



Governo do Estado de Mato Grosso
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
COORDENADORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
SERVIÇO ESTADUAL DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO/SECIH

ROTEIRO DE SUPERVISÃO/INSPEÇÃO EM SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (OU IRAS)

Referência: RDC ANVISA nº 48/2000

Data: ____/____/____

Nº pasta SVS:	Nº OS:	Nº Relatório: ____/202____
---------------	--------	----------------------------

A - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

a) Razão Social:		
Nome Fantasia:		
b) CNPJ:		
c) CNES:		
d) Endereço:		
Bairro:	Município:	U.F: Mt CEP: Fone:
e) Unidade Hospitalar:		
Número de leitos:		
UTI Adulto:		
UTI Pediátrica:		
UTI Neonatal:		
Privada		
Público estadual		
Público municipal		
Público federal		
Filantrópico		
Outros:		
f) Especialidades:		
Clínica médica		
Clínica cirúrgica		
Pediatria		
Ginecologia/obstetrícia		
Ortopedia		
Outros:		
f) Enfº do SCIH/s:	COREN-MT:	
Médico/Infectologista do SCIH:	CRM:	
Fone/contato do SCIH: ()		
Email do SCIH:		



Governo do Estado de Mato Grosso

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
COORDENADORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
SERVIÇO ESTADUAL DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO/SECIH

B- SERVIÇO E COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (SCIH/CCIH)

Table with 11 rows and 6 columns (Leg., Item, Description, SIM, NÃO, NSA). Contains questions about hospital infection control services and committees.

Summary table for B- SERVIÇO E COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (SCIH/CCIH) showing counts for items III, II, and I.



Governo do Estado de Mato Grosso

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
COORDENADORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
SERVIÇO ESTADUAL DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO/SECIH

C- PROGRAMA DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (PCIH)

Main table with 9 rows and 6 columns (SIM, NÃO, NSA). Includes sub-tables for internal audits (INF) and socialization of reports.

Summary table for C- PROGRAMA DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (PCIH) with columns: Nº., Itens existentes, Sim, Não, NSA.



Governo do Estado de Mato Grosso

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
COORDENADORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
SERVIÇO ESTADUAL DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO/SECIH

D - AÇÕES GERAIS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO

				SIM	NÃO	NSA
1	Port. 2616/1998 6.1 e RDC 63/2011 art. 17	III	Para lavagem das mãos dos profissionais, estão previstos nas áreas de assistência do hospital, lavatórios com água corrente, dispensadores de sabonete líquido e de papel toalha			
2	Port. 2616/1998 6.1 e RDC 63/2011 art. 17	III	Há disponibilização contínua dos insumos necessários para a lavagem das mãos nos diversos setores do hospital			
3	Port. 2616/1998 6.1 e RDC 63/2011 art. 17	III	Os lavatórios ou pias possuem torneiras com dispositivos que dispensem o contato das mãos para seu acionamento			
4	RDC 63/2011 art. 17	III	Para a higienização das mãos dos profissionais, estão previstos dispensadores com anti-séptico (álcool gel) em todas as áreas de assistência e ou próximas aos leitos dos pacientes			
5	RDC 63/2011 art. 51	III	Há lembretes nos locais de trabalho sobre a importância da higienização das mãos e sobre as indicações e procedimentos adequados para realizá-la			
6	RDC 63/2011 art. 52	III	Há recipientes para coleta de resíduos comuns (grupo D), resíduos infectantes e descarte para resíduos perfuro-cortantes (grupo A) próximos de todos os pontos de geração de resíduos			
7	RDC 63/2011 art. 4º item V e atr. 52	III	Há um sistema de tratamento de águas residuais (por exemplo, fossa séptica seguida de poço de drenagem) presente (seja na Instituição ou fora dela) e funcionando de forma confiável			
8	RDC 63/2011 art. 46 e 47	III	Há disponibilização de EPIs (Equipamentos de Proteção Individual) para realização dos diversos procedimentos (luvas, máscaras, óculos, aventais)			
9	RDC 63/2011 art. 47	II	O uso dos EPI é supervisionado pelo SCIH			
10	RDC 63/2011 art. 47	III	Há rotina de utilização de paramentação (avental estéril, gorro, máscara, luvas estéreis) para o profissional e campos estéreis (que cubra o corpo todo para CVC) na realização dos procedimentos invasivos que ocorrem nas clínicas			
11	RDC 63/2011 art. 5º	II	Há formulário instituído (para cada paciente) para monitoramento dos dispositivos invasivos, contendo, minimamente nome do dispositivo, data e hora da instalação, nome do técnico e prazo de troca ou retirada			
12	Port. 2616/1998 3.1.3 e RDC 63/2011 art. 32	III	Realiza treinamento específico, sistemático e periódico aos profissionais de saúde do estabelecimento em relação às IRAS			



Governo do Estado de Mato Grosso

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
COORDENADORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
SERVIÇO ESTADUAL DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO/SECIH

