

	VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS INFECCIONES DEL TORRENTE SANGUÍNEO ASOCIADAS A CATÉTER VENOSO		CÓDIGO 02-FT-105
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	PROCESO MISIONAL	VERSIÓN 001

Documento de identidad:	EPS:
Nombre completo del paciente:	
Género: F M	Fecha de Nacimiento:
Tipo de Evento: ITS-AC	Fecha del Evento:
ITS post-procedimiento: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fecha del procedimiento:
Procedimiento:	
Requiere vigilancia por aislamiento de germen MDRO: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No KPC	
Fecha de ingreso:	Servicio:
FACTORES DE RIESGO:	
Catéter Venoso Central Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Organismo coincidente identificado en sangre periférica y a través del dispositivo, ambos recolectados dentro del período de ventana de infección.
Catéter de Hemodiálisis Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Catéter Implantable Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Catéter Central Temporal Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Hay pus en uno de los siguientes sitios vasculares de los que la muestra fue coleccionado: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> - Catéter Arterial - Fístula Arteriovenosa - Injerto Arteriovenoso - Línea auricular (Derecha e Izquierda) - Línea central sin acceso (acceso no insertado durante la admisión) - Catéter periférico - Catéter Implantable - Catéter de Hemodiálisis 	
Fecha de Inserción: ____ / ____ / ____	Servicio de inserción:
Fecha de Inserción: ____ / ____ / ____	Servicio de inserción:
Fecha de Inserción: ____ / ____ / ____	Servicio de inserción:
DETALLES DEL EVENTO:	

