

Undetermined risk factors and modes of transmission for *Candida auris* infection — Colombia, 2016

Appendix 1b. Ficha de registro para casos de *Candida auris* y *Candidemia* [Spanish]

Ficha de registro para casos de *Candida auris* y Candidemia

Número de caso: _____ Sexo (M)(F) Edad: _____ (años)(meses)(días)
 Dirección: _____
 Lugar: País: _____ Ciudad: _____ Institución: _____
 Fecha de ingreso (DD)(MM)(AA) Motivo de ingreso hospitalario: _____
 Fecha de egreso (DD)(MM)(AA) Condición al egreso: Vivo () Muerto () Hospitalizado () No dato ()

Localización durante la hospitalización:

¿Fue el paciente trasladado desde otro hospital? (Si)(No)(ND)
 Nombre y Ciudad del hospital: _____ Fecha de traslado: (DD)(MM)(AA)
 Ingresó a la UCI: (Si)(No)(ND)
 Fechas de ingreso a la UCI (DD)(MM)(AA) Fecha de egreso de la UCI (DD)(MM)(AA)

Describe las unidades donde el paciente ha estado hospitalizado:
 Unidad: _____ habitación: _____ Fecha de entrada: (DD)(MM)(AA) Fecha de salida: (DD)(MM)(AA)
 Unidad: _____ habitación: _____ Fecha de entrada: (DD)(MM)(AA) Fecha de salida: (DD)(MM)(AA)
 Unidad: _____ habitación: _____ Fecha de entrada: (DD)(MM)(AA) Fecha de salida: (DD)(MM)(AA)
 Unidad: _____ habitación: _____ Fecha de entrada: (DD)(MM)(AA) Fecha de salida: (DD)(MM)(AA)

¿Ha estado el paciente en el quirófano? (Si)(No)(ND), si la respuesta es sí, describa la información a continuación:
 Sala de cirugía: _____ Fecha: (DD)(MM)(AA) Descripción del procedimiento: _____
 Sala de cirugía: _____ Fecha: (DD)(MM)(AA) Descripción del procedimiento: _____
 Sala de cirugía: _____ Fecha: (DD)(MM)(AA) Descripción del procedimiento: _____

Factores de Riesgo

Hospitalizaciones previas:

¿El paciente ha estado hospitalizado en los últimos 90 días? (Si)(No)(ND)
 Hospital y Ciudad: _____ Fecha de ingreso: (DD)(MM)(AA)
 Motivo de hospitalización: _____ Fecha de egreso: (DD)(MM)(AA)
 Hospital y Ciudad: _____ Fecha de ingreso: (DD)(MM)(AA)
 Motivo de hospitalización: _____ Fecha de egreso: (DD)(MM)(AA)
 ¿Diagnóstico previo de infección con candida? (Si)(No)(ND)
 Fecha: (DD)(MM)(AA)
 ¿Especie(s) asociada(s)? _____
 ¿El paciente ha recibido algún antifúngico previamente? (Si)(No)(ND)
 ¿Cuál? _____ Inicio: (DD)(MM)(AA) Finalización: (DD)(MM)(AA)
 Motivo del tratamiento previo: _____

Comorbilidades:

Diabetes: (Si) (No) (ND)
 Tumor sólido: (Si) (No) (ND)
 Malignidad hematológica: (Si) (No) (ND)
 Trasplante de médula ósea: (Si) (No) (ND)
 Enfermedad renal crónica: (Si) (No) (ND)
 Hemodiálisis (Si) (No) (ND)
 Enfermedad hepática: (Si) (No) (ND)
 Enfermedad inmunosupresora: (Si) (No) (ND)
 Seleccione: (Autoinmunidad)(Trasplante)
 (Corticosteroides)(Cáncer)
 VIH/SIDA: (Si) (No) (ND)
 CD4: _____ Carga viral: _____
 Otras: (Si) (No) (ND) ¿Cuál?: _____

Hospitalización actual

Procedimientos:

Hemodiálisis: (Si) (No) (ND) Fecha de inicio: (DD) (MM) (AA) Fecha de finalización: (DD) (MM) (AA)
 Catéter venoso central: (Si) (No) (ND) Fecha de inicio: (DD) (MM) (AA) Fecha de finalización: (DD) (MM) (AA)
 Apoyo respiratorio: (BiPAP) (Intubación) Fecha de inicio: (DD) (MM) (AA) Fecha de finalización: (DD) (MM) (AA)
 Broncoscopio: (Si) (No) (ND) Fecha de inicio: (DD) (MM) (AA) Fecha de finalización: (DD) (MM) (AA)
 Fisioterapia: (Si) (No) (ND) Fecha de inicio: (DD) (MM) (AA) Fecha de finalización: (DD) (MM) (AA)

Tratamientos:

Quimioterapia: (Si)(No)(ND) Inicio:(DD)(MM)(AA) Finalización:(DD)(MM)(AA)
 Alimentación parenteral: (Si)(No)(ND) Inicio:(DD)(MM)(AA) Finalización:(DD)(MM)(AA)
 Corticosteroides: (Si)(No)(ND)
 ¿Cuál? _____ Inicio:(DD)(MM)(AA) Finalización:(DD)(MM)(AA)

Antimicrobianos:

¿Cuál fue el tratamiento de elección para *C. auris* u otro candidemia?: _____ dosis: _____
 Inicio:(DD) (MM) (AA) Finalización:(DD) (MM) (AA)

Otros antimicrobianos:

Nombre y dosis: _____

¿Cuál? _____ Inicio:(DD)(MM)(AA) Finalización:(DD)(MM)(AA)	Inicio:(DD) (MM) (AA) Finalización:(DD) (MM) (AA)
Vasopresores: (Si)(No)(ND)	Nombre y dosis: _____
¿Cuál? _____ Inicio:(DD)(MM)(AA) Finalización:(DD)(MM)(AA)	Inicio:(DD) (MM) (AA) Finalización:(DD) (MM) (AA)
¿Cuál? _____ Inicio:(DD)(MM)(AA) Finalización:(DD)(MM)(AA)	Nombre y dosis: _____
¿Otros tratamientos? _____	Inicio:(DD) (MM) (AA) Finalización:(DD) (MM) (AA)
_____ Inicio:(DD)(MM)(AA) Finalización:(DD)(MM)(AA)	Nombre y dosis: _____
_____ Inicio:(DD)(MM)(AA) Finalización:(DD)(MM)(AA)	Inicio:(DD) (MM) (AA) Finalización:(DD) (MM) (AA)
_____ Inicio:(DD)(MM)(AA) Finalización:(DD)(MM)(AA)	Nombre y dosis: _____
_____ Inicio:(DD)(MM)(AA) Finalización:(DD)(MM)(AA)	Inicio:(DD) (MM) (AA) Finalización:(DD) (MM) (AA)
_____ Inicio:(DD)(MM)(AA) Finalización:(DD)(MM)(AA)	Nombre y dosis: _____
_____ Inicio:(DD)(MM)(AA) Finalización:(DD)(MM)(AA)	Inicio:(DD) (MM) (AA) Finalización:(DD) (MM) (AA)

Hallazgos clínicos y del laboratorio

<p>Clínicos:</p> <p>Peso: _____ Talla: _____</p> <p>Evidencia de sepsis severa: (S) (No) (ND)</p> <p>Sepsis: al menos 2 de los siguientes síntomas (a) temperatura >38.3C o <36C, (b) frecuencia cardiaca >90, (c) frecuencia respiratoria >20) con evidencia de infección</p> <p>Sepsis severa = sepsis más falla orgánica</p> <p>¿El paciente desmejoró clínicamente? (S) (No) (ND)</p> <p>Fecha: (DD)(MM)(AA)</p> <p>Detalles: _____</p>	<p>Laboratorio:</p> <p>(del día más cercano al diagnóstico de candidemia)</p> <p>Fecha:(DD)(MM)(AA)</p> <p>G. blancos: _____</p> <p>%PMNs: _____</p> <p>Hb: _____</p> <p>PQT: _____</p> <p>Creatinina: _____</p> <p>BUN: _____</p> <p>Glucosa: _____</p> <p>AST: _____</p> <p>ALT: _____</p> <p>Bilirrubina total: _____</p> <p>Albúmina: _____</p> <p>Lactato: _____</p>	<p>Cultivo de <i>Candida</i></p> <p>Primer cultivo positivo para <i>C. auris</i> u otro <i>Candida</i>: Fecha:(DD)(MM)(AA)</p> <p>Tipo de muestra: (sangre)(orina)(herida)(lavado bronco alveolar)(otra)</p> <p>¿Cuál? _____</p> <p>Concentración inhibitoria mínima:</p> <p>Fluconazol: _____</p> <p>Voriconazol: _____</p> <p>Anfotericina: _____</p> <p>Caspofungina: _____</p> <p>Anidulafungina: _____</p> <p>Micafungina: _____</p>
<p>Radiología:</p> <p>Alguna alteración radiológica: (S) (No) (ND)</p> <p>¿Cuál? _____</p> <p>Fecha: (DD)(MM)(AA)</p>		

Cultivos (1 año antes y después del cultivo de *Candida*)

Tipo de Muestra	Fecha de recolección	Fecha de reporte	Resultado (microorganismo aislado)	Concentración inhibitoria mínima
	(DD)(MM)(AA)	(DD)(MM)(AA)		
	(DD)(MM)(AA)	(DD)(MM)(AA)		
	(DD)(MM)(AA)	(DD)(MM)(AA)		
	(DD)(MM)(AA)	(DD)(MM)(AA)		
	(DD)(MM)(AA)	(DD)(MM)(AA)		
	(DD)(MM)(AA)	(DD)(MM)(AA)		

Información adicional para casos de candidemia en paciente menor de un año

El paciente nació prematuro: (Si)(No)(ND) Tipo de parto: (vagina) (cesárea)
Tiempo de gestación al nacimiento: ____ (semanas) Peso al nacer: _____ (Kilos)
Seleccione el tipo de nutrición que recibió el paciente: (lecha materna)(formula)(combinación)(otro)
Si recibió formula, ¿Cuál formula recibió? -

_____ Tenía alguna disrupción de la piel (erupción)?: (Si)(No)(ND); ¿Cuál(es)?:

_____ ¿Recibió algún antifúngico profiláctico? (Si)(No)(ND); ¿Cuál(es)?:

¿Necesitó alguna operación? (Si)(No)(ND) ¿Cuál?: _____ Fecha: (DD)(MM)(AA)
¿Cuál?: _____ Fecha: (DD)(MM)(AA)
¿Cuál?: _____ Fecha: (DD)(MM)(AA)

¿Necesitó otro procedimiento diferente a los mencionados anteriormente? (Si)(No)(ND)
¿Cuál?: _____ Fecha: (DD)(MM)(AA)
¿Cuál?: _____ Fecha: (DD)(MM)(AA)

El paciente estuvo expuesto a:

- Incubadora (Si)(No)(ND) Fecha: (DD)(MM)(AA) ¿Por cuánto tiempo? _____ (horas)(días)(semanas)(meses)
- Tubo de alimentación (Si)(No)(ND) Por dónde? (nariz) (boca) (sonda)

Fecha: (DD)(MM)(AA) ¿Por cuánto tiempo? _____ (horas)(días)(semanas)(meses)

- Monitor cardíaco (Si)(No)(ND) Fecha: (DD)(MM)(AA) ¿Por cuánto tiempo? _____ (horas)(días)(semanas)(meses)
- Fototerapia: (Si)(No)(ND) Fecha: (DD)(MM)(AA) ¿Por cuánto tiempo? _____ (horas)(días)(semanas)(meses)
- Esteroides para el desarrollo respiratorio (Si)(No)(ND) Fecha: (DD)(MM)(AA) ¿Por cuánto tiempo? _____ (horas)(días)(semanas)(meses)
- Aditivos para alimentos (Si)(No)(ND) Fecha: (DD)(MM)(AA) ¿Por cuánto tiempo? _____ (horas)(días)(semanas)(meses)
- Otro: _____ Fecha: (DD)(MM)(AA) ¿Por cuánto tiempo? _____ (horas)(días)(semanas)(meses)

- *subjetivo a cambiar a medida que avanza la investigación y nueva información*