		INF	Se sim, qual a periodicidade desses treinamentos: mensal bimensal trimestral Outros:			
13	Port. 2616/1998 3.1.3 e RDC 63/2011 art. 32	III	O conteúdo das capacitações aborda, minimamente: (para atingir a pontuação, o serviço precisa ter contemplados TODOS os itens abaixo)			
				SIM	NÃO	
			1 Orientações para higiene das mãos			
			2 Medidas de Prevenção e Isolamento			
			3 Orientações para os cuidados na admissão de pacientes na UTI, principalmente para os que possuem histórico de infecção / colonização por microrganismos multirresistentes			
			4 Medidas de prevenção de infecção relacionada ao uso de cateter central: inserção e manutenção			
			5 Medidas de prevenção de infecção relacionada ao uso de cateter urinário de demora			
			6 Medidas de prevenção de infecção relacionada ao uso de ventilação mecânica			
			7 Protocolo de uso racional de antimicrobianos			
14	Port. 2616/1998 3.5	I	Realiza avaliações periódicas da eficácia dos programas de capacitação (auditorias e outras avaliações de conhecimento)			
15	RDC 63/2011 art. 31, 32 e 33	II	Os membros executores recebem educação e desenvolvimento contínuos (participação em conferência, cursos, seminários, etc)			
16	RDC 63/2011 art. 43	III	Existem programas de imunização ativa em profissionais de saúde em atividade de risco (só para conhecimento do SCIH)			
17	Port. 2616/1998 3.4	II	Emite relatórios de sensibilidade/ resistência bacteriana para o corpo clínico e demais profissionais de saúde			

D – AÇÕES GERAIS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÕES	Nº.	Itens existentes	Sim	Não	NSA
	III	12			
	II	4			
	I	1			



Governo do Estado de Mato Grosso

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
COORDENADORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
SERVIÇO ESTADUAL DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO/SECIH

E - GERENCIAMENTO DO USO DE ANTIMICROBIANOS

Base legal: Port. 2616/1998 3.1.4 e 3.7 e NT GVIMS/GGTES/ANVISA nº 06/2021 para os itens abaixo do Gerenciamento do Uso de ATM onde não consta referência legal (não inserido devido ao espaço)

Table with 7 columns: Item number, Reference, Category, Description, SIM, NÃO, NSA. Contains 6 main rows with sub-tables for item 1 (antimicrobial management program) and item 4 (other actions for antimicrobial management).



Governo do Estado de Mato Grosso

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

COORDENADORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

SERVIÇO ESTADUAL DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO/SECIH

7	RDC 63/2011 art.17	III	O laboratório de microbiologia é capaz de identificar patógenos e padrões de resistência aos antimicrobianos (ou seja, perfil de sensibilidade) em tempo hábil (em até 72 h)																								
8	RDC 63/2011 art.17	II	O laboratório de microbiologia realiza controle de qualidade dos discos para susceptibilidade antimicrobiana com microrganismo padrão																								
9	RDC 63/2011 art.17	II	O laboratório de microbiologia realiza teste de sensibilidade aos antimicrobianos (TSA) por disco-difusão																								
10	RDC 63/2011 art.17	II	O laboratório de microbiologia realiza antibiograma utilizando o método de microdiluição em caldo																								
11	RDC 63/2011 art.32	II	O hospital possui um programa ou plano de educação continuada da equipe médica visando melhorar a conscientização sobre o uso de antimicrobianos (solicitar cronograma de treinamentos com os temas abordados relacionados ao uso de antimicrobianos e comprovantes desses treinamentos realizados)																								
12	RDC 63/2011 art.32	III	Existe orientação médica ou consulta aos infectologistas do SCIH na prescrição de antimicrobianos																								
13	RDC 63/2011 art.51	II	Existe protocolo instituído para uso racional e orientado de antimicrobianos (profilático e terapêutico)																								
14	RDC 63/2011 art.51	II	Existe protocolo para uso racional e orientado para antibioticoprofilaxia cirúrgica																								
15	RDC 63/2011 art.51	II	Estes protocolos possuem, minimamente, orientações para: (para atingir a pontuação, o serviço precisa ter contemplados TODOS os itens abaixo)																								
				<table border="1"><thead><tr><th></th><th></th><th>SIM</th><th>NÃO</th><th>NSA</th></tr></thead><tbody><tr><td>1</td><td>Monitoramento do consumo de antimicrobianos (formulário de requisição de antimicrobianos, DDD - Dose Definida Diária, etc.)</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>2</td><td>Prescrição racional de antimicrobianos</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>3</td><td>Definição de antimicrobianos de uso restrito dentro do serviço de saúde</td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>			SIM	NÃO	NSA	1	Monitoramento do consumo de antimicrobianos (formulário de requisição de antimicrobianos, DDD - Dose Definida Diária, etc.)				2	Prescrição racional de antimicrobianos				3	Definição de antimicrobianos de uso restrito dentro do serviço de saúde						
		SIM	NÃO	NSA																							
1	Monitoramento do consumo de antimicrobianos (formulário de requisição de antimicrobianos, DDD - Dose Definida Diária, etc.)																										
2	Prescrição racional de antimicrobianos																										
3	Definição de antimicrobianos de uso restrito dentro do serviço de saúde																										
16	RDC 63/2011 art.51	II	O hospital possui protocolos para as principais síndromes clínicas para auxiliar na seleção de antimicrobianos																								
17	RDC 63/2011 art.53	II	Instituiu formulário próprio para liberação dos antimicrobianos de uso restrito (aqueles que necessitam aprovação do SCIH após determinado período para continuidade da liberação do medicamento pela farmácia)																								



Governo do Estado de Mato Grosso

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
COORDENADORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
SERVIÇO ESTADUAL DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO/SECIH

RDC 63/2011 art.51	INF	De acordo com a sua complexidade, o hospital possui protocolos para:						
				SIM				NÃO
		1	Infecções comunitárias(endocardite, infecção de pele/partes moles, infecção do trato urinário baixo					
		2	Infecção intraabdominal					
		3	Infecções do trato respiratório alto					
		4	Infecções intestinais					
		5	Infecções osteoarticulares					
		6	Meningite					
		7	Pielonefrite					
		8	Pneumonia					
		9	Sepse					
		10	Prevenção de IPCS associada a CVC					
		11	Prevenção de PAV					
		12	Prevenção de ITU associada a CVD					
13	Prevenção de ISC							
18	I	<p>O hospital possui um instrumento de coleta de dados para o gerenciamento do uso de antimicrobianos (fichas, planilhas, programa informatizado).</p> <p>Indicadores que podem ser utilizados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Percentual de pacientes que usaram antimicrobianos profilático e terapêutico (nº total de pacientes em uso de antimicrobiano dividido pelo nº total de pacientes no período x 100) • Frequência de uso de cada antimicrobiano empregado em relação aos demais (nº total de tratamentos iniciados com determinado antimicrobiano no período dividido pelo nº total de tratamentos com antimicrobianos iniciados no período x 100) • Taxa de letalidade associada às IH/IRAS (nº de óbitos de pacientes com IH/IRAS no período dividido pelo nº total de pacientes no período x 100) 						
19	I	O hospital realiza pelo menos uma das ações estratégicas de gerenciamento de uso de antimicrobianos a seguir:						
				SIM				NÃO
		1	Auditoria retrospectiva (Verificar se há o registro dessas ações no prontuário do paciente, no formulário de solicitação de antimicrobianos ou em outro documento para acompanhamento definido no programa)					
		2	Auditoria prospectiva interdisciplinar (Verificar se há o registro dessas ações no prontuário do paciente, no formulário de solicitação de antimicrobianos ou em outro documento para acompanhamento definido no programa.)					
3	Feedback de prescrição (Solicitar quais os meios de comunicação utilizados para							



Governo do Estado de Mato Grosso

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
COORDENADORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
SERVIÇO ESTADUAL DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO/SECIH

Main table with 4 columns and 3 rows. Row 1: General instructions for antimicrobial use. Row 2: RDC 63/2011 art.51, II, with a table of 8 items (1-8) for monitoring. Row 3: RDC 63/2011 art.51, I, with a table of 4 items (1-4) for monitoring.



Governo do Estado de Mato Grosso

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
COORDENADORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

SERVIÇO ESTADUAL DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO/SECIH

			custos relacionados ao consumo de ATM)			
		5	Consumo de ATM nas unidades ou no hospital: dose diária definida (DDD), dias de terapia (DOT); duração da terapia (LOT) (Solicitar os indicadores que o hospital utiliza para verificar o consumo de ATM nas unidades ou no hospital. Em hospitais que possuem UTI, deve estar disponível no mínimo o cálculo de DDD)			
			OBS: O monitoramento do programa dependerá da ação realizada, podendo utilizar outros indicadores que não foram listados neste item			
22	RDC 63/2011 art.62	III	O hospital com leito de UTI adulto notifica regularmente a dose diária definida (DDD) (Solicitar comprovante de notificação de DDD dos meses do ano corrente dos hospitais com leito de UTI adulto) OBS: Os hospitais com leito de UTI adulto devem notificar o DDD até o 15º dia do mês de vigilância.			
23	RDC 63/2011 art.23 XV e XVII	III	O hospital realiza o monitoramento de infecções causadas por microrganismos multirresistentes monitoradas pelo programa: <ul style="list-style-type: none"> • Enterococcus resistente à vancomicina (VRE) • Staphylococcus aureus resistente à metilina (MRSA) • Clostridium difficile • Acinetobacter spp • Pseudomonas aeruginosa • Enterobactérias produtoras de ESBL e/ou de carbapenemases (Solicitar a apresentação dos indicadores utilizados pelo hospital para verificar as infecções causadas por microrganismos multirresistentes monitorados pelo programa) OBS: Obrigatório em hospitais que possuem UTI			
24	Port. 2616/19 98 3.4	I	É realizada periodicamente a divulgação dos resultados do programa de gerenciamento do uso de antimicrobianos para todos os profissionais do hospital (Solicitar o meio de comunicação, se e-mail, mural, boletim etc. e a periodicidade dessa comunicação e ainda verificar as últimas informações disponibilizadas) OBS: Não obrigatório, mas altamente recomendado			

