

**INSTITUTO LATINO AMERICANO DE SEPSE**

**FICHA DE CADASTRO DA INSTITUIÇÃO**

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

**Bairro:** \_\_\_\_\_ **CEP:** \_\_\_\_\_  
**Cidade:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_

**Principal fonte pagadora:** ( ) SUS (público) ( ) Saúde Suplementar (privado)  
**Tipo de hospital:** ( ) primário/comunitário ( ) secundário ( ) terciário ( ) quartenário

Há alguma ligação do seu hospital com instituição de ensino (universitário) ou funciona como hospital de ensino por estar ligado a programas de residência médica, multiprofissional ou receber alunos de graduação? ( ) Sim ( ) Não  
Qual? ( ) residência médica ( ) residência multiprofissional ( ) recebe alunos de graduação ( ) hospital universitário

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

**CADASTRO DO TIME DE SEPSE**

**MEMBROS PRINCIPAIS – Todos recebem os relatórios do serviço**

**Representante da diretoria:**  
Nome: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_

**Representante da diretoria de enfermagem:**  
Nome: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_

**Coordenador do time:**  
Nome: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_  
Função na instituição: \_\_\_\_\_  
Acesso ao ilasonline®? ( ) Sim ( ) Não

**Responsável pela coleta de dados (Case manager):**  
Nome: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_  
Acesso ao ilasonline®? ( ) Sim ( ) Não

**INSTITUTO LATINO AMERICANO DE SEPSE**

---

**OUTROS REPRESENTANTES DO TIME DE SEPSE (assinalar se devem ou não receber relatórios):**

**Chefia médica da UTI:**

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

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

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

Receber relatório trimestral? ( ) Sim ( ) Não

**Chefia de enfermagem da UTI:**

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

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

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

Receber relatório trimestral? ( ) Sim ( ) Não

**Chefia médica do PS:**

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

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

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

Receber relatório trimestral? ( ) Sim ( ) Não

**Chefia de enfermagem do PS:**

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

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

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

**Coordenação médica das unidades de internação regular:**

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

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

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

Receber relatório trimestral? ( ) Sim ( ) Não

**Coordenação de enfermagem das unidades de internação regular:**

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

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

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

Receber relatório trimestral? ( ) Sim ( ) Não

**Representante da CCIH:**

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

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

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

Receber relatório trimestral? ( ) Sim ( ) Não

**INSTITUTO LATINO AMERICANO DE SEPSE**

---

**Representante do laboratório:**

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

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

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

Receber relatório trimestral? ( ) Sim ( ) Não

**Representante da farmácia:**

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

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

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

Receber relatório trimestral? ( ) Sim ( ) Não

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

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

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

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

Receber relatório trimestral? ( ) Sim ( ) Não

**Outros: \_\_\_\_\_**

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

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

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

Função: \_\_\_\_\_

Receber relatório trimestral? ( ) Sim ( ) Não

**OUTRAS PESSOA(S) AUTORIZADA(S) A RECEBER O RELATÓRIO INSTITUCIONAL:**

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

E-mail: \_\_\_\_\_

Função: \_\_\_\_\_

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

E-mail: \_\_\_\_\_

Função: \_\_\_\_\_

**OUTRA(S) PESSOA(S) AUTORIZADA(S) A TER ACESSO AO ILASONLINE ® :**

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

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

E-mail: \_\_\_\_\_

Função: \_\_\_\_\_

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

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

E-mail: \_\_\_\_\_

Função: \_\_\_\_\_

**INSTITUTO LATINO AMERICANO DE SEPSE**

---

**AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAÇÃO DO NOME EMPRESARIAL DO HOSPITAL E USO DOS DADOS GLOBAIS DE FORMA NÃO IDENTIFICADA**

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

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

**O ILAS solicita autorização para utilização dos dados coletados DE FORMA GLOBAL E NÃO IDENTIFICADA AO HOSPITAL como parte do banco de dados brasileiro para divulgação em relatórios nacionais e publicações, científicas ou não.**

( ) Autorizo o ILAS a utilizar os dados coletados de forma não identificada para divulgação em relatórios nacionais e publicações científicas ou não.

( ) Autorizo o nome da instituição constar em anexos das publicações, como instituição participante.

\_\_\_\_\_  
*Representante institucional:*

*Instituição:*

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