



Secretaria de Estado da Saúde
 Coordenadoria de Controle de Doenças
 Centro de Vigilância "Prof. Alexandre Vranjac"
 Divisão de Infecção Hospitalar

Investigação de Caso/Surto
Infecção por Micobactérias não tuberculosas de crescimento rápido (MCR)
relacionada à procedimentos invasivos (cirúrgicos ou não cirúrgicos)

1. DADOS GERAIS

Data de Notificação: ____/____/____

Unidade Notificante: _____ Município de Notificação: _____

Nome do notificador: _____

Contato (e-mail/telefone): _____

2. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: ____ Sexo: () F () M

Ocupação: _____

Nome da Mãe: _____

Município Residência: _____ UF: _____

Endereço Completo: _____

Bairro: _____ CEP: _____

Telefone: () _____

3. DADOS RELACIONADOS AO PROCEDIMENTO

Hospital / Clínica de Atendimento: _____

Endereço: _____

Município: _____ UF: _____

Data do Procedimento: ____/____/____ Duração do Procedimento: ____ h ____ min.

Procedimento realizado: _____

Motivo do Procedimento: () Estético () Reparador () Outros _____

() Ignorado

Complexidade: () Ambulatorial (internação<24h) () Hospitalar

Data de Internação: ____/____/____ Data de Alta: ____/____/____

Cirurgião Principal: _____

Descrição do procedimento realizado (breve):

Foi utilizado Marcador de pele? Azul de metileno () Verde Brilhante () Caneta () Não usou ()
() Não se aplica Outro () _____

Foi utilizado medidor de mama intraoperatório? S () N () Ign () Não se aplica ()

Marca? _____

Foi utilizado fibroscópio intraoperatório (mamoplastia)? S () N () Ign () Não se aplica ()

Foi realizada cirurgia endoscópica (videocirurgia)? S () N () Ign ()

3. INFORMAÇÕES SOBRE PRÓTESE ou OUTRO PRODUTO, SE UTILIZADOS

Fabricante (marca): _____

4. PROCESSAMENTO DE ARTIGOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO REALIZADO

Artigo	Propriedade	É reprocessado?	Método	Local
Caixa de instrumental S () N ()	Próprio () da Instituição () consignado ()	É reprocessado? S () N () Ign () Não se aplica () Processo está registrado? S () N () Ign ()		() CME da instituição () bloco cirúrgico da instituição () CME Terceirizada
Medidor de mama S () N ()	Próprio () da Instituição () consignado ()	É reprocessado? S () N () Ign () Não se aplica () Processo está registrado? S () N () Ign ()		() CME da instituição () bloco cirúrgico da instituição () CME Terceirizada
Fibroscópio (mamoplastia) S () N ()	Próprio () da Instituição () consignado ()	É reprocessado? S () N () Ign () Não se aplica () Processo está registrado? S () N () Ign ()		() CME da instituição () o bloco cirúrgico da instituição () CME Terceirizada
Aparelho de vídeo cirurgia S () N ()	Próprio () da Instituição () consignado ()	É reprocessado? S () N () Ign () Não se aplica () Processo está registrado? S () N () Ign ()		() CME da instituição () bloco cirúrgico da instituição () CME Terceirizada

5. ANTECEDENTES MÓRBIDOS PESSOAIS

DOENÇA PRÉ-EXISTENTE / COMORBIDADES (Imunossupressão, HIV, Diabetes, Renal crônico, etc.):

() S () N Qual?:

6. DADOS DA INFECÇÃO

Data dos Primeiros Sintomas: ____ / ____ / ____ (____) dias após o procedimento.

Sítio de Infecção: () MamaE () MamaD () Bilateral () Abdome () Face

Outro sítio: _____

Sinais e Sintomas Locais: () dor () eritema () calor () edema () vesículas (bolhas)

() nódulos () fistulização (drenagem) () secreção serosa () secreção purulenta

() abscesso () úlcera () deiscência () linfadenite () fasciíte necrotizante

() gangrena () contratura capsular () outros _____

Sinais e Sintomas Sistêmicos: () febre _____ °C () calafrios () perda de peso

() sudorese () outros _____

Profundidade da Infecção: () pele () partes moles () fáscia e músculos () órgão/espaco

Complicações: _____

7. EXAMES REALIZADOS, DATAS E RESULTADOS

Coleta de amostra clínica? () Sim () Não () Ignorado

Material	Data da coleta	Procedência (Laboratório)	Baciloscopia /GRAM	Cultura geral	Cultura para micobactérias
Secreção/Aspirado de ferida cirúrgica					
Biópsia					

Outros exames:

7. TRATAMENTO

Tratamento iniciado? () Sim () Não

Tipo de tratamento utilizado: () local () sistêmico () local + sistêmico () só curativo.

() Antibiótico 1 _____ Início: ____/____/____ Término: ____/____/____

() Antibiótico 2 _____ Início: ____/____/____ Término: ____/____/____

() Antibiótico 3 _____ Início: ____/____/____ Término: ____/____/____

() Outros _____ Início: ____/____/____ Término: ____/____/____

Houve remoção da prótese? () Sim () Não () Não se aplica Caso sim, data: ____/____/____.

Houve desbridamento? () Sim () Não () Não se aplica Caso sim, data: ____/____/____.

8. EVOLUÇÃO

Houve alguma seqüela? () sim () não / Qual(ais)? _____

Evolução: () Cura / Data da Alta: ____/____/____ () Óbito / Data do Óbito: ____/____/____.

() Melhorado () Em Tratamento () Ignorado

9. CLASSIFICAÇÃO FINAL:

() Suspeito () Confirmado Clínico-Laboratorial () Confirmado Clínico-Epidemiológico

() Descartado

Investigador: _____ Data: ____/____/____

Definição de Caso Suspeito

Indivíduo submetido a **procedimento invasivo (cirúrgicos e não cirúrgicos) nos últimos 24 meses**, que **apresente dois ou mais sinais referidos como clínica compatível*** em topografia/região do procedimento invasivo, ferida ou tecidos adjacentes, em que não foi realizada a coleta de exames, ou com os resultados de cultura negativos ou sem a identificação de MNT/MCR ou que respondeu ao tratamento específico para micobactérias ou que apresente granulomas em tecido obtido de ferida ou tecidos adjacentes (histopatologia compatível), ou baciloscopia positiva, mas cultura negativa para micobactéria.

***Hiperemia, Hipertermia, Edema, Nódulos com ou sem fistulização, Ulcerações, Drenagem persistente de secreção serosa, purulenta ou piosanguinolenta, Dificil cicatrização (não responde a tratamentos convencionais), Lesão em topografia do trajeto de cânulas ou trocarte, com ou sem disseminação para áreas adjacentes, Recidiva das lesões.**

Definição de Caso Confirmado

Critério clínico-laboratorial: Indivíduo submetido a procedimentos invasivos nos últimos 24 meses que apresenta dois ou mais sinais e sintomas referidos como clínica compatível* em topografia/região do procedimento invasivo, ferida ou tecidos adjacentes, e que apresenta cultura positiva para MNT/MCR.

Critério clínico-epidemiológico: Indivíduo submetido a procedimento invasivo (cirúrgicos e não cirúrgicos) nos últimos 24 meses, que apresente dois ou mais sinais referidos como clínica compatível* em topografia/região do procedimento invasivo, ferida ou tecidos adjacentes, mas sem comprovação

microbiológica ou qualquer outro exame complementar, que apresenta vínculo epidemiológico com casos confirmados de MNT/MCR por critério clínico-laboratorial.

Definição de Caso Descartado

Indivíduo que não atende aos requisitos de definição de caso suspeito ou confirmado.

[NOTA TÉCNICA CONJUNTA ANVISA E MINISTÉRIO DA SAÚDE Nº01/2024](#)