E – GERENCIAMENTO DO USO DE ANTIMICROBIANOS	Nº.	Itens existentes	Sim	Não	NSA
	III	7			
	II	13			
	I	4			



Governo do Estado de Mato Grosso

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
COORDENADORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
SERVIÇO ESTADUAL DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO/SECIH

F – PROTOCOLOS BÁSICOS E TÉCNICAS PARA PREVENÇÃO DE INFECÇÕES

Base legal para todos os itens de protocolo: Port. 2616/1998 3.1.2 e 3.5 e RDC 63/2011 art. 51

Main table with 3 main rows and 3 columns (SIM, NÃO, NSA). Row 1: Protocols of hand hygiene practice. Row 2: Protocols of hand hygiene practice with sub-table of 8 items. Row 3: Protocols of precaution and isolation measures with sub-table of 5 items.



Governo do Estado de Mato Grosso

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
COORDENADORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
SERVIÇO ESTADUAL DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO/SECIH

Table with 5 main rows and a detailed sub-table for row 12. Columns include criteria (INF, II), descriptions of protocols, and a sub-table with columns SIM and NÃO.



Governo do Estado de Mato Grosso

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
COORDENADORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
SERVIÇO ESTADUAL DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO/SECIH

13	II	Protocolo para prevenção de infecção em dispositivos intra-venosos, exceto CVC, inclusive de rotina de troca dos dispositivos																															
14	II	Protocolo para enfrentamento e investigação de surtos epidêmicos intra hospitalares																															
15	II	Protocolo para acidentes com perfuro cortantes e material biológico																															
16	II	Protocolo para prevenção de lesão por pressão (escara)																															
17	II	Protocolo para prevenção de Infecção do Trato Urinário (ITU) relacionado ao uso de cateter urinário de demora																															
18	II	<p>O protocolo possui, minimamente, orientações para: (para atingir a pontuação, o serviço precisa ter contemplados TODOS os itens abaixo)</p> <table border="1"><thead><tr><th></th><th></th><th>SIM</th><th>NÃO</th></tr></thead><tbody><tr><td>1</td><td>Orientações para higiene das mãos antes e após a inserção do cateter e qualquer manuseio do sistema ou do sítio</td><td></td><td></td></tr><tr><td>2</td><td>Cuidados antes da inserção do cateter urinário (por exemplo: inserção de cateter apenas nas indicações apropriadas, inserção com técnica asséptica e realizada apenas por profissionais capacitados)</td><td></td><td></td></tr><tr><td>3</td><td>Cuidados na manutenção do cateter urinário (por exemplo: manter o sistema de drenagem fechado e estéril, trocar todo o sistema quando ocorrer desconexão, quebra de técnica asséptica ou vazamento, manter o fluxo de urina desobstruído, esvaziar bolsa coletora regularmente, manter bolsa coletora abaixo do nível da bexiga, não realizar irrigação do cateter com antimicrobianos nem usar antissépticos tópicos aplicados ao cateter, uretra ou meato uretral)</td><td></td><td></td></tr><tr><td>4</td><td>Cuidados na retirada do cateter urinário (por exemplo: implantar visita diária com médico e enfermeiro para revisar a necessidade de manutenção do cateter, disponibilizar lembretes-padrão para a remoção do cateter no prontuário escrito ou eletrônico)</td><td></td><td></td></tr><tr><td>5</td><td>Orientações e estratégias de engajamento dos pacientes/familiares/cuidadores na prevenção de eventos adversos relacionados a infecção de trato urinário relacionada ao uso de cateter vesical de demora</td><td></td><td></td></tr></tbody></table>			SIM	NÃO	1	Orientações para higiene das mãos antes e após a inserção do cateter e qualquer manuseio do sistema ou do sítio			2	Cuidados antes da inserção do cateter urinário (por exemplo: inserção de cateter apenas nas indicações apropriadas, inserção com técnica asséptica e realizada apenas por profissionais capacitados)			3	Cuidados na manutenção do cateter urinário (por exemplo: manter o sistema de drenagem fechado e estéril, trocar todo o sistema quando ocorrer desconexão, quebra de técnica asséptica ou vazamento, manter o fluxo de urina desobstruído, esvaziar bolsa coletora regularmente, manter bolsa coletora abaixo do nível da bexiga, não realizar irrigação do cateter com antimicrobianos nem usar antissépticos tópicos aplicados ao cateter, uretra ou meato uretral)			4	Cuidados na retirada do cateter urinário (por exemplo: implantar visita diária com médico e enfermeiro para revisar a necessidade de manutenção do cateter, disponibilizar lembretes-padrão para a remoção do cateter no prontuário escrito ou eletrônico)			5	Orientações e estratégias de engajamento dos pacientes/familiares/cuidadores na prevenção de eventos adversos relacionados a infecção de trato urinário relacionada ao uso de cateter vesical de demora									
		SIM	NÃO																														
1	Orientações para higiene das mãos antes e após a inserção do cateter e qualquer manuseio do sistema ou do sítio																																
2	Cuidados antes da inserção do cateter urinário (por exemplo: inserção de cateter apenas nas indicações apropriadas, inserção com técnica asséptica e realizada apenas por profissionais capacitados)																																
3	Cuidados na manutenção do cateter urinário (por exemplo: manter o sistema de drenagem fechado e estéril, trocar todo o sistema quando ocorrer desconexão, quebra de técnica asséptica ou vazamento, manter o fluxo de urina desobstruído, esvaziar bolsa coletora regularmente, manter bolsa coletora abaixo do nível da bexiga, não realizar irrigação do cateter com antimicrobianos nem usar antissépticos tópicos aplicados ao cateter, uretra ou meato uretral)																																
4	Cuidados na retirada do cateter urinário (por exemplo: implantar visita diária com médico e enfermeiro para revisar a necessidade de manutenção do cateter, disponibilizar lembretes-padrão para a remoção do cateter no prontuário escrito ou eletrônico)																																
5	Orientações e estratégias de engajamento dos pacientes/familiares/cuidadores na prevenção de eventos adversos relacionados a infecção de trato urinário relacionada ao uso de cateter vesical de demora																																
19	II	Protocolo para prevenção de Infecção do Trato Respiratório relacionado ao uso de ventilação mecânica																															
20	II	<p>O protocolo possui, minimamente, orientações para: (para atingir a pontuação, o serviço precisa ter contemplados TODOS os itens abaixo)</p> <table border="1"><thead><tr><th></th><th></th><th>SIM</th><th>NÃO</th></tr></thead><tbody><tr><td>1</td><td>Orientações para higiene das mãos antes e após manipulação do TOT/traqueostomia</td><td></td><td></td></tr><tr><td>2</td><td>Manter o paciente com a cabeceira elevada entre 30 e 45 graus</td><td></td><td></td></tr><tr><td>3</td><td>Adequação diária do nível de sedação e realizar o teste de respiração espontânea</td><td></td><td></td></tr><tr><td>4</td><td>Orientações quanto à aspiração traqueal, inclusive a aspiração da secreção acima do balonete (subglótica)</td><td></td><td></td></tr><tr><td>5</td><td>Realização da higiene oral com clorexidina 0,2% (ou outro antisséptico)</td><td></td><td></td></tr><tr><td>6</td><td>Atentar para os períodos de troca do circuito do ventilador mecânico</td><td></td><td></td></tr></tbody></table>			SIM	NÃO	1	Orientações para higiene das mãos antes e após manipulação do TOT/traqueostomia			2	Manter o paciente com a cabeceira elevada entre 30 e 45 graus			3	Adequação diária do nível de sedação e realizar o teste de respiração espontânea			4	Orientações quanto à aspiração traqueal, inclusive a aspiração da secreção acima do balonete (subglótica)			5	Realização da higiene oral com clorexidina 0,2% (ou outro antisséptico)			6	Atentar para os períodos de troca do circuito do ventilador mecânico					
		SIM	NÃO																														
1	Orientações para higiene das mãos antes e após manipulação do TOT/traqueostomia																																
2	Manter o paciente com a cabeceira elevada entre 30 e 45 graus																																
3	Adequação diária do nível de sedação e realizar o teste de respiração espontânea																																
4	Orientações quanto à aspiração traqueal, inclusive a aspiração da secreção acima do balonete (subglótica)																																
5	Realização da higiene oral com clorexidina 0,2% (ou outro antisséptico)																																
6	Atentar para os períodos de troca do circuito do ventilador mecânico																																



