

Datos del paciente – Formulario P (cara anterior)

Código del hospital:	Nº Identificación:	NHC	Cama:
Fecha del estudio:/...../2026 (día/mes/año)	Fecha de ingreso:/...../..... (día/mes/año)		
Planta / unidad:	Fecha de nacimiento:/...../..... (día/mes/año)		
Especialidad de la planta (Tabla 1):	Sexo: ☐ Mujer ☐ Hombre		
Especialidad del médico responsable del paciente (Tabla 2):			

Factores de riesgo asociados

Insuficiencia renal: ☐ Sí ☐ No	Inmunodeficiencia (Tabla 3): ☐ Sí ☐ No
Diabetes: ☐ Sí ☐ No	Cirrosis hepática: ☐ Sí ☐ No
Neoplasia: ☐ Sí ☐ No	Úlcera por presión: ☐ Sí ☐ No
Enfermedad pulmonar crónica: ☐ Sí ☐ No	

Escala de McCabe: ☐ Enfermedad no fatal ☐ Enfermedad tardíamente fatal ☐ Enfermedad rápidamente fatal

Peso del neonato: (en gramos)

Intervención quirúrgica: ☐ No Cirugía ☐ Cirugía No NHSN ☐ Cirugía NHSN	Dispositivos Invasivos: Catéter vascular periférico: ☐ Sí ☐ No Catéter vascular central: ☐ Sí ☐ No Catéter urinario: ☐ Sí ☐ No Intubación: ☐ Sí ☐ No
--	---

Fecha de la cirugía...../...../.....(día/mes/año)

Procedimiento NHSN (Tabla 4):

Uso de antimicrobianos

Nombre del antimicrobiano (Tabla 6)	Vía (1)	Indicación (Tabla 7)	Diagnóstico de localización (Tabla 8)	Motivo del uso (2)	Fecha de inicio (3)	Motivo del cambio (4)
					/...../202...	
					/...../202...	
					/...../202...	
					/...../202...	
					/...../202...	

- (1) **Vía de administración** (ruta): **P**=parenteral; **O**=oral; **R**=rectal; **I**=inhalatoria.
- (2) **Motivo del uso del antimicrobiano:** ¿está anotado en la historia clínica?: Sí / No.
- (3) **Fecha de inicio de la administración:** día/mes/año.
- (4) **¿Se ha cambiado el antimicrobiano?** Anotar el motivo del cambio: **N**=No, o sin cambio; **E**=Escalado; **D**=Desescalado; **S**=Switch o cambio de vía (IV a VO); **A**=Efecto Adverso; **O**=Otra razón o razón no identificada; **U**=se desconoce si el antimicrobiano ha sido cambiado o no.

ENCUESTA EPINE-EPPS 2026

Datos del paciente – Formulario P (cara posterior)

Infecciones activas

	Infección 1				Infección 2				Infección 3				Infección 4			
Localización (Tabla 10) (5)																
Asociada a dispositivo (6)	O Sí O No				O Sí O No				O Sí O No				O Sí O No			
Origen BCM (Tabla 12) (7)																
Tipo de infección (8)																
Presente al ingreso (9)	O Sí O No				O Sí O No				O Sí O No				O Sí O No			
Fecha de inicio (10)	/...../.....				/...../.....				/...../.....				/...../.....			
Infección asociada a la sala, planta o unidad (11)	O Sí O No				O Sí O No				O Sí O No				O Sí O No			
Tratamiento vasopresor (12) (Tabla 13)	O Sí O No				O Sí O No				O Sí O No				O Sí O No			
Microorganismos y Resistencias Antimicrobianas (RAM) (13)	Código del MO (Tabla 14)	RAM (Tabla 15-16)		PR (T. 17-21)	Código del MO	RAM		PR	Código del MO	RAM		PR	Código del MO	RAM		PR
		Marc.	SIR			Marc.	SIR			Marc.	SIR			Marc.	SIR	
Microorganismo 1																
Microorganismo 2																
Microorganismo 3																

- (5) **Localización de la infección activa:** Se anotará el código de la localización según la Tabla 10.
- (6) **Infección activa asociada a dispositivo relevante** (incluso de forma intermitente) usado en las **48 horas previas** al comienzo de la infección para **CVC y/o CVP** en las BCM; e **intubación** en las infecciones respiratorias; o **en los 7 días previos para catéter urinario** en las infecciones urinarias.
- (7) **Origen de la bacteriemia (BCM):** **C-CVC, C-PVC, S-PUL, S-ITU, S-IQ, S-DIG, S-PPB, S-OTR, OD, DES** (Tabla 12).
- (8) **Tipo de infección activa:** **1.** IRAS adquirida en el mismo hospital; **2.** IRAS adquirida en otro hospital **3.** IRAS de otro origen u origen desconocido **4.** IRAS adquirida en hospital de larga estancia **5.** Infección Comunitaria.
- (9) **Presente al ingreso:** Este campo sólo ha de rellenarse en los tipos de infección 1 a 4.
- (10) **Fecha de inicio:** Solamente para los tipos de infección 1 a 4 NO presentes/activas en el momento del ingreso (dd/mm/aa; día, mes y año: en dígitos).
- (11) **Infección asociada a la sala, planta o unidad:** Este campo sólo ha de rellenarse en los tipos de infección 1 (IRAS adquirida en el mismo hospital donde se realiza el estudio).
- (12) **Tratamiento vasopresor:** Este campo sólo ha de rellenarse en los tipos de infección 1 a 4 (Tabla 13).
- (13) **Microorganismo (MO):**
- Se anotará el **código de cada MO** según la Tabla 14; p.e., STAAUR, ESCCOL, KLEPNE.
 - En los siguientes **MO seleccionados: *Staphylococcus aureus*, *Enterococcus spp.*, *Enterobacteriaceae spp.*, *Pseudomonas spp.*, *Acinetobacter spp.* y *C. parapsilosis*** se especificará la sensibilidad de los marcadores específicos de resistencia antimicrobiana y la pan-resistencia (*excepto C. parapsilosis*).
 - Resistencias antimicrobianas (RAM) testadas en el laboratorio:** para cada MO considerado se indicará el **Marcador** (OXA, GLI, C3G, CAR, AZO) y el **resultado SIR** (sensible, **S**; intermedia, **I**; resistente, **R**; desconocida, **D**) que correspondan (Tabla 15).
 - Pan-resistencia (PR):** **N=NO; P=Posible; C=Confirmada** por un laboratorio de referencia; **D=Desconocida**. Un microorganismo es pan-resistente cuando es resistente a todos los antimicrobianos marcadores indicados para cada microorganismo o especie (Tablas 16 a 21).

Seguimiento

Situación del paciente a los 30 días (14):

O Ingresado

O Alta

O Exitus

Fecha:...../...../.....(día/mes/año)

- (14) **Situación del paciente a los 30 días:** Se valorará únicamente el ingreso que fue evaluado durante la encuesta de prevalencia. No se tendrán en cuenta los reingresos. No se valorarán IRAS posteriores a la fecha de la encuesta. NO se deben modificar los datos registrados previamente en la encuesta.