
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 Grupo de Sepsis

Representante da diretoria:

Nome: _____
Telefone: _____
Email: _____

Coordenador do grupo:

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: _____

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, 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 a 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: _____