

INFECTION CONTROL TEAM



NOTA INFORMATIVA

**CADASTRO NACIONAL DOS SERVIÇOS
DE CONTROLE DE INFECÇÕES
RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À
SAÚDE**

Nº 01 | 30/05/2025



CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

Governador do Estado do Ceará
Elmano de Freitas da Costa

Secretário da Saúde do Ceará
Tânia Mara Silva Coelho

**Secretário Executivo de Vigilância
em Saúde**
Antônio Silva Lima Neto

**Coordenadora de Vigilância
Sanitária**
Maria Dolores Duarte Fernandes

**Orientadora da Célula de
Fiscalização e Inspeção em
Serviços de Saúde**
Maria Virma de Freitas Machado

Elaboração e revisão
Francisco David Araújo da Silva
Layla Alves Araújo



CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

APRESENTAÇÃO

A prevenção e o controle de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) são fundamentais para a segurança dos pacientes e a qualidade dos serviços de saúde. Com o intuito de fortalecer a gestão dessas ações e promover maior transparência e organização, a **Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa)** disponibiliza em seu site oficial o **Cadastro Nacional dos Serviços de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde**.

Esta nota informativa tem o propósito de divulgar e orientar as unidades de saúde sobre a importância do cadastro de suas CCIHs/CCIRAS, bem como de manter esses dados atualizados, fornecendo orientações para sua realização e destacando os benefícios dessa iniciativa para a melhoria da vigilância e controle das IRAS no país.

O CADASTRO DA SUA CCIH ESTÁ ATUALIZADO?

A **Anvisa** disponibiliza o acesso ao **Cadastro Nacional dos Serviços de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde** para mapear e fortalecer as **Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIHs)** no Brasil.

Se sua unidade de saúde ainda não se cadastrou ou está com o cadastro desatualizado, chegou a hora!  

POR QUE SE CADASTRAR?

- ✓ Monitoramento nacional das CCIHs 
- ✓ Melhor planejamento das ações de prevenção e controle de infecções 
- ✓ Maior transparência e segurança nos serviços de saúde 
- ✓ Contribuição direta para a segurança do paciente 

QUEM DEVE PREENCHER ESTE CADASTRO?

 **Todas as unidades de saúde que possuem uma CCIH/CCIRAS, mesmo que não sejam hospitais**, devem preencher o cadastro para regularização e fortalecimento das ações de controle de infecção relacionada à assistência à saúde nos serviços de saúde do país (públicos, privados, civis e militares).

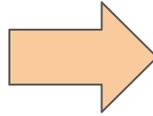
Além disso, o preenchimento deve ser feito por:

 Responsável pelas ações de prevenção e controle das IRAS.

 Se houver uma equipe, o coordenador poderá designar alguém da equipe para preencher o formulário.

COMO SE CADASTRAR?

1. Acesse o formulário da Anvisa
2. Preencha os dados do seu serviço
3. Envie e aguarde a validação



 **Acesse através do link:**
<https://pesquisa.anvisa.gov.br/index.php/155977?lang=pt-BR>

Ou através do QR CODE:



ORIENTAÇÕES

 **O cadastro do seu serviço de saúde deve ser atualizado sempre que houver alterações nos dados cadastrados.**

 **Após clicar em ENVIAR, imprima ou salve em PDF ou queXML PDF a cópia do Formulário de Cadastro preenchido.**


Importante!



Os dados notificados neste cadastro ajudarão as Coordenações nacional (Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde - GVIMS/GGTES/Anvisa) e estadual (CECIRAS) de prevenção e controle de IRAS a traçar o perfil de como estão distribuídos e organizados esses serviços e possibilita a criação de uma rede de comunicação para o envio de informações, alertas e comunicados em tempo real.

 **Fortaleça a prevenção e controle de infecções em seu serviço de saúde!**

 **Ajude a divulgar essa informação!** Compartilhe com sua equipe e colabore para a segurança dos pacientes.

PASSO A PASSO – FORMULÁRIO A SER PREENCHIDO

Passo 1:

DADOS DO RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO DO CADASTRO

*Nome completo:

*E-mail

Informar o e-mail de contato do serviço no seguinte formato com @ e pontos: coih@provedor.com.br

📌 Por favor, verifique o formato de sua resposta

*Telefone:

Inserir o telefone com parênteses e traço no seguinte formato: (XX) XXXXX-XXXX

📌 Por favor, verifique o formato de sua resposta

Passo 2:

DADOS INSTITUCIONAIS

*Nome do Estabelecimento de Saúde:

Informar o nome fantasia do estabelecimento de saúde.

*Endereço:

Informar o endereço completo do estabelecimento de saúde:

*CEP:

Informar o CEP do serviço no seguinte formato: XXXXX-XXX

📌 Por favor, verifique o formato de sua resposta

Passo 3:

CARACTERÍSTICA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

***Selecione o tipo de Serviço de Saúde:**

Escolha uma das seguintes respostas:

- Hospital
- Clínica
- Unidade de Pronto Atendimento
- Unidade Básica de Saúde / Unidade de atenção primária a Saúde
- Serviço Odontológico
- Serviço de diálise extra hospitalar
- Outros:

***Natureza Jurídica:**

Escolha uma das seguintes respostas:

- Administração Pública
- Entidade Empresarial
- Entidade Sem Fim Lucrativo
- Organização Internacional/Outra
- Serviço de Saúde Militar

Passo 4:

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

***Possui Unidade de Terapia Intensiva?**

Escolha uma das seguintes respostas:

Por favor, selecione... ▾

Enviar



CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE