

Para uso interno (favor, não preencher):

Reunião de implementação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Treinamento do *software*: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Envio dos materiais: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_



## INSTITUTO LATINO AMERICANO DE SEPSE

### Ficha de cadastro da instituição

**Hospital:** \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Número de leitos: \_\_\_\_\_

Principal fonte pagadora: ( ) SUS (público) ( ) Saúde Suplementar (privado)

Tipo de hospital: ( ) acadêmico ( ) terciário ( ) comunitário ( ) cuidados quaternários ( ) filiado a hospital universitário

Há alguma ligação do seu hospital com instituição de ensino (universitário) ou funciona como hospital de ensino? ( ) Sim ( ) Não

Possui UTI? ( ) Sim ( ) Não

Números de leitos da UTI: \_\_\_\_\_ Possui pronto socorro? ( ) Sim ( ) Não

### Ficha de cadastro do Time de Sepse

#### Representante da diretoria:

Nome: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

#### Coordenador do time:

Nome: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Função na instituição: \_\_\_\_\_

#### Representante da chefia de enfermagem:

Nome: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

#### Responsável pela coleta de dados:

Nome: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

#### Chefia médica da UTI (se não for o coordenador):

Nome: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

**INSTITUTO LATINO AMERICANO DE SEPSE**

---

**Chefias de enfermagem da UTI:**

Nome: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_

**Chefia médica do PS (se não for o coordenador):**

Nome: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_

**Chefes de enfermagem do PS:**

Nome: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_

**Representante da CCIH:**

Nome: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_

**Representante do laboratório:**

Nome: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_

**Representante da farmácia:**

Nome: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_

**Representante da comissão de qualidade/educação continuada (se houver):**

Nome: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_

**Outros:**

Nome: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_  
Função: \_\_\_\_\_

**Autorização para divulgação do nome empresarial do hospital como parceiro do ILAS no combate à sepse e uso dos dados globais de forma não identificada**

O ILAS solicita às instituições cadastradas autorização para divulgação do nome empresarial dos hospitais parceiros, instituições que tiveram a implementação total ou parcial do Protocolo de Atendimento Gerenciado ao paciente séptico com apoio do ILAS, no site institucional [www.ilas.org.br](http://www.ilas.org.br), em relatórios nacionais, em *newsletters* e publicações científicas.

Além disso, solicitamos autorização para utilização dos dados coletados como parte do banco de dados brasileiro para divulgação em relatórios nacionais e publicações, científicas ou não, desde que de forma global e não identificada, sem divulgação dos dados específicos de cada instituição.

( ) Autorizo o ILAS a divulgar o nome empresarial da instituição como parceira.

( ) Autorizo o ILAS a utilizar os dados coletados como parte do banco de dados brasileiro para divulgação em relatórios nacionais e publicações científicas ou não, desde que de forma global e não identificada. O nome da instituição pode constar em anexos das publicações, como instituição participante.

( ) Não autorizo o ILAS à divulgar o nome empresarial da Instituição como parceira ou a utilizar os dados coletados como parte do banco de dados brasileiros.

\_\_\_\_\_  
*Nome do representante institucional:*

*Instituição:*

Data: \_\_\_\_\_