

## Karta oceny ryzyka zakażenia

Ocena ryzyka w czasie pobytu w Oddziale:

Nazwisko i imię \_\_\_\_\_

Data przyj. z innego oddziału \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Data wypisu / przeniesienia \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_  
na Oddział \_\_\_\_\_

Nr Ks.gł. ....

Data zgonu \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

	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			<b>Łącznie odpowiedzi „tak”</b>		

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

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

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

**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” część A str. 1 i 2 oraz część C dołączyć do „Karty patogenu alarmowego i zakażenia” i przesłać do Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych.**