

Europejskie Badanie Występowania Zakażeń Szpitalnych i Stosowania Antybiotyków

Formularz H1. Dane Szpitalne 1/3

Kod szpitala: <input type="text"/>					
Data badania: Od <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Do: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> dd / mm / rrrr dd / mm / rrrr					
Rozmiar szpitala (całkowita liczba łóżek)	<input type="text"/>				
Liczba łóżek ostrodyżurowych	<input type="text"/>				
Liczba łóżek w OIT	<input type="text"/>				
Czy jakieś oddziały wykluczono z PPS? <input type="checkbox"/> Nie					
<input type="checkbox"/> Tak, proszę określić typy wykluczonych oddziałów:					
Liczba łóżek we włączonych oddziałach: <input type="text"/>					
Liczba pacjentów włączonych do PPS: <input type="text"/>					
Typ szpitala <input type="checkbox"/> Miejski/Powiatowy <input type="checkbox"/> Wojewódzki					
<input type="checkbox"/> Kliniczny <input type="checkbox"/> Specjalistyczny, specjalność : _____					
Właściciel szpitala: <input type="checkbox"/> Publiczny <input type="checkbox"/> Prywatny, nie dla zysku (fundacja) <input type="checkbox"/> Prywatny, dla zysku <input type="checkbox"/> Inny/Nieznany					
Szpital jest częścią grupy administrowanej wspólnie (AHG): <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak → jeśli tak:					
Dane dotyczą: <input type="checkbox"/> Wybrany szpital <input type="checkbox"/> Wszystkie szpitale w AHG					
Kod AHG: <input type="text"/>	Typ AHG: <input type="checkbox"/> Mie/ <input type="checkbox"/> Pow <input type="checkbox"/> Woj <input type="checkbox"/> Klin <input type="checkbox"/> Spec				
Liczba łóżek AHG: Całkow. <input type="text"/>	Ł. ostrodyżur. <input type="text"/>				
		Liczba przyjęć / wypisów w ciągu roku	Liczba	Rok	Włącz. oddz./ wszystkie (1)
		Liczba osobodni w roku			Wł Csz
		Zużycie alkoholowego środka do dezynfekcji rąk (litry / rok)			Wł Csz
		Liczba obserwacji bezpośrednich epizodów dezynfekcji rąk			Wł Csz
		Liczba posiewów krwi / rok (1 zestaw = 2 butelki)			Wł Csz
		Liczba badań kału w kierunku <i>C. difficile</i> / rok			Wł Csz
		Liczba równoważników etatów pielęgniarek epidemiologicznych			
		Liczba równoważników etatów lekarzy kontroli zakażeń			Wł Csz
		Liczba równoważników etatów konsultantów ds. antybiotykoterapii			
		Liczba równoważników etatów pielęgniarskich w szpitalu			
		Liczba równoważników etatów pomocy pielęgniarskich w szpitalu			Wł Csz
		Liczba równoważników etatów pielęgniarskich w OIT			
		Liczba równoważników etatów pomocy pielęgniarskich w OIT			
		Liczba izolatek zapewniających warunki do izolacji powietrzno-pyłowej			

(1) Dane zebrano wyłącznie dla oddziałów włączonych do badania (**Wł** = zalecane) lub dla całego szpitala (**Csz**); jeśli włączono wszystkie oddziały do PPS (Wł=Csz), zaznacz "Wł"

Protokół PPS: Standardowy Light

Czy szpital jest częścią próby reprezentatywnej dla kraju ?

Nie Tak Nie wiem

Kod szpitala:

Data badania: Od / / Do: / /
dd / mm / rrrr dd / mm / rrrr

Program zapobiegania i kontroli zakażeń (IPC):

Czy istnieje roczny plan profilaktyki i kontroli zakażeń, zatwierdzony przez Dyrektora lub Dyrektora ds. Medycznych szpitala? Tak Nie

Czy jest tworzony roczny raport dot. zakażeń szpitalnych, zatwierdzony przez Dyrektora lub Dyrektora ds. medycznych szpitala? Tak Nie

Uczestnictwo w sieciach monitorowania:

W których projektach badawczych uczestniczył szpital w ubiegłym roku? (zaznacz wszystkie dotyczące)

SSI ICU CDI EARS-Net
 ESAC-Net Inne, wymień _____

Dostępność badań mikrobiologicznych/diagnostycznych:

Czy klinicyści mogą zlecić rutynowe badania mikrobiologiczne i otrzymywać ich wyniki w weekendy?

Badania diagnostyczne: Sobota Niedziela
Badania przesiewowe: Sobota Niedziela

Czy w ramach zapobiegania zakażeniom szpitalnym i szpitalnej polityki antybiotykowej szpital stosuje (T-tak/N-nie/U-brak danych)

	Wytyczne	Pakiety	Szkolenia	Lista kontrolna	Audyt	Monitorowanie	Inf. zwrotna
OIT							
Zapalenie płuc							
Zakażenie krwi							
Zakaż. miejsca oper.							
Stos. antybiotyków							
W całym szpitalu / innych oddziałach							
Zapalenie płuc							
Zakażenie krwi							
Zakaż. miejsca oper.							
Zakaż. ukł. mocz.							
Stos. antybiotyków							

Zapalenie płuc, zakażenia łóżyska naczyniowego i dróg moczowych: zakażenie szpitalne i/lub związane z cewnikiem centralnym, rurką intub., cewnikiem moczowym ; Szkolenie: warsztaty lub wykłady; Wprowadzenie listy kontrolnej: Checklist;; Audyt zewnętrzny (ocena zewnętrzna, certyfikacja, obserwacja)

Komentarze/obserwacje: _____

Europejskie Badanie Występowania Zakażeń Szpitalnych i Stosowania Antybiotyków

Formularz W. Dane oddziału

Data badania¹: ___ / ___ / ___ Kod szpitala [_____] Nazwa oddziału/ Id [_____]
dzień /miesiąc / rok

Specjalność oddziału² PED NEO ICU MED SUR G/O GER PSY RHB LTC OTH MIX

Całkowita liczba pacjentów w oddziale³ [_____]

Czy jest w Oddziale formalna procedura dla kontroli właściwego zastosowania antybiotyku w ciągu 72 godzin od momentu jego zlecenia (**Kontrola po zleceniu**)? Tak Nie

	Liczba	Rok ⁵
Liczba osobodni w oddziale/ rok		
Zużycie AHR w oddziale litry/rok ⁶		
Liczba obserwacji bezpośrednich epizodów dezynfekcji rąk		
Liczba łóżek w oddziale (stwierdzona w dniu badania)		
Liczba łóżek wyposażonych w nałożkowy dozownik AHR		
Liczba pracowników medycznych w oddziale w czasie PPS		
Liczba pracowników wyposażonych w indywidualne dozowniki AHR		
Liczba sal chorych w oddziale		
Liczba jednoosobowych sal chorych w oddziale		
Liczba sal jednoosobowych z indywidualną toaletą i prysznicem		
Liczba łóżek zajętych o 00:01 w dniu badania PPS		

¹Jeżeli to możliwe, pacjenci obecni w danym oddziale powinni być włączeni do badania w jednym dniu; ² Główna specjalność oddziału: >=80% pacjentów należy do tej specjalności, w innym przypadku wybierz mix ³ Opcjonalnie dla badania standardowego, wymagany dla Light; ³⁻⁴ Liczba pacjentów przyjęta do oddziału przed 8:00 rano i nie wypisanym z oddziału przed badaniem; ⁵Rok: wpisana data, wcześniej rok najbardziej aktualnych danych; ⁶ Liczba litrów zużytego alkoholowego środka do dezynfekcji rąk w ciągu tego samego roku, N = Liczba; HCW= pracownik medyczny

Komentarze/obserwacje _____

Dane pacjenta (należy zebrać dla wszystkich)

Kod szpitala

Nazwa/identyfikator oddziału Specjalność

Data badania: ___ / ___ / ___ (dd/mm/rrrr)

Numer pacjenta:

Wiek w latach: ___; Wiek jeśli <2 lat : ___ miesiące

Płeć: M K Data przyjęcia do szpitala: ___ / ___ / ___

Specjalność Pacjenta/Oddziału: dd / mm / rrrr

Zabieg operacyjny od przyjęcia:

Brak Zabieg minimalnie inwazyjny/spoza NHSN

Zabieg z katalogu NHSN-> **określ (opcjonalnie)** BD

Wynik w skali McCabe:

przeżycie >5 lat Przeżycie < 5 lat

Przeżycie < 1 roku BD

W przypadku noworodków: masa urodzeniowa gram

Centralny cewnik żylny: Nie Tak BD

Obwodowy cewnik żylny: Nie Tak BD

Cewnik moczowy: Nie Tak BD

Intubacja: Nie Tak BD

Pacjent otrzymuje **antybiotyk(i)**⁽¹⁾: Nie Tak

U pacjenta występuje **aktywne HAI**⁽²⁾: Nie Tak

Jeśli TAK

Antybiotyk	Droga podania	Wskazanie	Rozpoznanie (miejsce)	Powód w historii ch.?	Data rozpoczęcia stosowanego antybiotyku	Data rozpoczęcia kuracji	Jeżeli zmiana: Data rozpoczęcia	Powód zmiany	Dawka dobowa		
									Liczba dawek	X wartość 1 dawki	Mg/g/IU
					/ /	/ /					
					/ /	/ /					
					/ /	/ /					

Data rozpoczęcia obecnie stosowanego antybiotyku + jeżeli nastąpiła zmiana, data rozpoczęcia 1-go antybiotyku zleconego w tym wskazaniu. **Powód zmiany:** N=bz zmian, E=eskalacja, D=De-eskalacja, S= zmiana z IV na doustne, A- zła tolerancja, OU=inne, nieznanne UNK- brak danych

	HAI 1	HAI 2
Kod definicji		
Związany z ciałem obcym ⁽³⁾	<input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie <input type="radio"/> BD	<input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie <input type="radio"/> BD
HAI przy przyjęciu?	<input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie	<input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie
Data wystąpienia ⁽⁴⁾	/ /	/ /
Pochodzenie zakażenia	<input type="radio"/> obecny szpital <input type="radio"/> inny szpital <input type="radio"/> inne/nieznanne	<input type="radio"/> obecny szpital <input type="radio"/> inny szpital <input type="radio"/> inne/nieznanne
HAI związane z aktualnym oddziałem	<input type="radio"/> tak <input type="radio"/> Nie <input type="radio"/> BD	<input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie <input type="radio"/> BD
Jeśli BSI: źródło ⁽⁵⁾		
	Kod drobnoustr oju	Antybiotyk Lekoop. (6) SIR
		P D R
	Kod drobnoustr oju	Antybiotyk Lekoop. (6) SIR
		P D R
Drobnoustrój 1		
Drobnoustrój 2		
Drobnoustrój 3		

(1) W czasie badania, z wyjątkiem profilaktyki chirurgicznej w ciągu 24h przed 8:00 w dniu badania; jeśli tak, wypełnij dane dot. stosowania antybiotyków; (2) [zakażenia rozpoczynające się ≥ 3 dni, LUB spełnione kryteria SSI (operacja w ciągu ostatnich 30 dni/1 roku), LUB wypisanych ze szpitala <48h, LUB CDI w przypadku wypisanych ze szpitala < 28 dni LUB występujących < Day 3 po przeprowadzeniu inwazyjnej procedury/ wprowadzeniu ciała obcego w dniu 1 lub 2] **ORAZ** [Spełnione kryteria definicji HAI w dniu badania LUB pacjent otrzymuje antybiotyk z powodu HAI i spełnione są kryteria definicji przypadku pomiędzy dniem 1 a dniem badania.

(3) Ciało obce (intubacja dla PN, CVC/PVC dla BSI, cewnik moczowy dla UTI) w ciągu 48 godzin przed wystąpieniem objawów (nawet stosowane w sposób przerywany), 7 dni dla UTI; (4) Tylko zakażenia nieobecne/nieaktywne przy przyjęciu (dd/mm/rrrr); (5) C-CVC, C-PVC, S-PUL, S-UTI, S-DIG, S-SSI, S-SST, S-OTH, UO, UNK; (6) Kod profilu lekooporności 0,1,2 lub 9, patrz tabela PDR- wielooporny: N=nie, M=możliwy, P= potwierdzony, BD= brak danych, SIR: S-wrażli, I=średniow., R=oporny