

ENCUESTA IQZ 2017

Datos del paciente – Formulario P		Nº Código del paciente:
Código del hospital:	Fecha de ingreso:/...../..... (día/mes/año)	
Servicio:	Fecha de intervención:/...../..... (día/mes/año)	
Quirófano:	Fecha de alta:/...../..... (día/mes/año)	
Localización quirúrgica:	Motivo del alta:	
Factores de riesgo intrínseco		
Sexo: <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Hombre	Fecha de Nacimiento:/...../..... (día/mes/año)	
Diabetes Mellitus: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido	Immunodeficiencia: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido	
Obesidad: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido	Immunodepresión: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido	
Tabaquismo: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido	Hipoalbuminemia: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido	
Intervención Quirúrgica	Intervención Preventiva	
Tipo de Intervención: <input type="radio"/> Urgente <input type="radio"/> Programada	Disponible Hoja IQZ <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido	
Cirugía endoscópica <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido	Antibiótico administrado para profilaxis quirúrgica	
Duración en minutos:	Valoración profilaxis Antibiótica sobre indicación/aplicación/tiempo:	
Grado de contaminación de la cirugía:	Intervalo Antibiótico-incisión <60 minutos <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido	
Clasificación ASA:	Profilaxis Antibiótica Global Correcto <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido	
Puntuación NHSN-NNIS:	Antiséptico preparación piel <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido	
Datos sobre la Infección	Clorhexidina Alcohólica <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido	
¿Ha habido IN en el paciente operado? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido	Uso de aplicador <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido	
¿Ha habido infección quirúrgica? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido	Clorhexidina Acuosa <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido	
<input type="radio"/> Superficial <input type="radio"/> Profunda <input type="radio"/> Órgano o espacio	Povidona yodada u otros <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido	
En caso de CBGB, que tipo de ILQ?	Consumo de Antiséptico	
<input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria	Fricción, movimiento adelante-atrás <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido	
Bacteriemia-Sepsis asociada a ILQ <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido	Preparación piel Global Correcto <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido	
Bacteriemia asociada a catéter vascular <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido	Eliminación del vello <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido	
Neumonía <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido	Cortadora de Vello <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido	
Urinaria <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido	Cuchilla/Rasurado <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido	
Otras <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido	Otros/Depilación <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido	
Fecha de inicio de ILQ ____ / ____ / ____	Baño/ducha previo paciente <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido	
Periodo donde apareció la infección: <input type="radio"/> No <input type="radio"/> ILQ <input type="radio"/> Ingreso <input type="radio"/> Post-alta	Procedimiento Vello Global correcto <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido	
Traslado a UCI-Q: <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si, por ILQ <input type="radio"/> Si, por otras causas	Indicada Normotermia <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido	
Reingreso por ILQ: <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si, por ILQ <input type="radio"/> Si, por otras causas	Aplicada Normotermia <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido	
Reintervención: <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si, por ILQ <input type="radio"/> Si, por otras causas	Aplicación cobertores de calor <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido	
Mortalidad post-quirúrgica: <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si, por ILQ <input type="radio"/> Si, por otras causas	Uso de calentadores de fluidos <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido	
Incidente ligado al protocolo IQZ: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Normotermia Global Correcto <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido	
Microorganismos y resistencias	Indicada Normoglucemia <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido	
	Aplicada Normoglucemia <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido	
Código de las Resistencias	Normoglucemia Global Correcto <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido	
Agentes causales	Correcto Bundle en 3 áreas <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido	
Agentes causal 1: <input type="radio"/> Cod.0 <input type="radio"/> OCod.1 <input type="radio"/> OCod.2 <input type="radio"/> OCod.9	Correcto Bundle en 5 áreas <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido	
Agentes causal 2: <input type="radio"/> Cod.0 <input type="radio"/> OCod.1 <input type="radio"/> OCod.2 <input type="radio"/> OCod.9	Bundle Ampliado: <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Específico de colon <input type="radio"/> Fast-Track <input type="radio"/> Otros	
Agentes causal 3: <input type="radio"/> Cod.0 <input type="radio"/> OCod.1 <input type="radio"/> OCod.2 <input type="radio"/> OCod.9		
Finalizada la vigilancia de la intervención (30 o 90 días) <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		