

ENCUESTA IQZ 2016

Datos del Hospital - Formulario H

Código de Comunidad Autónoma: Fecha de inicio del estudio:/...../..... (día/mes/año)

Código del Hospital: Fecha de final del estudio:/...../..... (día/mes/año)

Tamaño del hospital (número total de camas):XXXX..... Número de camas Quirúrgicas:XXX.....

Número de camas de Reanimación Post-Quirúrgica:XX..... Número total de pacientes incluidos en el estudio:XXXX.....

Tipo de hospital según su grado de complejidad: Primario Secundario Terciario Especializado

Tipo de hospital por actividad docente: No Docente Universitario Pregrado Docencia MIR Docencia Pre y Postgrado

Áreas preventivas elegidas de IQZ: Profilaxis Antibiótica Preparación Piel Procedimiento del Vello Normotermia Normoglucemia

Indicadores generales del Hospital (último año)	Número	Intervenciones Quirúrgicas incluidas:		
Consumo promedio por estancia-día de solución alcohólica para la higiene de manos en el último año (mililitros / estancia-día)	-----	<input type="checkbox"/> By-pass aortocoronario con doble incisión	<input type="checkbox"/> By-pass aortocoronario con única incisión	<input type="checkbox"/> Cirugía ovárica
Número de enfermeras/os de control de la infección expresado en EJC	-----	<input type="checkbox"/> Amputación de extremidad	<input type="checkbox"/> Osteosíntesis	<input type="checkbox"/> Cirugía prostática
Número de médicos/as de control de la infección expresado en EJC	-----	<input type="checkbox"/> Cirugía de vías biliares, hígado o páncreas	<input type="checkbox"/> Cirugía Cardiotorácica	<input type="checkbox"/> Craneotomía
Prevalencia de infectados por Infección Nosocomial (EPINE) en el último año	-----	<input type="checkbox"/> Cirugía gástrica	<input type="checkbox"/> Herniorrafia	<input type="checkbox"/> Cirugía rectal
¿Cuántos años de experiencia acumulados tiene su equipo en vigilancia de ILQ?	-----	<input type="checkbox"/> Apendicectomía	<input type="checkbox"/> Prótesis de cadera	<input type="checkbox"/> Fusión vertebral
¿Podrá aplicar Ud. el mismo sistema de vigilancia post-alta (30 o 90 días) en el periodo pre-IQZ y en el periodo de aplicación de IQZ?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Operaciones sobre la mama	<input type="checkbox"/> Cirugía del cuello	<input type="checkbox"/> Cirugía del intestino delgado
¿Aplica Ud. un programa activo e integral de vigilancia de las ILQ?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Colectomía y colecistotomía	<input type="checkbox"/> Prótesis de rodilla	<input type="checkbox"/> Cirugía tiroidea y paratiroidea
Servicios Quirúrgicos incluidos:		<input type="checkbox"/> Cirugía Colon-Sigma	<input type="checkbox"/> Laminectomía	<input type="checkbox"/> Cirugía esplénica
<input type="checkbox"/> Cirugía General y del Aparato Digestivo	<input type="checkbox"/> Cirugía Vasculuar	<input type="checkbox"/> Cirugía Maxilofacial	<input type="checkbox"/> Cirugía arterial periférica de "bypass"	<input type="checkbox"/> Histerectomía abdominal
<input type="checkbox"/> Traumatología y Ortopedia	<input type="checkbox"/> Cirugía Torácica	<input type="checkbox"/> Estomatología / Odontología	<input type="checkbox"/> Cesárea	<input type="checkbox"/> Cirugía renal
<input type="checkbox"/> Ginecología y Obstetricia	<input type="checkbox"/> Cirugía plástica, reconstructiva y quemados	<input type="checkbox"/> Cirugía Cardíaca y Vasculuar	<input type="checkbox"/> Otras 2:	<input type="checkbox"/> Otras 3:
<input type="checkbox"/> Neurocirugía	<input type="checkbox"/> Cirugía Pediátrica	<input type="checkbox"/> Urología	Comentarios / observaciones:	
<input type="checkbox"/> Otorrinolaringología	<input type="checkbox"/> Oftalmología	<input type="checkbox"/> Otros:	
<input type="checkbox"/> Otros 2:	<input type="checkbox"/> Otros 3:	<input type="checkbox"/> Otros 4:	

Datos del coordinador del estudio en el Hospital

Apellidos: Nombre:

Servicio: Categoría profesional:

Correo electrónico: Teléfonos de contacto:

Datos de los colaboradores del estudio en el Hospital

Apellidos:	Nombre:	Categoría profesional:
Apellidos:	Nombre:	Cat. prof.:
Apellidos:	Nombre:	Cat. prof.:
Apellidos:	Nombre:	Cat. prof.:
Apellidos:	Nombre:	Cat. prof.: