

Karta oceny ryzyka zakażenia

Ocena ryzyka w dniu przyjęcia do szpitala

Nazwisko i imię:	Płeć: K [] , M []
PESEL _____ <small>lub seria i nr paszportu lub innego dowodu tożsamości</small>	Data urodzenia : ____ / ____ / _____
Data przyjęcia : ____ / ____ / _____ Oddział:	

Właściwą odpowiedź zakreślić lub dopisać i postawić X w kolumnie tak;

**w uwagach wpisać np. daty hospitalizacji, zabiegu, nazwę szpitala, gabinetu, inne uzupełnienia*

	<i>tak</i>	<i>tak</i>
Wiek > 75 lat lub < 2 lat / wcześniactwo < 6 m.ż. / ciąża	Przewlekła niewydolność nerek / dializoterapia	
Chory nieprzytomny / po zachłyśnięciu / po NZK / unieruchomienie	Przewlekły przerost prostaty / zaburzenia odpływu moczu	
Przeniesienie z innego szpitala lub hospitalizacje w ostatnich 6 miesiącach (ile.....), poród dn.....	Przewlekła choroba obturacyjna płuc(POCHP) / astma / niewydolność oddechowa	
Sztuczne drogi (cewnik moczowy, stomia, cewnik naczyniowy, rurka tchawicza,	Choroba metaboliczna (cukrzyca, otyłość, mocznica, dna inne.....)	
Zabiegi operacyjne/ badania inwazyjne/leczenie stomatologiczne wykonywane < 6 miesięcy przed przyjęciem	Zaburzenia odżywiania / niedożywienie / zaburzenia połykania	
Uraz otwarty / wielonarządowy / wewnętrzny / rana oparzeniowa / ofiara przemoc fizycznej	Choroba autoimmunologiczna niewyrównana / alergja w okresie nasilenia objawów	
Antybiotykoterapia < 3 m-cy przed przyjęciem	Choroba nowotworowa aktywna	
Aktywne ostre zakażenie (np. zapalenie płuc, zakażenie inwazyjne,ZUM, inne.....)	Aktualna radioterapia / chemioterapia/ leki immunosupresyjne / sterydoterapia	
Przewlekłe zakażenie (np. WZW typu , gruźlica, borelioza, HIV/AIDS,	Palenie tytoniu (>10 papierosów dziennie)	
Nawrotowe procesy zapalne (np. zapalenie przydatków, zatok, nawracające czyraki,	Alkoholizm, inne uzależnienie od substancji odurzających / leków (jakich.....)	
Nosicielstwo patogenu alarmowego np. MRSA, KPC, inny (jakiego.....)	Zabiegi kosmetyczne inwazyjne/manicure/pediceure	
Wcześniej przebyte zakażenia związane ze świadczeniami zdrowotnymi (<12 m-cy) jakie.....	Inne czynniki ryzyka związane z pacjentem lub oddziałem jakie:	
Zaniedbania higieniczne / nietrzymanie moczu / nietrzymanie kału		
Odleżyny / zmiany na skórze (ropne, alergiczne, egzema)	Implanty wstawione <12 msc. przed przyjęciem dn.....	
Uszkodzenia skóry / tatuaże / obszerne blizny / kolczykowanie	APGAR ____	
Golenie owłosienia: w obrębie pola operacyjnego/ porodem <24 godz przed przyjęciem	Wady wrodzone, jakie	
Choroba niedokrwienności serca niewyrównana / niewydolność krążenia	Zakażenie wewnątrzmaciczne / choroby przewlekłe u matki jakie	
Choroba niedokrwienności kończyn / zespół zatorowo-zakrzepowy	Powikłana ciąża /poród powikłany, zabiegowy...../ wcześniejsze odejście wód płodowych/	
Zaburzenia krzepnięcia krwi / przetaczanie preparatów kriopochodnych < 6 m-cy	Łącznie zakreślonych i dopisanych odpowiedzi „tak”	

Każda odpowiedź tak=1 punkt

Grupa ryzyka: I - (0 x tak); II - (1-2 x tak); III - (3 x tak); IV - (4 i więcej x tak)

***Uwagi:**

Szczepienie p/WZW B NIE[], TAK [] data ostatniej dawki.....

ilość dawek.....

Chorego zakwalifikowano do grupy ryzyka z liczbą punktów ____

Data wypełnienia ____ / ____ / _____

.....
czytelny podpis pacjenta lub opiekuna prawnego

Lekarz
(pieczęć i podpis)

Karta oceny ryzyka zakażenia

Ocena ryzyka w czasie pobytu w Oddziale:

Nazwisko i imię _____

Data wypisu / przeniesienia ____ / ____ / _____ na Oddział

Data zgonu ____ / ____ / _____

Nr Ks.gł.

	tak	Uwagi		tak	Uwagi
Cewniki moczowe			Bronchoskopia		
Cewniki żyłne			Gastroskopia		
Cewniki wielokanałowe			Kolonoskopia		
Linia tętnicza			Biopsja		
Cewniki opłucnowe			Iniekcje dożyłne		
Cewniki otrzewnowe			Iniekcje domięśniowe		
Cewniki dożołądkowe			Immunosupresja		
Dializa otrzewnowa			Chemioterapia		
Hemodializa			Antybiotykoterapia		
Transfuzja krwi / śr. krwipochodnych			Implanty		
Żywienie pozajelitowe			Zabieg operacyjny		
Intubacja			Nacięcie krocza		
Tracheostomia			Inne czynniki ryzyka, jakie		
Respirator 1-3 dni			*		
Respirator 4-10 dni					
Respirator >10 dni			Łącznie odpowiedzi „tak”		

Uwagi; *uzupełnienia np. podać daty przeniesienia jednodniowego w celach leczniczych, diagnostycznych

ZABIEG OPERACYJNY : NIE [] TAK [] (jeśli tak wypełnij poniższe informacje)

Rodzaj zabiegu :			
Data zabiegu ____ / ____ / _____		Dzień tygodnia : pon [] ; wt [] ; śr [] ; czw [] ; pt [] ; sob [] ; nd []	
Godz. zabiegu : od [] do []		Planowany [] Nagły []	Nr sali:
Czas trwania : do 1 godz. [] , 1-2 godz. [] , pow. 2 godz []		Kolejność zabiegu :	
Pole operacyjne : czyste [] , czyste skażone [] , skażone [] , brudne []			
Profilaktyka antybiotykowa : nie [] , tak [] , nazwa, ilość dawek, godz. podania pierwszej dawki przed nacięciem			
Operator:			

Relaparotomia: NIE [] TAK [] Data ____ / ____ / _____ **z powodu zakażenia: NIE [] TAK []**

Uwagi :

DATA: ____ / ____ / _____

LEKARZ PROWADZĄCY
(pieczęć i podpis)

W przypadku stwierdzenia zakażenia, patogenu alarmowego kopię „Karty oceny ryzyka zakażenia” str. 1 i 2 dołączyć do „Karty patogenu alarmowego i zakażenia” i przesłać do Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych.