

فرم بیماربایی عفونت بیمارستانی

تعریف عفونت بیمارستانی: عفونتی است که ۴۸ تا ۷۲ ساعت بعد از بستری در بیمارستان اتفاق می افتد به شرطی که بیمار در بدو ورود دارای علائم آن بیماری نباشد و در دوره کمون هم نباشد (از نظر زمانی روزی که رویدادی اتفاق می افتد (ایجاد عفونت، انجام پروسیجر جراحی، یا تعبیه ابزار) روز یک در نظر گرفته می شود و روزهای بعد نسبت به آن سنجیده می شود.

مشخصات بیمار			
نام بیمار	وزن (کلوگ)	تاریخ بروز عفونت	
شمار پرونده	تاریخ تولد	بیماری اولیه	
بخش	بیمار (ترخیص/ فوت) و تاریخ پد	آیا عفونت مربوط به بیمارستان دیگر است؟	
تاریخ بستری	ضربان قلب:	فشارخون:	تنفس:

علائم قابل گزارش						
شروع تب	عفونت محل جراحی	شروع آنتی بیوتیک	تغییر آنتی بیوتیک	تشخیص عفونت توسط پزشک	عفونت زخم پستر	تغییرات و تپلاتور
تغییرات و تپلاتور شامل افزایش نیاز به $20\text{cmH}_2\text{O}$ بعد از گذشت ۴ روز از آنتی بیوتیک و افزایش $3\text{cmH}_2\text{O}$ میزان peep به طوری که میزان peep سابق یا بیشتر از ۸ شود شروع آنتی بیوتیک پروپیلکسی در اعمال جراحی مد نظر نمیباشد عفونت محل عمل در بازه زمانی کمتر از ۴۰ روز در جراحی های بدون ایمپلنت و کمتر از ۹۰ روز در جراحی های با ایمپلنت مد نظر است در عفونت های زخم پستر در صورتی که بیمار حداقل ۴ مورد از علائم را داشته باشد گزارش شود (فرمزی-تندرونی-تورم حاشیه زخم-گفت مثبت-ششایی از کانیسم یا روش های غیر گشت) آیا عفونت مرتبط با ابزار است؟ ☐ بله ☐ خیر در صورت جواب مثبت جدول زیر را تکمیل کنید						

ابزار	تاریخ تعبیه	محل تعبیه
کاتتر ادراری		
کاتتر شریانی		
کاتتر قاعی		
کاتتر ورید محیطی		
کاتتر ورید مرکزی دائمی (پورت و...)		
کاتتر ورید مرکزی موقت (cv-line)		
وتیلاتور /لوله تراشه /تراکوستومی		
سایر		

آیا گشت مثبت که شامل عفونت را مشخص کرده باشد وجوه دارد؟ ☐ بله ☐ خیر

از کانیسم: _____ نوع نمونه: _____ تاریخ نمونه گیری: _____

آنتی بیوگرام:

حساس:

نمونه مقاوم:

مقاوم:



وزارت بهداشت و آموزش پزشکی
سازمان مدیریت و برنامه ریزی

بیمارستان امام خمینی (ره) عجب شیر

بسمه تعالی

فرم شماره ۴: جدول مخرج های آماری جهت محاسبه شاخص های عفونت

بیمارستان: بخش: سال: ماه:

*در مورد هر ابزار (Device) تعداد بیماران را که در آن روز دارای آن ابزار (Device) هستند را ثبت نماید.

تاریخ	بیمار روز	بستری جدید	فوتی	تعداد جراحی	کاتتر ادراری	کاتتر شریانی	کاتتر تنفسی	کاتتر وریدی محیطی	کاتتر وریدی مرکزی		ونتیلاتور
									نامی	موقع	
۱											
۲											
۳											
۴											
۵											
۶											
۷											
۸											
۹											
۱۰											
۱۱											
۱۲											
۱۳											
۱۴											
۱۵											
۱۶											
۱۷											
۱۸											
۱۹											
۲۰											
۲۱											
۲۲											
۲۳											
۲۴											
۲۵											
۲۶											
۲۷											
۲۸											
۲۹											
۳۰											
۳۱											
جمع											

تاریخ و امضا

همکار تکمیل کننده فرم:-----

فرم تجویز منطقی آنتی بیوتیک های وسیع الطیف

❖ نام داروها: ایمنی پنم / مروپنم - وانکومایسین / تیکوپلانتین - کلیستین - لینزولید - کسپوفانترین -
وریکونازول - پوساکونازول - آمفوتریسین (داکسی کولات) (معمولی) / الیومازول - تیگسیکلین

❖ بخش درخواست کننده: تاریخ تجویز: تاریخ تکمیل فرم:

نام دارو:

اطلاعات دموگرافیک بیمار			
نام	نام خانوادگی	شماره پرونده	جنس
نتایج میکروبیولوژی (کشت):			
نوع میکروارگانیسم:		نمونه:	تاریخ ارسال نمونه:
آنتی بیوگرام:			
حساس:			
مقاوم:			
علت قطع:			
علت تغییر:			
علت ادامه:			
آنتی بیوتیک	دوز و راه تجویز	تاریخ شروع	دوره درمان پیشنهادی یا تاریخ قطع

- ❖ تجویز آنتی بیوتیک در طی 5 - روز اول توسط پزشک معالج صورت می گیرد و پس از 5 روز اول با مشاوره پزشک متخصص عفونی نسبت به ادامه /اصلاح و یا قطع تجویز تصمیم گیری شود.
- ❖ این فرم صرفاً برای 5 - روز تکمیل میشود و در صورت نیاز به ادامه این آنتی بیوتیک باید فرم جدید، مجدداً پر و تایید گردد
- ❖ دلایل تغییر یا قطع یا ادامه دارو پس از 5 - روز اول توسط متخصص عفونی و پزشک معالج نوشته شود. در صورت نبود متخصص عفونی و بیماری های گرمسیری (بزرگسال /کودکان) تعیین تکلیف بر عهده رییس بیمارستان می باشد.

مهر و امضا داروساز بالینی

مهر و امضای متخصص عفونی

مهر و امضا پزشک معالج

[illegible]