

СТУДИЈА ВАЛИДАЦИЈЕ. УПИТНИК ЗА ПАЦИЈЕНТА



Република Србија
МИНИСТАРСТВО
ЗДРАВЉА

IV НАЦИОНАЛНА СТУДИЈА ПРЕВАЛЕНЦИЈЕ БОЛНИЧКИХ ИНФЕКЦИЈА И УПОТРЕБЕ АНТИБИОТИКА



Шифра болнице: _____	Назив одељења (скраћено): _____
Број пацијента у студији валидације: _____	Број пацијента у примарној студији: _____
Старост у годинама: _____ (године)	Узраст у месецима: _____ (месеци)
Пол: <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/> НЕП	Датум хоспитализације: ____ / ____ / 2017. дд / мм / год.
Специјалност консултанта/службе: _____	
McSabe скор: <input type="checkbox"/> Нефатална болест <input type="checkbox"/> Фатална болест <input type="checkbox"/> Брзо фатална болест <input type="checkbox"/> Непознато	
Пацијент прима антимицробне лекове⁽¹⁾: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не (Ако је одговор <i>Да</i> , на другој страни уписати податке о потрошњи антимицробних лекова)	
Пацијент има активну БИ⁽²⁾: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не (Ако је одговор <i>Да</i> , на другој страни уписати податке о БИ)	

ПОДАЦИ О ПОТРОШЊИ АНТИМИКРОБНИХ ЛЕКОВА										
Генерички или заштићени назив антимикробног лека	Пут	Индикација	Дијагноза (локализација)	Разлог у напоменама: Да/Не	Датум почетка примене антимикробног лека	Промењен антимикробни лек (+ разлог)	Датум почетка давања првог антимикробног лека (ако је промењен)	Дневна доза		
								Број доза	Јачина једне дозе	mg / g / IU
					__ / __ / __		__ / __ / __			
					__ / __ / __		__ / __ / __			
					__ / __ / __		__ / __ / __			

ПОДАЦИ О БОЛНИЧКИМ ИНФЕКЦИЈАМА								
	БИ 1				БИ 2			
Шифра дефиниције случаја								
Ако је ПН ⁽³⁾ : број рентгенских снимака								
Медицинско помагало ⁽⁴⁾ :	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Непознато				<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Непознато			
Инфекција присутна на пријему	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не				<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не			
Датум почетка ⁽⁵⁾ :	__ / __ / 2017.				__ / __ / 2017.			
Порекло болничке инфекције	<input type="checkbox"/> Садашња болница <input type="checkbox"/> Друга болница <input type="checkbox"/> Другог порекла или непознато				<input type="checkbox"/> Садашња болница <input type="checkbox"/> Друга болница <input type="checkbox"/> Другог порекла или непознато			
БИ повезана са садашњим одељењем	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Непознато				<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Непознато			
Инфекција крви - извор ⁽⁶⁾ :								
	Шифра МО	АМР		П Д Р	Шифра МО	АМР		П Д Р
		АМ ⁽⁷⁾	СИР			АМ ⁽⁷⁾	СИР	
Микроорганизам 1								
Микроорганизам 2								

Коментари валидационог тима за овог пацијента: _____
