

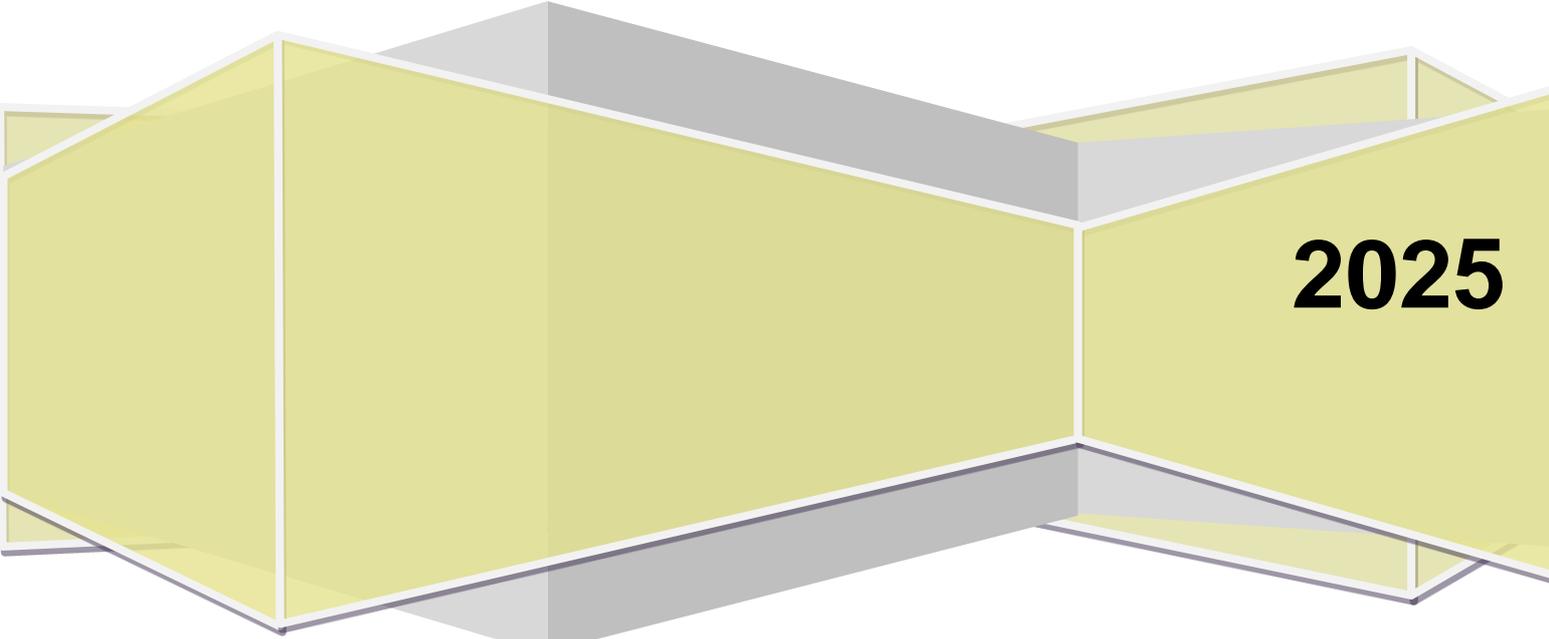


SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS - CCD
CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA "PROF. ALEXANDRE VRANJAC"
DIVISÃO DE INFECÇÃO HOSPITALAR

MANUAL DE ORIENTAÇÕES E CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

VIGILÂNCIA DE INFECÇÕES ASSOCIADAS A CATETER DE LONGA PERMANÊNCIA EM SERVIÇOS DE ONCOLOGIA

SISTEMA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DAS
INFECÇÕES HOSPITALARES DO ESTADO DE SÃO
PAULO



2025

ÍNDICE

| ASSUNTO | Pág. |
|--|-------------|
| 1. População incluída na vigilância de infecção associada CVC-LP | 03 |
| 2. Infecções atribuídas ao serviço de quimioterapia ambulatorial (QTX-AMB) | 03 |
| 3. Critérios de infecção associada à cateter venoso central de longa permanência | 04 |
| 4. Sistema de coleta dos dados e preenchimento das planilhas | 06 |
| A. Coleta do denominador | 06 |
| B. Planilha de notificação de infecções em serviço de oncologia | 06 |
| C. Fluxo de Notificação | 10 |
| 5. Referências Bibliográficas | 11 |

ORIENTAÇÃO PARA VIGILÂNCIA DE INFECÇÕES ASSOCIADAS A CATETER DE LONGA PERMANÊNCIA EM SERVIÇOS DE ONCOLOGIA

Este documento destina-se a definir os critérios de inclusão de pacientes na vigilância de infecções associadas a cateteres de longa permanência (CVC-LP) em quimioterapia ambulatorial (QTX-AMB), assim como estabelecer os critérios de infecção adotados e os instrumentos utilizados nesta vigilância.

1. População incluída na vigilância de infecção associada CVC-LP

Serão incluídos todos os pacientes com CVC-LP (semi-implantável, totalmente implantável e cateter central de inserção periférica) e diagnóstico de tumor sólido, neoplasia hematológica ou que realizaram transplante de células tronco-hematopoiéticas e que tenham seu cateter manipulado no serviço de QTX-AMB, seja para infusão de droga ou manutenção da permeabilidade do CVC-LP.

2. Infecções atribuídas ao serviço de quimioterapia ambulatorial (QTX-AMB)

Será definida como infecção relacionada ao serviço de quimioterapia ambulatorial quando a última manipulação do CVC-LP antes do diagnóstico da infecção ocorrer no serviço de QTX-AMB, independentemente do intervalo de tempo entre a última manipulação e o diagnóstico da infecção. A manipulação é definida como punção do CVC-LP, infusão de droga, ou manipulação do CVC-LP para manutenção de permeabilidade. Os pacientes que recebem QTX pelo infusor serão considerados como dias de manipulação o total de dias da data da instalação e a data da retirada do mesmo.

As infecções do CVC-LP relacionadas ao serviço de quimioterapia ambulatorial deverão ser notificadas no mês do dia de início dos sintomas da infecção mesmo quando este diferir do mês da última manipulação.

As infecções de túnel/bolsa ou óstio que ocorreram nos primeiros 30 dias pós-implantação do CVC-LP não serão relacionadas ao serviço de QTX-AMB, devendo

ser atribuídas ao procedimento cirúrgico, mesmo se o CVC-LP for manipulado neste período.

3. Critérios de infecção associada à cateter venoso central de longa permanência

A. Infecção de óstio: presença de secreção purulenta no óstio do CVC ou celulite de até 2 cm da inserção. Pode estar associada à febre e sem ICS concomitante.

B. Infecção de túnel ou bolsa: presença de edema, eritema e/ou endureção com mais de 2 cm do sítio de inserção (cateter semi-implantável) ou celulite no trajeto (cateter totalmente implantável); ruptura espontânea, drenagem ou necrose da pele adjacente, sem ICS concomitante.

C. Infecção de corrente sanguínea (ICS) associada à CVC-LP:

Critério 1: uma ou mais hemoculturas coletadas preferencialmente de sangue periférico e o patógeno não está relacionado com infecção em outro sítio de infecção.
OU

Critério 2: pelo menos de UM dos seguintes sinais ou sintomas: Febre ($\geq 38^{\circ}\text{C}$), tremores ou hipotensão (pressão sistólica ≤ 90 mmHg), e esses sintomas não estão relacionados com infecção em outro sítio **E DUAS ou mais hemoculturas** (em diferentes punções com intervalo máximo de 1 dia calendário) com contaminante de pele (Ex.: *Corynebacterium* spp., *Bacillus* spp., *Propionibacterium* spp., estafilococos coagulase negativo [incluindo *S.epidermidis*], estreptococos do grupo viridans, *Aerococcus* spp, *Micrococcus* spp, *Rhodococcus* spp.) **E** sinais/sintomas e resultados de cultura positiva ocorrendo no período de janela de infecção*

D. Infecção de corrente sanguínea relacionada à CVC-LP:

Critério 1: Isolamento do mesmo micro-organismo de pelo menos uma hemocultura (HMC) periférica e da ponta (quando cultura da ponta do CVC tiver isolamento de micro-organismo ≥ 15 UFC/ml) ou sistema do CVC de longa permanência.

Critério 2: Isolamento do mesmo micro-organismo de HMC periférica e HMC via cateter com diferencial de tempo de cultura ≥ 2 horas entre elas.

E. Infecção relacionada à lesão de barreira mucosa (LBM):

| ICS-LBM 1 | ICS-LBM 2 |
|---|--|
| Paciente de qualquer idade que atende aos critérios da IPCSL 1 | Paciente de qualquer idade que atende aos critérios da IPCSL 2 |
| Com pelo menos uma amostra de hemocultura | Com pelo menos duas amostras de hemocultura |
| APENAS com organismos presentes à lista do NHSN (já Anexo Tabela Microorganismos) | APENAS Estreptococos do grupo viridans ou <i>Rothia</i> spp |
| E | |
| O paciente deve apresentar pelo menos <u>um</u> dos seguintes: | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Receptor de transplante alogênico de células-tronco hematopoiéticas no último ano com um dos seguintes itens documentados durante a mesma hospitalização que a hemocultura positiva: <ol style="list-style-type: none"> a) Doença do enxerto contra o hospedeiro do trato gastrointestinal grau III ou IV; b) Diarreia – ≥ 1 litro ou no mínimo três episódios de fezes líquidas em um período de 24 horas, com início dentro dos 7 dias que antecederam a data da coleta da hemocultura positiva. 2. Neutropenia – definida com pelo menos dois dias separados de valores de contagem absoluta de neutrófilos e/ou leucócitos <500 células/mm³ em um período de 7 dias, que inclui a data da coleta da hemocultura positiva, os 3 dias de calendário antes e 3 dias após (ver tabela 1). | |

Notas:

1. Se um paciente atende aos critérios ICS-LBM 1 e ICS-LBM 2 (especificamente, hemocultura com *Streptococcus* do grupo viridans ou *Rothia* spp. e apenas microrganismos do trato gastrointestinal presente na lista do NHSN), relatar os dois microrganismos para a infecção.
2. Qualquer combinação de valores de contagem absoluta de neutrófilos e/ou leucócitos pode ser utilizada para definir o critério de neutropenia, desde que sejam coletados em dias separados em um período de 7 dias, que inclui a data da coleta da hemocultura positiva, os 3 dias de calendário antes e 3 dias após.
3. Quando uma hemocultura é positiva para um microrganismo que não está incluso na lista do NHSN e foi coletada durante um período de 14 dias da notificação de uma ICS-LBM, a infecção deverá ser alterada para uma IPCSL e o novo microrganismo adicionado.

4. Sistema de coleta dos dados e preenchimento das planilhas

A. Coleta do denominador:

O denominador será constituído da soma de pacientes com CVC-LP manipulado no serviço de QTX-AMB por dia no período de um mês. O denominador será coletado separado por tipo de CVC-LP (semi-implantável, totalmente implantável e cateter central de inserção periférica) conforme exemplo na planilha abaixo.

| Dia do mês | CVC totalmente implantável | CVC semi-implantável | PICC | Total de CVC-LP |
|------------|----------------------------|----------------------|------|-----------------|
| 1 | 10 | 5 | 3 | 18 |
| 2 | 13 | 6 | 4 | 23 |
| 3... | 11 | 5 | 4 | 20 |

B. Planilha de notificação:

A notificação será realizada através de uma planilha EXCELL padrão do Sistema de Vigilância de Infecções Hospitalares do Estado de São Paulo/CVE/SES.

Identificação: O preenchimento da aba de identificação deverá ser feito na primeira vez que for iniciada a utilização do arquivo, uma vez que este será utilizado para preenchimento dos dados do ano todo. Nos meses subsequentes basta apenas completar os dados referentes às infecções, dispositivos e procedimentos, a cada mês, salvando o arquivo conforme orientações descritas abaixo.

| PLANILHA DE IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO DE ONCOLOGIA | | | | | |
|---|--|------|---|--|--|
| REGISTRO DE INFECÇÕES RELACIONADAS A ASSISTENCIA À SAUDE | | | | | |
| ANO DE NOTIFICAÇÃO: | | 2025 | | | |
| SERVIÇO: | | | | | |
| CNES: | | | | | |
| NATUREZA DO SERVIÇO: (X) | | | SE PÚBLICO, QUAL ESFERA DE GOVERNO? (X) | | |
| PÚBLICO <input type="checkbox"/> | | | FEDERAL <input type="checkbox"/> | | |
| PRIVADO <input type="checkbox"/> | | | ESTADUAL <input type="checkbox"/> | | |
| FILANTRÓPICO <input type="checkbox"/> | | | MUNICIPAL <input type="checkbox"/> | | |
| É CONVENIADO SUS? (X) | | | NÚMERO DE LEITOS: (Nº) | | |
| Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> | | | TOTAL <input type="checkbox"/> | | |
| É INSTITUIÇÃO DE ENSINO? (X) | | | NÚMERO DE QUIMIOTERAPIAS-MÊS: | | |
| Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | | |
| ESTÁ VINCULADO A UM HOSPITAL? | | | SE SIM, DESCREVA O NOME DO HOSPITAL: | | |
| Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> | | | | | |
| Possui paciente Onco-hematológico? (X) | | | Em caso afirmativo, informar: (X) | | |
| Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> | | | Oncológico (LLA, LMC) <input type="checkbox"/> | | |
| | | | Transplante Medula Óssea <input type="checkbox"/> | | |
| PRESIDENTE DA CCIH: | | | | | |
| EMAIL INSTITUCIONAL | | | | | |
| MUNICÍPIO: | | | | | |
| GVE: | | | | | |
| RESPONSÁVEL NO MUNICÍPIO: | | | | | |
| RESPONSÁVEL NO GVE: | | | | | |

Na aba **Plan-ICS CVC-LP**: deverão ser inseridos os dados de numerador e denominador separados por tipo de infecção e tipo de CVCLP. As taxas serão calculadas automaticamente. As infecções de corrente sanguínea por lesão de barreira mucosa deverão ser notificadas separadamente em um campo específico, e não serão incluídas em nenhuma das taxas de infecção associadas a CVC-LP.

| Janeiro | | | | | |
|----------------------------|-------------------|----------------------------|--|---|------------|
| Tipo de CVC | Nº infecção ostio | Nº infecção tunel ou bolsa | Nº infecção de corrente sanguínea associada a CVC-LP | Infecção de corrente sanguínea por lesão de barreira mucosa | Nº CVC-dia |
| CVC totalmente implantável | | | | | |
| CVC semi-implantável | | | | | |
| PICC | | | | | |
| Total de pac. com CVC-LP | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Tipo de CVC | DI IO | DI ITB | DI ICS assoc CVC-LP | | |
| CVC totalmente implantável | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | | |
| CVC semi-implantável | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | | |
| PICC | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | | |
| Total de pac. com CVC-LP | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | | |

Na aba - **Descrição dos casos**: deverão ser inseridas as informações sobre cada infecção (numerador) identificada na aba anterior. Haverá dois identificadores do paciente: data de nascimento e número do caso.

| Caso | Data de nascimento | diagnostico oncológico | Tipo de CVC | Data da infecção | Data da inserção do CVCLP | Data da última manipulação | Hemocultura positiva | Tipo infecção | Agente identificado | micro_organismos_1 | micro_organismos_2 | micro_organismos_3 |
|------|--------------------|------------------------|-------------|------------------|---------------------------|----------------------------|----------------------|---------------|---------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| 1 | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | |

Na coluna “**Tipo de CVC**”, escolher entre as seguintes opções:

- CVC totalmente implantável,
- CVC semi-implantável,
- PICC.

Na coluna “**Tipo de infecção**”, escolher entre as seguintes opções:

1-Infecção de óstio

2-infecção de túnel ou bolsa

3-infecção de corrente sanguínea associada a CVC-longa permanência com critério para ICS relacionada a CVC-LP (quando a ICS também apresentar critério para ICS relacionada a CVC-LP)

4-infecção de corrente sanguínea associada a CVC-longa permanência sem critério para ICS relacionada a CVC-LP (quando a ICS cumprir critério para ICS associada a CVC-LP, porém não tiver critério para ICS relacionada a CVC-LP).

5-LBM: infecção relacionada a lesão de barreira mucosa

Na coluna “**Agente identificado**” escolher entre as opções: **Sim ou Não**.

Se sim, descrever o nome do agente identificado (até 3 microrganismos)

Na aba **Plan-Hemoc ICS** serão inseridas as informações dos microrganismos isolados em sangue e seu perfil de sensibilidade de pacientes com infecção da corrente sanguínea associada a CVC-LP ou infecção de corrente sanguínea por LBM. Esta planilha segue o padrão das outras planilhas de hemoculturas de hospital geral e diálise (CVE).

