYE	Proph EYE	Profilaxia para cirurgias oculares
	EYE	Terapia para infecções oculares ex. Endoftalmite
ENT	Proph ENT	Profilaxia para ouvido, nariz ou garganta (Profilaxia cirúrgica (SP) ou clínica (MP))
	ENT	Terapia para infecções no ouvido, nariz, garganta, incluindo boca, seios da face, laringe
	AOM	Otite média aguda
RESP	Proph RESP	Cirurgia pulmonar, profilaxia contra patógenos respiratórios ex. para aspergilose
	LUNG	Abscesso pulmonar incluindo aspergiloma
	URTI	Infecções virais do trato respiratório superior incluindo influenza mas não ENT
	Bron	Bronquite aguda ou exacerbações de bronquite crônica
	Pneu	Pneumonia ou infecção do trato respiratório inferior (LRTI)
	COVID-19	Doença causada pelo coronavírus SARS-CoV-2
	TB	TB pulmonar (Tuberculose)
	CF	Fibrose cística
CVS	Proph CVS	Cirurgia cardíaca ou vascular, profilaxia de endocardite
	CVS	Infecções cardio-vasculares: endocardite, dispositivo endovascular, ex. marcapassos, enxerto vascular
GI	Proph GI	Cirurgias do trato gastrointestinal (GI), fígado ou árvore biliar, profilaxia GI em pacientes neutropênicos ou com insuficiência hepática
	GI	Infecções Gastro-Intestinais (salmonelose, <i>Campylobacter</i> , parasitárias, etc.)
	IA	Sepse intra-abdominal incluindo hepatobiliar, abscesso intra-abdominal etc.
	CDIF	Infecção por <i>Clostridioides difficile</i>
SSTBJ	Proph BJ	Profilaxia para infecção de pele e partes moles (SST), para cirurgias plásticas ou ortopédicas (osso ou articulações)
	SST	Pele e partes moles: celulite, incluindo infecção de ferida cirúrgica, partes moles profunda não envolvendo osso ex. úlcera infectada por pressão ou diabética, abscesso
	BJ	Infecções osteo-articulares: Artrite séptica (incluindo infecção em prótese), osteomielite
UTI	Proph UTI	Profilaxia para cirurgia urológica (SP) ou infecção do trato urinário recorrente (MP)
	Cys	Infecção do trato urinário (UTI) baixa: cistite
	Pye	Infecção do trato urinário (UTI) alta incluindo infecção do trato urinário relacionada a cateter, pielonefrite
	ASB	Bacteriúria assintomática
GUOB	Proph OBGY	Profilaxia para cirurgia ginecológica ou obstétrica (SP: parto cesáreo, sem episiotomia; MP: portador de streptococcus do grupo B)
	OBGY	Infecções ginecológicas / obstétricas, doença sexualmente transmissível (STD) em mulher
	GUM	Infecções genito-urinárias em homem + Prostatite, orqui-epididimite, STD em homem
No define d site (NDS)	BAC	Bacteremia sem foco definido e sem choque
	SEPSIS	Sepse de qualquer origem (e.x. urosepse, sepsis pulmonar etc), síndrome séptica ou choque séptico sem foco definido
	Malária	
	HIV	Vírus da imunodeficiência humana
	PUO	Febre de origem indeterminada - Síndrome febril sem origem identificada ou sítio de infecção
	PUO-HO	Síndrome febril em paciente Onco-Hematológico não neutropênico sem origem identificada do patógeno
	FN	Febre em pacientes neutropênicos
	LYMPH	Linfonodos como fonte primária de infecção ex. Linfadenite supurativa
	Sys-DI	Infecção disseminada (infecções virais como sarampo, CMV...)
	Other	Antibiótico prescrito com documentação que não corresponde a nenhum grupo de diagnóstico descrito anteriormente
	MP-GEN	Droga é usada como profilaxia clínica sem ser direcionada contra um sítio específico, por ex., profilaxia antifúngica durante imunossupressão.
	UNK	Indicação completamente desconhecida
	PROK	Antimicrobiano (ex. eritromicina) prescrito como procinético



NEON ATAL	MP-MAT	Droga é utilizada como profilaxia clínica para fatores de risco materno (MATERNAL) ex. Rotura prematura de membranas prolongada
	NEO-PR	Droga é utilizada como profilaxia clínica para fatores de risco neonatal (NEWBORN) ex. VLBW (muito baixo peso ao nascer) e IUGR (restrição do crescimento intrauterino)
	CLD	Doença pulmonar crônica: problemas respiratórios de longa duração em bebês prematuros (displasia broncopulmonar)



ANEXO III: Tipo de indicação

CAI Infecção adquirida na comunidade	Início dos sintomas ≤ 48 h antes da admissão hospitalar (ou presentes na admissão).		
HAI Infecção relacionada à assistência à saúde ➤ Sintomas se iniciaram 48 h após a admissão hospitalar	HAI1 Infecção de ferida cirúrgica (ao redor de 30 dias após a realização da cirurgia OU; 90 dias após implante cirúrgico)		
	HAI2 Infecções relacionadas a intervenções de origem mista (misto de CVC-BSI, PVC-BSI, VAP, C-UTI; ou relacionada a tubos/drenos)		
	HAI2-CVC-BSI (Infecção de Corrente Sanguínea relacionada a Cateter Venoso Central)		
	HAI2-PVC-BSI (Infecção de Corrente Sanguínea relacionada a Cateter Venoso Periférico)		
	HAI2-VAP (Pneumonia Associada a Ventilador)		
	HAI2-CAUTI (Infecção de Trato Urinário Associada a Cateter)		
	HAI3 Diarreia associada a <i>C. difficile</i> (CDAD) (>48 h após a admissão ou < 30 dias após a alta de admissão anterior)		
	HAI4 Outra infecção adquirida no hospital de origem mista ou não definida (HAP, UTI, BSI)		
	HAI4-BSI Infecção de Corrente Sanguínea , não relacionada a intervenções		
	HAI4-HAP Pneumonia adquirida no hospital não relacionada à intervenção (não VAP)		
	HAI4-UTI Infecção do Trato Urinário , não relacionada à intervenção		
	HAI5 Paciente readmitido <48 horas após permanência em outro hospital, com infecção presente no momento da admissão ou dentro de 48 horas (paciente com infecção oriunda de outro hospital)		
	HAI6 Infecção presente na admissão procedente de instituições de longa permanência (LTCF) ou casa de repouso*		
SP Profilaxia Cirúrgica**	SP1 Dose única	SP2 Um dia	SP3 >1 dia
Para pacientes cirúrgicos , administração de antibióticos profiláticos deve ser verificada nas 24 horas anteriores , a fim de classificar a duração da profilaxia como dose única, um dia (= múltiplas doses administradas dentro de 24 horas) ou > 1 dia. Veja mais explicações e a tabela no protocolo na página 7!			
MP Profilaxia clínica	Por exemplo: Uso prolongado para prevenir ITU (infecção do trato urinário) ou uso de antifúngicos em pacientes em tratamento quimioterápico ou penicilina em pacientes asplênicos, etc.		
OTH Outra	Por exemplo eritromicina como estimulador da motilidade (agonista da motilina).		
UNK	Indicação completamente desconhecida		

Selecione uma opção para cada antimicrobiano reportado

* Instituições de longa permanência (LTCF) representam um grupo heterogêneo de instituições de saúde, cujos cuidados variam desde social até médico. Estes são lugares de vivência coletiva, onde o atendimento e a acomodação é fornecida como um pacote por um órgão público, sem fins lucrativos ou empresas privadas (por exemplo, casas de repouso, asilos).

** Profilaxia cirúrgica inclui aqueles antibióticos prescritos antes e após a intervenção cirúrgica (cirurgia na sala operatória). Os códigos SP1, SP2, SP3 acompanham um código diagnóstico precedido por proph (e.x. proph GI)



ANEXO IV – lista de microrganismos por tipo de resistência

Microorganisms (MO)	Code	Resistance type - 1	Resistance type - 2	Resistance type - 3
<i>Staphylococcus aureus</i>	STAAUR	MRSA		
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	STAEPI	MRCoNS		
<i>Staphylococcus haemolyticus</i>	STAHAE	MRCoNS		
Other coagulase-negative staphylococci (CNS)	STAOTh	MRCoNS		
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	STRPNE	PNSP	MLS	
<i>Streptococcus spp.</i> , other or not specified	STROTH	MLS		
<i>Enterococcus faecalis</i>	ENCFAE	VRE		
<i>Enterococcus faecium</i>	ENCFAI	VRE		
<i>Enterococcus spp.</i> , other or not specified	ENCOTH	VRE		
<i>Neisseria meningitidis</i>	NEIMEN	Other MDRO		
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	NEIGON	Other MDRO		
<i>Listeria monocytogenes</i>	LISMON	Other MDRO		
<i>Citrobacter freundii</i>	CITFRE	ESBL	3GCREB	CRE
<i>Citrobacter spp.</i> , other or not specified	CITOTH	ESBL	3GCREB	CRE
<i>Enterobacter cloacae</i>	ENBCLO	ESBL	3GCREB	CRE
<i>Enterobacter spp.</i> , other or not specified	ENBOTH	ESBL	3GCREB	CRE
<i>Escherichia coli</i>	ESCCOL	ESBL	3GCREB	CRE
<i>Klebsiella aerogenes</i>	KLEPAE	ESBL	3GCREB	CRE
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	KLEPNE	ESBL	3GCREB	CRE
<i>Klebsiella oxytoca</i>	KLEOXY	ESBL	3GCREB	CRE
<i>Klebsiella spp.</i> , other or not specified	KLEOTH	ESBL	3GCREB	CRE
<i>Proteus mirabilis</i>	PRTMIR	ESBL	3GCREB	CRE
<i>Proteus vulgaris</i>	PRTVUL	ESBL	3GCREB	CRE
<i>Proteus spp.</i> , other or not specified	PRTOTH	ESBL	3GCREB	CRE
<i>Serratia marcescens</i>	SERMAR	ESBL	3GCREB	CRE
<i>Serratia spp.</i> , other or not specified	SEROTH	ESBL	3GCREB	CRE
<i>Morganella spp.</i>	MOGSPP	ESBL	3GCREB	CRE
<i>Providencia spp.</i>	PRVSP	ESBL	3GCREB	CRE
<i>Salmonella enteritidis</i>	SALENT	ESBL	3GCREB	
<i>Salmonella typhi</i> or <i>paratyphi</i>	SALTYP	ESBL	3GCREB	
<i>Salmonella typhimurium</i>	SALTYM	ESBL	3GCREB	
<i>Salmonella spp.</i> , other or not specified	SALOTH	ESBL	3GCREB	
<i>Shigella spp.</i>	SHISPP	ESBL	3GCREB	
<i>Yersinia spp.</i>	YERSPP	ESBL	3GCREB	
Other <i>Enterobacteriales</i>	ETBOTH	ESBL	3GCREB	CRE
<i>Acinetobacter baumannii</i>	ACIBAU	ESBL-NF	CR-NF	
<i>Acinetobacter spp.</i> , other or not specified	ACIOTh	ESBL-NF	CR-NF	
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	PSEAE	ESBL-NF	CR-NF	
<i>Stenotrophomonas maltophilia</i>	STEMAL	CR-NF		
<i>Burkholderia cepacia</i>	BURCEP	CR-NF		
<i>Burkholderia pseudomallei</i>	BURPSE	CR-NF		
<i>Burkholderia mallei</i>	BURMAL	CR-NF		
<i>Pseudomonadaceae family</i> , other or not specified	PSEOTH	ESBL-NF	CR-NF	
<i>Campylobacter spp.</i>	CAMSPP	Other MDRO		
<i>Helicobacter pylori</i>	HELPLY	Other MDRO		
<i>Clostridioides difficile</i>	CLODIF	Other MDRO		
<i>Clostridium spp.</i> , other or not specified	CLOOTH	Other MDRO		
Other bacteria <i>Mycobacterium</i> , atypical	MYCATY	Other MDRO		
<i>Mycobacterium tuberculosis</i> complex	MYCTUB	Other MDRO		
Other bacteria	OTHER	Other MDRO		
<i>Candida spp.</i>	CANSPP	Azoles		
<i>Aspergillus spp.</i>	ASPSPP	Azoles		
Other fungi	FUNG_	Azoles		