Governo do Estado de Mato Grosso

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
COORDENADORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

SERVIÇO ESTADUAL DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO/SECIH

			7	Observar a indicação e cuidados com umidificadores e sistemas de aspiração		
			8	Orientações e estratégias de engajamento dos pacientes/familiares/cuidadores na prevenção de eventos adversos relacionados a pneumonia associada à ventilação mecânica		
21		II	Protocolo para prevenção de infecção do sítio cirúrgico (ISC)			
22		II	O protocolo possui, minimamente, orientações para: (para atingir a pontuação, o serviço precisa ter contemplados TODOS os itens abaixo)			
					SIM	NÃO
			1	Higiene das mãos pelos profissionais de saúde, seguindo a técnica correta		
			2	Antibioticoprofilaxia: indicação apropriada; escolher o medicamento adequado, levando em consideração o sítio a ser operado; administrar dose efetiva em até 60 minutos antes da incisão cirúrgica; atenção especial em relação ao uso de torniquetes (administrar a dose total antes de insuflar o torniquete); descontinuar em 24 horas; ajustar a dose para pacientes obesos; repetir as doses em cirurgias prolongadas; combinar administração via intravenosa (IV) e via oral (VO) de antimicrobiano para cirurgia colo-retal		
			3	Tricotomia: realizar somente quando necessário; não utilizar lâminas		
			4	Controle de glicemia no pré-operatório e no pós-operatório imediato		
			5	Manutenção da normotermia do paciente em todo peri-operatório		
			6	Utilizar antissépticos que contenham álcool (associadas a clorexidina ou iodo) no preparo da pele do paciente antes da cirurgia		
			7	Utilizar a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC) para evitar a ocorrência de danos ao paciente		
			8	Realizar a vigilância de casos de infecção por busca ativa		
			9	Cuidados com curativos e drenos, etc		
10	Orientação a pacientes e familiares sobre as principais medidas de prevenção de ISC					
23		II	Protocolo para administração segura de medicamentos injetáveis			



Governo do Estado de Mato Grosso

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
COORDENADORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

SERVIÇO ESTADUAL DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO/SECIH

24	II	O protocolo possui, minimamente, orientações para: (para atingir a pontuação, o serviço precisa ter contemplados TODOS os itens abaixo)					
				SIM	NÃO		
		1	Itens de verificação para a prescrição segura de medicamentos (prescrição com identificação do paciente, do prescritor, da instituição e data da prescrição, legibilidade, padronização de lista de abreviaturas, símbolos e expressões de dose que NÃO devem ser utilizadas)				
		2	Itens de verificação para a dispensação segura de medicamentos (análise das prescrições e conferência de todos os medicamentos dispensados, em especial aqueles considerados potencialmente perigosos ou de alta vigilância)				
		3	Itens de verificação para a administração segura de medicamentos (verificação dos nove certos – paciente certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, orientação ou abordagem ao paciente correta, forma farmacêutica certa e resposta ou monitoramento certo)				
		4	Orientações e estratégias de engajamento dos pacientes/familiares/cuidadores na prevenção de eventos adversos relacionados ao medicamento				
25	II	Os protocolos são revisados pelo menos a cada 3 anos pelo SCIH em conjunto com a equipe médica, da farmácia hospitalar e do laboratório de microbiologia do serviço de saúde					
26	II	Os protocolos estão dentro da validade (deve ter no máximo 3 anos de data de publicação ou revisão)					
27	II	Os protocolos estão devidamente rubricados e assinados pelo responsável pela elaboração e validados pelo RT elaborador e pela Alta Administração					
28	II	Evidenciado que os protocolos se encontram socializados, implantados e operacionalizados entre as equipes assistenciais					

F - PROTOCOLOS BÁSICOS E TÉCNICAS PARA PREVENÇÃO DE INFECÇÕES	Nº.	Itens existentes	Sim	Não	NSA
	III	0			
	II	28			
	I	0			



Governo do Estado de Mato Grosso

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
COORDENADORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
SERVIÇO ESTADUAL DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO/SECIH

G - SERVIÇOS OU SETORES DE APOIO

Table with 5 main columns: Item ID, Reference, Type, Description, and Evaluation (SIM, NÃO, NSA). It contains 11 rows of questions and forms related to hospital hygiene and infection control services.



Governo do Estado de Mato Grosso

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
COORDENADORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

SERVIÇO ESTADUAL DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO/SECIH

7	RDC 63/2011 art.34	II	A lavanderia hospitalar possui sistema de barreiras (áreas suja e limpa separadas)				
8	Port. 2616/19 98 3.1.3 e 3.5	II	Realiza monitoramento indireto da adesão à higiene das mãos pelos profissionais de saúde das UTIs (adulto, pediátrica ou neonatal) Que método utiliza:				
9	Port. 2616/19 98 3.1.3 e 3.5	II	O monitoramento mensal do consumo de preparações alcoólicas pode ser realizado de forma indireta, por meio dos seguintes cálculos:				
			<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>Consumo de preparação alcoólica líquida ou gel (mL) na unidade, por mês / número de paciente - dia na unidade, no mês</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Comprovação do monitoramento mensal: Informar quantos mL de preparações alcoólicas por paciente/dia foi consumido nas UTI do hospital (adulto, pediátrica ou neonatal), por mês.</td> </tr> </table>	1	Consumo de preparação alcoólica líquida ou gel (mL) na unidade, por mês / número de paciente - dia na unidade, no mês	2	Comprovação do monitoramento mensal: Informar quantos mL de preparações alcoólicas por paciente/dia foi consumido nas UTI do hospital (adulto, pediátrica ou neonatal), por mês.
1	Consumo de preparação alcoólica líquida ou gel (mL) na unidade, por mês / número de paciente - dia na unidade, no mês						
2	Comprovação do monitoramento mensal: Informar quantos mL de preparações alcoólicas por paciente/dia foi consumido nas UTI do hospital (adulto, pediátrica ou neonatal), por mês.						
10	RDC 63/2011 art.51	II	Possui rotina para realização de culturas de vigilância nos pacientes admitidos procedentes de outros serviços Se sim, quais culturas realiza:				
11	RDC 63/2011 art.51	II	Tem rotina para realização de culturas de vigilância nos pacientes internados				
12	Port. 2616/19 98 3.3	III	Em situações de surto ou aumento significativo de taxas, realiza investigação para detecção das causas do evento Se sim, apresentou documentos: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não				
13	Port. 2616/19 98 3.3	III	Em situações de surto ou aumento significativo de taxas, implanta medidas para redução dos casos ou indicadores (evidenciar registros) Se sim, apresentou documentos: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não				

G - SERVIÇOS OU SETORES DE APOIO	Nº.	Itens existentes	Sim	Não	NSA
	III	2			
	II	10			
	I	1			



Governo do Estado de Mato Grosso

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
COORDENADORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
SERVIÇO ESTADUAL DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO/SECIH

H - VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DAS IH

Table with 6 main columns: Item, Reference, Category, Description, SIM, NÃO, NSA. It contains three main rows (1, 2, 3) with sub-tables for detailed criteria and processes.



Governo do Estado de Mato Grosso

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
 SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
 COORDENADORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
 SERVIÇO ESTADUAL DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO/SECIH

4	RDC 63/2011 art.23 XVII	II	Elabora indicadores mensalmente contendo as taxas de infecção hospitalar ou IRAS																					
5	Port. 2616/19 98 3.12 RDC 63/2011 art.61 e 62	II	Realiza notificação das IRAS no SISTEMA VIGENTE Se sim, as notificações estão em dia: <table border="1" style="display: inline-table; margin-left: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 40px; text-align: center;">sim</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 40px; text-align: center;">não</td> </tr> </table>		sim		não																	
	sim		não																					
6	Port. 2616/19 98 3.2	II	Existe avaliação e priorização dos problemas com base nos indicadores levantados																					
7	Port. 2616/19 98 3.2 RDC 63/2011 art. 51	II	O hospital dispõe de mecanismo para detecção de casos de Infecção hospitalar pós alta: <table border="1" style="margin-left: 20px; width: 100%;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">sim</td> <td rowspan="6" style="width: 20px;"></td> <td rowspan="6" style="text-align: center; vertical-align: middle;">não</td> </tr> <tr> <td style="width: 15px;"></td> <td>Ambulatório de egressos</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Telefone</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Whatsapp</td> </tr> <tr> <td></td> <td>carta</td> </tr> <tr> <td></td> <td>email</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Outros (citar):</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	sim			não		Ambulatório de egressos		Telefone		Whatsapp		carta		email		Outros (citar):					
sim			não																					
	Ambulatório de egressos																							
	Telefone																							
	Whatsapp																							
	carta																							
	email																							
	Outros (citar):																							
8	RDC 63/2011 art. 51	II	O hospital dispõe de mecanismo de comunicação ou integração com outros serviços de saúde para detecção de casos de Infecção Hospitalar																					
9	RDC 63/2011 art. 51	II	Utiliza os critérios diagnósticos nacionais publicados pela ANVISA																					
10	Port. 2616/19 98 3.4	I	O SCIH divulga os relatórios/indicadores entre os profissionais do hospital																					
11	Port. 2616/19 98 3.11	II	Na ausência de núcleo epidemiológico, o SCIH notifica aos órgãos de gestão do SUS casos diagnosticados ou suspeitos de doenças de notificação compulsória																					
12	Port. 2616/19 98 3.3	III	Os membros executores do SCIH realizam análise do Sistema de Vigilância Epidemiológica, que permite a identificação de surto em tempo hábil para medidas de controle																					
13	RDC 63/2011 art. 51	I	Na ocorrência de surtos (colonização/infecção), tem prática instituída de elaborar relatório da investigação do surto, constando minimamente: contextualização/relato da ocorrência, agente responsável, número de casos, topografia evidenciada, medidas iniciais e finais adotadas, notificação do surto à ANVISA/SECIH e conclusão																					
		INF	Caso o hospital possua UTIs terceirizadas, existe interação com o SCIH do hospital e repassa os dados para esta realizar as notificações																					

H - VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DAS IH	Nº.	Itens existentes	Sim	Não	NSA
	III	3			
	II	8			
	I	2			



Governo do Estado de Mato Grosso

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
COORDENADORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
SERVIÇO ESTADUAL DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO/SECIH

I - PACIENTES/ FAMILIARES

				SIM	NÃO	NSA																								
1	RDC 63/2 011 art. 8º	I	<p>Promove estratégias para aumentar a participação dos pacientes/acompanhantes/ familiares das UTIs nas ações de prevenção e controle de IRAS.</p> <p>Se sim, quais:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th></th> <th>SIM</th> <th>NÃO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>cartazes</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>folders</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>cartilhas</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Orientações nas visitas</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Outros (citar):</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			SIM	NÃO	1	cartazes			2	folders			3	cartilhas			4	Orientações nas visitas			5	Outros (citar):					
		SIM	NÃO																											
1	cartazes																													
2	folders																													
3	cartilhas																													
4	Orientações nas visitas																													
5	Outros (citar):																													
2	RDC 63/2 011 art. 8º	I	<p>Disponibiliza instrumentos de orientações (cartazes e folders) voltados para pacientes, acompanhantes/familiares enfatizando, minimamente, a necessidade de:</p> <table border="1"> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Higienizar as mãos antes e depois de tocar o paciente ou o ambiente próximo a ele</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Não sentar nas camas dos pacientes</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Não vir para a visita caso esteja com alguma doença transmissível</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Utilizar roupas privativas dentro das UTIs</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Respeitar as orientações da equipe assistencial caso os pacientes estejam em algum tipo de isolamento</td> </tr> </tbody> </table>	1	Higienizar as mãos antes e depois de tocar o paciente ou o ambiente próximo a ele	2	Não sentar nas camas dos pacientes	3	Não vir para a visita caso esteja com alguma doença transmissível	4	Utilizar roupas privativas dentro das UTIs	5	Respeitar as orientações da equipe assistencial caso os pacientes estejam em algum tipo de isolamento																	
1	Higienizar as mãos antes e depois de tocar o paciente ou o ambiente próximo a ele																													
2	Não sentar nas camas dos pacientes																													
3	Não vir para a visita caso esteja com alguma doença transmissível																													
4	Utilizar roupas privativas dentro das UTIs																													
5	Respeitar as orientações da equipe assistencial caso os pacientes estejam em algum tipo de isolamento																													

I - PACIENTES/ FAMILIARES	Nº.	Itens existentes	Sim	Não	NSA
	III	0			
	II	0			
	I	2			



Governo do Estado de Mato Grosso

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
COORDENADORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
SERVIÇO ESTADUAL DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO/SECIH

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DO SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO

Considerando-se que Risco é a probabilidade da ocorrência de um evento desfavorável e que pode causar danos, a análise dos riscos no Serviço de Controle de Infecção, do ponto de vista sanitário, representa um processo pelo qual se determinam os perigos relacionados à saúde e segurança dos pacientes.

Esta proposta de Avaliação do Risco trabalha com padrões de conformidade que foram considerados a partir da classificação dos itens avaliados por níveis de criticidade, seguindo a mesma linha utilizada pela ANVISA para serviços de hemoterapia.

Os níveis de criticidade (NC) representam o quanto o item influi no risco sanitário e, conseqüentemente, na segurança do paciente, conforme abaixo:

- NIVEL III - Determinam exposição a risco, influenciando em grau crítico na qualidade e segurança dos produtos e serviços. Cada item classificado como Nível III equivale a 5 pontos.
NIVEL II - Contribuem, mas não determinam exposição imediata ao risco, interferindo na qualidade ou segurança dos produtos e serviços. Cada item classificado como Nível II equivale a 3 pontos.
NIVEL I - Afetam em grau não crítico o risco, podendo ou não interferir na qualidade ou segurança dos serviços e produtos. Cada item classificado como Nível I equivale a 1 ponto.

Quadro 1 - Parâmetros para cálculo da avaliação do risco sanitário no Serviço de Controle de Infecção do hospital à partir do Roteiro de Inspeção

Table with 9 columns: Nível de Criticidade (NC), Total de itens do roteiro, Peso dos itens (III, II e I), Peso total do roteiro por NC dos itens, Nº de conformidades SIM obtidas pelo serviço na aplicação do roteiro, Nº de itens Não Se Aplica (NSA) obtidos pelo serviço na aplicação do roteiro, Total de itens do roteiro de inspeção menos o número de itens NSA obtidos pelo serviço na aplicação do roteiro, Peso Total do Roteiro (PTR): Peso dos itens (B) X Resultado do total de itens do roteiro de inspeção menos o número de itens NSA obtidos pelo serviço na aplicação do roteiro (F), and Peso Total Alcançado (PAI): Peso total (D) X NC (B) alcançado pelo serviço na aplicação do roteiro. Includes rows for levels III, II, I, and a TOTAL row.



Governo do Estado de Mato Grosso

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
COORDENADORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
SERVIÇO ESTADUAL DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO/SECIH

PROPORÇÃO DE CONTROLE (PC)

Representa a razão entre a pontuação por Nível de Criticidade alcançada pelo serviço na inspeção sanitária (PAI) e a pontuação total do roteiro (PTR) descontando os itens de NSA obtidos na inspeção e multiplicando por 100, conforme a fórmula abaixo:

$$PC = \frac{PAI}{PTR} \times 100 = \frac{\quad}{\quad} \times 100 = \quad \%$$

Quadro 2 – Classificação sugerida para a avaliação do Risco Sanitário do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (*)

PROPORÇÃO DE CONTROLE	CLASSIFICAÇÃO DO RISCO POTENCIAL	PERFIL SANITÁRIO	PONTUAÇÃO ALCANÇADA
≤ 59	Alto risco	Totalmente insatisfatório	
60 – 69	Médio alto risco	Insatisfatório	
70 - 79	Médio risco	Satisfatório com restrições	
80 - 94	Médio baixo risco	Satisfatório	
≥ 95	Baixo risco	Totalmente satisfatório	



Governo do Estado de Mato Grosso

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
COORDENADORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
SERVIÇO ESTADUAL DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO/SECIH

CÁLCULO DOS PONTOS

Itens	III			II			I		
	SIM	NÃO	NSA	SIM	NÃO	NSA	SIM	NÃO	NSA
B									
C									
D									
E									
F									
G									
H									
I									
TOTAL									