| Janeiro | ICS X CVC-LP ou ICS por LBM | |
|--|-----------------------------|---------|
| | NP | % |
| Microrganismo | | |
| <i>Candida</i> spp. | | #DIV/0! |
| <i>Candida albicans</i> complexo | | #DIV/0! |
| <i>Candida glabrata</i> complexo | | #DIV/0! |
| <i>Candida guilliermondii</i> complexo | | #DIV/0! |
| <i>Candida krusei</i> complexo | | #DIV/0! |
| <i>Candida lusitanae</i> complexo | | #DIV/0! |
| <i>Candida parapsilosis</i> complexo | | #DIV/0! |
| <i>Candida tropicalis</i> complexo | | #DIV/0! |
| <i>Candidas</i> não <i>albicans</i> (Outras espécies) | | #DIV/0! |
| <i>Citrobacter</i> spp. RESISTENTE a carbapenêmico e cefalosporina de 4ª geração (cefepime) | | #DIV/0! |
| <i>Citrobacter</i> spp. SENSÍVEL a carbapenêmico e cefalosporina de 4ª geração | | #DIV/0! |
| <i>Citroacter</i> spp. SENSÍVEL a carbapenêmico e RESISTENTE a cefalosporina de 4ª geração | | #DIV/0! |
| <i>Citroacter</i> spp. SENSÍVEL a ceftazidima/avibactam | | #DIV/0! |
| <i>Citroacter</i> spp. RESISTENTE a ceftazidima/avibactam | | #DIV/0! |
| <i>Acinetobacter baumannii</i> RESISTENTE a carbapenêmico | | #DIV/0! |
| <i>Acinetobacter baumannii</i> SENSÍVEL a carbapenêmico | | #DIV/0! |
| <i>Acinetobacter baumannii</i> RESISTENTE a polimixina B e/ou polimixina E (colistina) | | #DIV/0! |
| <i>A. calcoaceticus</i> , <i>A. nosocomialis</i> , <i>A. pittii</i> , <i>A. seifertii</i> RESISTENTES a carbapenêmico | | #DIV/0! |
| <i>A. calcoaceticus</i> , <i>A. nosocomialis</i> , <i>A. pittii</i> , <i>A. seifertii</i> SENSÍVEIS a carbapenêmico | | #DIV/0! |
| <i>A. calcoaceticus</i> , <i>A. nosocomialis</i> , <i>A. pittii</i> , <i>A. seifertii</i> RESISTENTES a polimixina B e/ou polimixina E (colistina) | | #DIV/0! |
| Complexo <i>Burkholderia cepacia</i> | | #DIV/0! |
| <i>Enterobacter</i> spp. RESISTENTE a carbapenêmico e cefalosporina de 4ª geração (cefepime) | | #DIV/0! |
| <i>Enterobacter</i> spp. SENSÍVEL a carbapenêmico e cefalosporina de 4ª geração | | #DIV/0! |
| <i>Enterobacter</i> spp. SENSÍVEL a carbapenêmico e RESISTENTE a cefalosporina de 4ª geração | | #DIV/0! |
| <i>Enterobacter</i> spp. RESISTENTE a Polimixina B e/ou E (colistina) e RESISTENTE a carbapenêmico | | #DIV/0! |
| <i>Enterobacter</i> spp. RESISTENTE a Polimixina B e/ou polimixina E (colistina) e SENSÍVEL a carbapenêmico | | #DIV/0! |
| <i>Enterobacter</i> spp. SENSÍVEL a ceftazidima/avibactam | | #DIV/0! |
| <i>Enterobacter</i> spp. RESISTENTE a ceftazidima/avibactam | | #DIV/0! |
| <i>Enterococcus faecalis</i> RESISTENTE a vancomicina | | #DIV/0! |
| <i>Enterococcus faecalis</i> SENSÍVEL a vancomicina | | #DIV/0! |
| <i>Enterococcus faecium</i> RESISTENTE a vancomicina | | #DIV/0! |
| <i>Enterococcus faecium</i> SENSÍVEL a vancomicina | | #DIV/0! |
| <i>Enterococcus</i> spp. (exceto <i>E. faecalis</i> e <i>E. faecium</i>) RESISTENTE a vancomicina | | #DIV/0! |
| <i>Enterococcus</i> spp. (exceto <i>E. faecalis</i> e <i>E. faecium</i>) SENSÍVEL a vancomicina | | #DIV/0! |
| <i>Escherichia coli</i> RESISTENTE a carbapenêmico e cefalosporinas de 3ª (ceftriaxona, cefotaxima, ceftazidima) e/ou de 4ª geração (cefepime) | | #DIV/0! |
| <i>Escherichia coli</i> SENSÍVEL a carbapenêmico e cefalosporinas de 3ª e/ou 4ª geração | | #DIV/0! |
| <i>Escherichia coli</i> SENSÍVEL a carbapenêmico e RESISTENTE a cefalosporina de 3ª e/ou 4ª geração (cefepime) | | #DIV/0! |
| <i>Escherichia coli</i> RESISTENTE a polimixina B e/ou polimixina E (colistina) e SENSÍVEL a carbapenêmico | | #DIV/0! |
| <i>Escherichia coli</i> RESISTENTE a carbapenêmico e RESISTENTE a polimixina B e/ou polimixina E (colistina) | | #DIV/0! |
| <i>Escherichia coli</i> SENSÍVEL a ceftazidima/avibactam | | #DIV/0! |
| <i>Escherichia coli</i> RESISTENTE a ceftazidima/avibactam | | #DIV/0! |
| <i>Klebsiella pneumoniae</i> complexo (<i>K. pneumoniae</i> ; <i>K. quasipneumoniae</i> ; <i>K. varicola</i> ; <i>K. quasivaricola</i> ; <i>K. africana</i>) RESISTENTE a carbapenêmico e cefalosporinas de 3ª e/ou 4ª | | #DIV/0! |
| <i>Klebsiella pneumoniae</i> complexo (<i>K. pneumoniae</i> ; <i>K. quasipneumoniae</i> ; <i>K. varicola</i> ; <i>K. quasivaricola</i> ; <i>K. africana</i>) SENSÍVEL a carbapenêmico e cefalosporina de 3ª e/ou 4ª gera | | #DIV/0! |
| <i>Klebsiella pneumoniae</i> complexo (<i>K. pneumoniae</i> ; <i>K. quasipneumoniae</i> ; <i>K. varicola</i> ; <i>K. quasivaricola</i> ; <i>K. africana</i>) SENSÍVEL a carbapenêmico e RESISTENTE a cefalosporinas | | #DIV/0! |
| <i>Klebsiella pneumoniae</i> complexo (<i>K. pneumoniae</i> ; <i>K. quasipneumoniae</i> ; <i>K. varicola</i> ; <i>K. quasivaricola</i> ; <i>K. africana</i>) RESISTENTE a carbapenêmico e RESISTENTE a polimixina B | | #DIV/0! |
| <i>Klebsiella pneumoniae</i> complexo (<i>K. pneumoniae</i> ; <i>K. quasipneumoniae</i> ; <i>K. varicola</i> ; <i>K. quasivaricola</i> ; <i>K. africana</i>) RESISTENTE a polimixina B e/ou polimixina E (colistina) e SEN | | #DIV/0! |
| <i>Klebsiella pneumoniae</i> complexo (<i>K. pneumoniae</i> ; <i>K. quasipneumoniae</i> ; <i>K. varicola</i> ; <i>K. quasivaricola</i> ; <i>K. africana</i>) SENSÍVEL a ceftazidima/avibactam | | #DIV/0! |
| <i>Klebsiella pneumoniae</i> complexo (<i>K. pneumoniae</i> ; <i>K. quasipneumoniae</i> ; <i>K. varicola</i> ; <i>K. quasivaricola</i> ; <i>K. africana</i>) RESISTENTE a ceftazidima/avibactam | | #DIV/0! |
| <i>Klebsiella pneumoniae</i> complexo (<i>K. pneumoniae</i> ; <i>K. quasipneumoniae</i> ; <i>K. varicola</i> ; <i>K. quasivaricola</i> ; <i>K. africana</i>) RESISTENTE a carbapenêmico e cefalosporinas de 3ª e/ou 4ª geração | | #DIV/0! |
| <i>Klebsiella aerogenes</i> SENSÍVEL a carbapenêmico e cefalosporina de 3ª e/ou 4ª geração | | #DIV/0! |
| <i>Klebsiella aerogenes</i> SENSÍVEL a carbapenêmico e RESISTENTE a cefalosporinas de 3ª e/ou 4ª geração (cefepime) | | #DIV/0! |
| <i>Klebsiella aerogenes</i> RESISTENTE a carbapenêmico e RESISTENTE a polimixina B e/ou polimixina E (colistina) | | #DIV/0! |
| <i>Klebsiella aerogenes</i> RESISTENTE a polimixina B e/ou polimixina E (colistina) e SENSÍVEL a carbapenêmico | | #DIV/0! |
| <i>Klebsiella aerogenes</i> SENSÍVEL a ceftazidima/avibactam | | #DIV/0! |
| <i>Klebsiella aerogenes</i> RESISTENTE a ceftazidima/avibactam | | #DIV/0! |
| <i>Klebsiella</i> spp. (exceto os complexos <i>K. pneumoniae</i> e <i>K. aerogenes</i>) RESISTENTE a carbapenêmico e cefalosporinas de 3ª e/ou 4ª geração | | #DIV/0! |
| <i>Klebsiella</i> spp. (exceto os complexos <i>K. pneumoniae</i> e <i>K. aerogenes</i>) SENSÍVEL a carbapenêmico e cefalosporina de 3ª e/ou 4ª geração | | #DIV/0! |
| <i>Klebsiella</i> spp. (exceto os complexos <i>K. pneumoniae</i> e <i>K. aerogenes</i>) RESISTENTE a carbapenêmico e RESISTENTE a cefalosporinas de 3ª e/ou 4ª geração (cefepime) | | #DIV/0! |
| <i>Klebsiella</i> spp. (exceto os complexos <i>K. pneumoniae</i> e <i>K. aerogenes</i>) RESISTENTE a carbapenêmico e RESISTENTE a polimixina B e/ou polimixina E (colistina) | | #DIV/0! |
| <i>Klebsiella</i> spp. (exceto os complexos <i>K. pneumoniae</i> e <i>K. aerogenes</i>) RESISTENTE a polimixina B e/ou polimixina E (colistina) e SENSÍVEL a carbapenêmico | | #DIV/0! |
| <i>Klebsiella</i> spp. (exceto os complexos <i>K. pneumoniae</i> e <i>K. aerogenes</i>) SENSÍVEL a ceftazidima/avibactam | | #DIV/0! |
| <i>Klebsiella</i> spp. (exceto os complexos <i>K. pneumoniae</i> e <i>K. aerogenes</i>) RESISTENTE a ceftazidima/avibactam | | #DIV/0! |
| <i>Morganella</i> spp. RESISTENTE a carbapenêmico e cefalosporina de 4ª geração (cefepime) | | #DIV/0! |
| <i>Morganella</i> spp. SENSÍVEL a carbapenêmico e cefalosporina de 4ª geração | | #DIV/0! |
| <i>Morganella</i> spp. SENSÍVEL a carbapenêmico e RESISTENTE a cefalosporina de 4ª geração | | #DIV/0! |
| <i>Morganella</i> spp. SENSÍVEL a ceftazidima/avibactam | | #DIV/0! |
| <i>Morganella</i> spp. RESISTENTE a ceftazidima/avibactam | | #DIV/0! |
| <i>Proteus</i> spp. RESISTENTE a carbapenêmico e cefalosporina de 4ª geração (cefepime) | | #DIV/0! |
| <i>Proteus</i> spp. SENSÍVEL a carbapenêmico e cefalosporina de 4ª geração | | #DIV/0! |
| <i>Proteus</i> spp. SENSÍVEL a carbapenêmico e RESISTENTE a cefalosporina de 4ª geração | | #DIV/0! |
| <i>Proteus</i> spp. SENSÍVEL a ceftazidima/avibactam | | #DIV/0! |
| <i>Proteus</i> spp. RESISTENTE a ceftazidima/avibactam | | #DIV/0! |
| <i>Pseudomonas aeruginosa</i> RESISTENTE a carbapenêmico | | #DIV/0! |
| <i>Pseudomonas aeruginosa</i> SENSÍVEL a carbapenêmico | | #DIV/0! |
| <i>Pseudomonas aeruginosa</i> RESISTENTE a polimixina B e/ou polimixina E (colistina) | | #DIV/0! |
| <i>Pseudomonas aeruginosa</i> SENSÍVEL a ceftolozana-tazobactam | | #DIV/0! |
| <i>Pseudomonas aeruginosa</i> RESISTENTE a ceftolozana-tazobactam | | #DIV/0! |
| <i>Serratia</i> spp. RESISTENTE a carbapenêmico e cefalosporinas de 3ª e/ou 4ª geração | | #DIV/0! |
| <i>Serratia</i> spp. SENSÍVEL a carbapenêmico e cefalosporinas de 3ª e/ou 4ª geração | | #DIV/0! |
| <i>Serratia</i> spp. SENSÍVEL a carbapenêmico e RESISTENTE a cefalosporinas de 3ª e/ou 4ª geração | | #DIV/0! |
| <i>Serratia</i> spp. SENSÍVEL a cefalosporinas de 3ª e/ou 4ª geração e RESISTENTE a carbapenêmico | | #DIV/0! |
| <i>Serratia</i> spp. SENSÍVEL a ceftazidima/avibactam | | #DIV/0! |
| <i>Serratia</i> spp. RESISTENTE a ceftazidima/avibactam | | #DIV/0! |
| <i>Staphylococcus aureus</i> SENSÍVEL a vancomicina e oxacilina | | #DIV/0! |
| <i>Staphylococcus aureus</i> SENSÍVEL a vancomicina e RESISTENTE a oxacilina | | #DIV/0! |
| <i>Staphylococcus aureus</i> RESISTENTE a vancomicina e oxacilina | | #DIV/0! |
| <i>Staphylococcus</i> coagulase negativo (<i>S. epidermidis</i> , <i>S. haemolyticus</i> , <i>S. hominis</i> , <i>S. lugdunensis</i>) SENSÍVEL a vancomicina e oxacilina | | #DIV/0! |
| <i>Staphylococcus</i> coagulase negativo (<i>S. epidermidis</i> , <i>S. haemolyticus</i> , <i>S. hominis</i> , <i>S. lugdunensis</i>) SENSÍVEL a vancomicina e RESISTENTE a oxacilina | | #DIV/0! |
| <i>Staphylococcus</i> coagulase negativo (<i>S. epidermidis</i> , <i>S. haemolyticus</i> , <i>S. hominis</i> , <i>S. lugdunensis</i>) RESISTENTE a vancomicina e oxacilina | | #DIV/0! |
| <i>Stenotrophomonas maltophilia</i> RESISTENTE a sulfametoxazol/trimetoprim | | #DIV/0! |
| <i>Stenotrophomonas maltophilia</i> SENSÍVEL a sulfametoxazol/trimetoprim | | #DIV/0! |
| Outros microrganismos | | #DIV/0! |
| Total de microrganismos isolados em pacientes com ICS x CVC-LP ou ICS LBM | 0 | |

Após o preenchimento, salvar a cópia do arquivo com o **nome do hospital (e nome do município, se necessário) + 02 dígitos referentes ao mês + 02 dígitos referentes ao ano de notificação**. Ex1: Hospital Nossa Senhora de Fátima, mês de janeiro, ano de 2025. Salvar como: **“hospitalnossasenhora0125”**; Ex2: Santa Casa de Aparados da Serra, mês de janeiro, ano de 2025; Salvar como: **“santacasaaparadosdaserra0125”**.

C. Fluxo de Notificação

A planilha deverá ser enviada mensalmente pelo serviço de oncologia seguindo o fluxo **VE Municipal >> GVE >> CVE**, conforme os demais sistemas.

As dúvidas podem ser enviadas por e-mail para o endereço vigcvclonga@gmail.com com cópia para o e-mail da Divisão de Infecção Hospitalar, dvhosp@saude.sp.gov.br.

REFERÊNCIAS

1. Center for Disease Control and Prevention. National Healthcare Safety Network (NHSN) Patient Safety Component Manual. Disponível em: https://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/pcsmanual_current.pdf. Acesso em 11/01/2024.
2. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES Nº 03/2024 – Critérios Diagnósticos das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde. Disponível em <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/notas-tecnicas-vigentes/nota-tecnica-no-03-2024-criterios-diagnosticos-de-iras/view>. Acesso em 11/01/2024.
3. Lebeaux D, Fernández-Hidalgo N, Chauhan A, Lee S, Ghigo JM, Almirante B, Beloin C. 2014. Management of infections related to totally implantable venous-access ports: challenges and perspectives. *Lancet Infect Dis* 14:146–159. doi:10.1016/S1473-3099(13)70266-4.
4. Mermel LA, Allon M, Bouza E, Craven DE, Flynn P, Grady NP, Raad II, Rijnders BJ, Sherertz RJ, Warren DK. 2009. Clinical practice guidelines for the diagnosis and management of intravascular catheter-related infection: 2009 update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis* 49:1–45. doi:10.1086/599376.
5. Jiang M, Li CL, Pan CQ, Yu L. The risk of bloodstream infection associated with totally implantable venous access ports in cancer patient: a systematic review and meta-analysis. *Support Care Cancer*. 2020 Jan;28(1):361-372.