



**Europejski Nadzór nad Zakażeniami Związanymi z Opieką
Zdrowotną na Oddziałach Intensywnej Terapii : dane
pacjenta**

Kod szpitala

Numer pacjenta

Identyfikator OIT

Dane pacjenta

Wiek (lata): _____ Płeć: **M** **K** **b/d** Data przyjęcia do OIT ____ / ____ / ____

Data wypisu ____ / ____ / ____ Stan przy wypisie: Żywy Zgon b/d

Pochodzenie pacjen. Szpital Inny OIT Pozaszpitalny LT DPS Inny b/d

Typ przyjęcia medyczny planowy zabieg oper. zabieg oper.w trybie ostrym b/d

Uraz: Tak Nie b/d

Upośledzona odporność: Tak Nie b/d

Antybiotyk w ciągu 48h przed przyjęciem: Tak Nie b/d

SAPS II:

APACHE II

Inna skala (punktacja)

Inne skale: APACHE II, APACHE III, APACHE IV, SAPS III, MPM II, MPM III, McCabe

Ekspozycja na procedury inwazyjne w OIT

Centralny cewnik naczyniowy: Tak Nie b/d

Jeśli tak: Od (data1) ____ / ____ / ____

Do (data1) ____ / ____ / ____

Od (data2) ____ / ____ / ____

Od (data2) ____ / ____ / ____

Intubacja/trachotomia: Tak Nie b/d

Jeśli tak: Od (data1) ____ / ____ / ____

Od (data1) ____ / ____ / ____

Od (data2) ____ / ____ / ____

Od (data2) ____ / ____ / ____

Cewnik moczowy: Tak Nie b/d

Jeśli tak: Od (data1) ____ / ____ / ____

Od (data1) ____ / ____ / ____

Od (data2) ____ / ____ / ____

Od (data2) ____ / ____ / ____

Pacjent otrzymywał antybiotyki w czasie pobytu w OIT: Tak Nie b/d

Antybiotyk	Wskazanie	CI/HI	Rozpoznanie	Od (data)	Do (data)

Wskazania: **P** (profilaktyka), **E** (terapia empiryczna), **M** (terapia celowana), **S** (selektywna dekontaminacja p.pok)

Pacjent miał przynajmniej jedno zakażenie objęte monitorowaniem Tak Nie b/d

Jeśli tak - wypełnij formularz zakażenia (HAI)