

بسمه تعالی

فرم شماره ۱: فرم بیمار یابی عفونتهای مرتبط با مراقبت های بهداشتی

شماره پرونده*:..... نام بیمار:..... سن بیمار*:.....
 بخش*:..... کدملی:..... وزن(اطفال)*:.....
 تاریخ بستری*:..... جنس*: مرد زن نامعلوم بیماری اولیه:.....
 تاریخ بروز عفونت*:..... کد عفونت*:..... (عفونت مربوط بیمارستان دیگری است)
 ترخیص فوت / تاریخ*:..... نتیجه عفونت: بهبود عارضه فوت
 در صورت فوت، علت فوت: عفونت غیر عفونت نامشخص

آیا عفونت مرتبط با ابزار (device-associated) است؟ بله خیر. در صورت جواب مثبت، جدول زیر را تکمیل نمایید:

محل تعبیه*	تاریخ تعبیه ابزار	ابزار (Device)
		<input type="checkbox"/> کاتتر اداری
		<input type="checkbox"/> کاتتر شریانی
		<input type="checkbox"/> کاتتر نافی
		<input type="checkbox"/> کاتتر وریدی محیطی
		<input type="checkbox"/> کاتتر وریدی مرکزی دائمی (پورت،....)
		<input type="checkbox"/> کاتتر وریدی مرکزی موقت (CV-line،....)
		<input type="checkbox"/> ونتیلیاتور یا لوله تراشه یا تراکئوستومی
		<input type="checkbox"/> سایر

*بعنوان مثال برای کاتتروریدی مرکزی، محل تعبیه میتواند ساب کلاوین، ژگولار، فمورال، وسایر باشد.

آیا کشت مثبت که عامل عفونت فوق را مشخص کردع باشد وجود دارد؟ بله خیر.

میکروب:..... نمونه:..... تاریخ نمونه گیری:.....
 انتی بیوگرام: حساس:.....
 نیمه مقاوم:.....
 مقاوم:.....

در صورتیکه برخی انتی بیوتیکها را براساس MIC/Dilution MIC/E-TEST چک نموده اید، در اینجامشخص نمایید:

آنتی بیوتیک:..... حساس نیمه مقاوم مقاوم
 آنتی بیوتیک:..... حساس نیمه مقاوم مقاوم
 آنتی بیوتیک:..... حساس نیمه مقاوم مقاوم

همکار تکمیل کننده فرم:..... پرستار کنترل عفونت:..... پزشک کنترل عفونت:.....

تاریخ وامضاء:..... تاریخ وامضاء:..... تاریخ وامضاء:.....

یافته های مثبت به نفع عفونت(علائم، نشانه ها، پاراکلینیک،...)

بیماری یا پروسیجر باارزش تشخیصی:

BMT آلونژیک طی سال قبل بیماری GI-GVHD اسهال حجیم در هفته گذشته بیماری مزمن ریوی یا

قلبی) تزریق خون طی ۳ ماه اخیر زایمان طی ۷ روز قبل نفص ایمنی خروج سوند طی ۴۸ ساعت قبل
علائم حیاتی: دمای بدن: ضربان قلب: فشارخون: تنفس:

در صورتیکه بیمار حائز هر یک از موارد زیر است محل آن را تعیین نمایید:

علائم موضعی عفونت(درد/تندرنس/قرمزی/گرمی) در محل:

آبسه(شواهد قطعی عفونت) در معاینه آناتومیک، حین اقدام تهاجمی ویا در هیستوپاتولوژی: محل:.....

شواهد رادیولوژیک عفونت در:..... علامت ویژه رادیولوژیک:.....

ترشح (چرکی) از:..... محل درن(در صورت ترشح چرکی):

در صورتی که عفونت در محل عمل جراحی است، موارد زیر را مشخص کنید:

-محل عفونت عمل: محل برش اولیه، یا محل برش ثانویه

-نوع عمل: تاریخ عمل:

-عمق عفونت. فقط پوست وزیر جلد، در حد فاسیا و عضله، یا ارگان یا فضای خاص

محل عمل را مشخص کنید:

-زمان عمل: طی ۳۰ روز گذشته، طی ۹۰ روز گذشته

باز شدن خود بخودی برش جراحی باز شدن برش جراحی توسط جراح

نورولوژی: CSF مثبت (بیوشیمی یا سلول)، افت سطح هوشیاری، پاراپارزی، پاراپلژی، تحریک پذیری،

رادیوکولیت، سردرد، سرگیجه، علائم عصب کرانیال، علائم مننژ/سفتی گردن، علائم نورولوژیک موضعی،

فلج صورت، کمردرد، لرز Chills

تنفسی: افزایش ترشحات خلط نیاز به ساکشن، امپیم، بدتر شدن تبادل گازی(افزایش FIO₂ یا PEE)، بی ثباتی استرنوم،

ترشح پشت حلق، خلط یا ترشحات تنفسی چرکی، تغییر حالت خلط، تنگی نفس، درد پلوریتیک، درد قفسه سینه،

رال / رونکای / صداهای برونکیال، سرفه، نازال فلیرینگ یا تراکسیون، ویزینگ، هموپتزی.

قلب و عروق: انورمالی هدایتی قلب، پالس پارادکس، سوفل(جدید/تغییر)، علائم آمبولی از قلب،

علائم پوستی آندوکاردیت، نارسایی احتقانی قلب، نوار قلب مثبت به نفع میوکادیت یا پری کاردیت.

گوارش: اسهال/سبزه صفراوی، استفراغ، اسهال(درد علل غیر عفونی)، بی اشتها، تست کبد مختل،

تهوع، درد شکم، دیستانسیون شکم، مدفوع خونی.

اداری-تناسلی: الیگوری، پیوری، نیترات + تکرار ادرار، سوزش ادرار، لکوسیت استراز.

مفاصل: آفیوژن مفلسی، آنالیز مایع مفلسی موید عفونت، کاهش محدوده حرکت.

مفاصل مصنوعی: سینوس تراکت، مایع مفصل مصنوعی (لگوسیتوز)، مایع مفصل مصنوعی (>۹۰٪ PMN).

چشم: تاری دید، چشم درد، هایپوپیون

گوش و حلق و بینی: انسداد بینی، بیج روی مخاط دهان، پلاک روی مخاط دهان، ترانس ایلومیناسیون مثبت،

خشونت صدا، رتراکسیون پرده گوش، زخم دهان، کاهش حرکت پرده، مایع پشت پرده گوش.

پوست: بولوس(ناول)، پوسچول، تغییر در زخم سوختگی، وزیکول، یرقان(زردی).

یافته های خونی: لوکوپنی >۴۰۰۰، لکوسیتوز <۱۲۰۰۰، لکوسیتوز <۱۵۰۰۰، لکوسیتوز باشیفت به چپ(باندمی)،

نوتروپنی <۵۰۰ ANC، هایپر گلیسمی(قندخون بالا)، CRP بالا(<۱۰۰)، بالا(<۱۰۰)، ESR بالا(<۳۰).

کشف ارگانیسیم: کشف مثبت، اسمیر یا میکروسکوپی، آنتی ژن، آنتی بادی، ژنوم PCR، توکسین،

تشخیص پزشک و یا اقدام به درمان عفونت عفونت را مشخص کنید:.....