

CADASTRO NACIONAL DOS SERVIÇOS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE

QUEM DEVE PREENCHER ESTE CADASTRO? Todos os serviços de saúde, mesmo que não sejam hospitais. Este formulário é para o cadastro de todas as Comissões de Controle de Infecção Hospitalar / Comissões de Controle de Infecção relacionada à assistência à saúde (CCIH/CCIRAS), profissional designado ou equipe de profissionais responsáveis pela coordenação das ações de prevenção e controle de infecção relacionada à assistência à saúde nos serviços de saúde do país (públicos, privados, civis e militares).

Recomendamos que o responsável pelas ações de prevenção e controle das IRAS do serviço de saúde preencha este formulário de cadastro. Caso as ações sejam desenvolvidas por uma equipe, o coordenador poderá designar alguém da equipe para preencher o formulário.

OBJETIVOS: Os dados notificados neste cadastro ajudarão as Coordenações nacional (Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde - GVIMS/GGTES/Anvisa), estaduais (CECIRAS), distrital (CDCIRAS) e municipais (CMCIRAS) de prevenção e controle de IRAS a traçar o perfil de como estão distribuídos e organizados esses serviços e possibilitarão a criação de uma rede de comunicação entre os controladores de infecção brasileiros para o envio de informações, alertas e comunicados em tempo real para todas as regiões do país. Lembramos que para uma comunicação efetiva, é primordial que os dados de contato como o e-mail do responsável pelo Serviço de Prevenção e Controle de IRAS sejam mantidos atualizados no cadastro.

OS SERVIÇOS DE SAÚDE QUE JÁ SE CADASTRARAM EM ANOS ANTERIORES PRECISAM PREENCHER ESTE CADASTRO? SIM. Este será o cadastro definitivo dos Serviços de Prevenção e Controle de IRAS e, portanto, deverá ser preenchido uma única vez e atualizado sempre que houver alterações nos dados cadastrados.

IMPORTANTE:

Orientamos que o serviço de saúde imprima ou salve em **PDF** ou **queXML PDF** a cópia deste Formulário de Cadastro preenchido, após o seu envio (após clicar no botão ENVIAR). Esse arquivo deve ser guardado pelo serviço de saúde para futuras consultas pela vigilância sanitária.

Observação: Não é necessário o envio deste formulário por e-mail ou pelos Correios.

Atenciosamente,

Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde - GVIMS

Gerência de Tecnologia em Serviços de Saúde - GGTES

Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa

gvims@anvisa.gov.br (<mailto:gvims@anvisa.gov.br>)

Existe(m) 101 questão(ões) neste questionário.

DADOS DO RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO DO CADASTRO

***Nome completo:**

***E-mail**

Informar o e-mail de contato do serviço no seguinte formato com @ e pontos: ccih@provedor.com.br

! Por favor, verifique o formato de sua resposta

***Telefone:**

Inserir o telefone com parênteses e traço no seguinte formato: (XX) XXXXX-XXXX

! Por favor, verifique o formato de sua resposta

DADOS INSTITUCIONAIS

***Nome do Estabelecimento de Saúde:**

Informar o nome fantasia do estabelecimento de saúde.

***Endereço:**

Informar o endereço completo do estabelecimento de saúde:

***CEP:**

Informar o CEP do serviço no seguinte formato: XXXXX-XXX

! Por favor, verifique o formato de sua resposta

***Estado:**

! Escolha uma das seguintes respostas:

Por favor, selecione...

***Município:**

Informar o nome completo do município ou da região administrativa (sem abreviações)

***CNPJ:**

Inserir o CNPJ com os caracteres: XX.XXX.XXX/XXXX-XX

🚫 Por favor, verifique o formato de sua resposta

***Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - CNES:**

Informar o número do CNES disponível no site <https://cnes.datasus.gov.br/> (consulta ou cadastro)

🚫 Apenas números podem ser usados nesse campo.

***Telefone Institucional:**

Inserir o telefone com parênteses e traço no seguinte formato: (XX) XXXXX-XXXX

🚫 Por favor, verifique o formato de sua resposta

***E-mail Institucional:**

Informar o e-mail do serviço de controle de infecção. Ex: ccih@provedor.com.br
(mailto:ccih@provedor.com.br)

🚫 Por favor, verifique o formato de sua resposta

***Nome do responsável técnico do Estabelecimento de Saúde:**

CARACTERÍSTICA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

***Selecione o tipo de Serviço de Saúde:**

🗳 Escolha uma das seguintes respostas:

- Hospital
- Clínica
- Unidade de Pronto Atendimento
- Unidade Básica de Saúde / Unidade de atenção primária a Saúde
- Serviço Odontológico
- Serviço de diálise extra hospitalar
- Outros:

***Natureza Jurídica:**

🗳 Escolha uma das seguintes respostas:

- Administração Pública
- Entidade Empresarial
- Entidade Sem Fim Lucrativo
- Organização Internacional/Outra

Serviço de Saúde Militar

***Realiza parto?**

🚫 Escolha uma das seguintes respostas:

Sim

Não

***Possui laboratório de microbiologia:**

🚫 Escolha uma das seguintes respostas:

Por favor, selecione...



***O serviço de saúde realiza a vigilância das infecções?**

🚫 Escolha uma das seguintes respostas:

Sim

Não

***O serviço de saúde possui Programa ou Plano de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde?**

🚫 Escolha uma das seguintes respostas:

Sim

Não

***O serviço de saúde realiza a notificação mensal das infecções definidas pela Anvisa?**

❗ Escolha uma das seguintes respostas:

Sim

Não

***O serviço de saúde realiza a investigação das infecções relacionadas à assistência à saúde e dos surtos infecciosos ocorridos?**

❗ Escolha uma das seguintes respostas:

Sim

Não

***É realizada a vigilância mensal de IRAS para quais das seguintes cirurgias:**

❗ Escolha a(s) que mais se adequem(m)

Cirurgia com implante mamário

Artroplastia total de quadril primária

Artroplastia de joelho primária

Revascularizações do miocárdio

Derivações internas neurológicas

Outros:

***O serviço de saúde possui uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) formalmente constituída?**

! Escolha uma das seguintes respostas:

Sim

Não

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

***Possui Unidade de Terapia Intensiva?**

! Escolha uma das seguintes respostas:

Por favor, selecione...



Enviar