

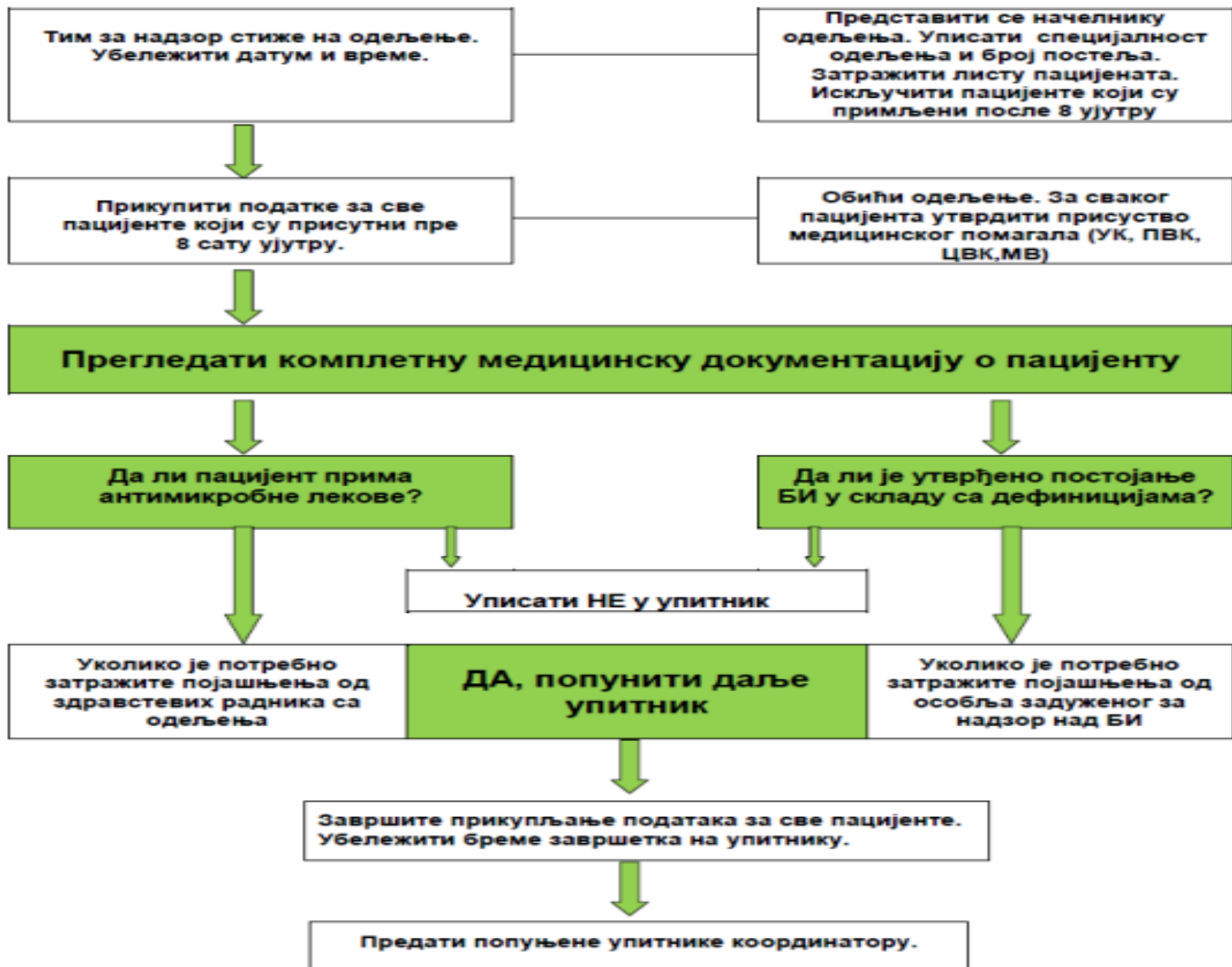


# Пета национална студија преваленције болничких инфекција и употребе антибиотика

## *Упитник за пацијента – први део*

*Проф. др Весна Шуљагић  
Војномедицинска академија*





- У студију треба да буду укључени сви пацијенти који су примљени на одељење пре или у 8 часова ујутру и нису отпуштени са одељења у време студије. У пракси, то значи да не би требало укључити пацијенте који су преведени са или на одељење после 8 часова ујутру.
- Укључити новорођенчад у породилиштима и педијатријским одељењима ако су рођени пре/у 8 часова ујутру



ПЕТА СТУДИЈА ПРЕВАЛЕНЦИЈЕ  
БОЛНИЧКИХ ИНФЕКЦИЈА



Слика 1. Примери пацијената укључених и искључених из студије преваленције

Легенда ОД 1: одељење 1, ОД2: одељење 2

**Напомена:** Укључите пацијенте који су привремено ван одељења због дијагностичких испитивања, процедура; ако се пацијент не врати на одељење до краја дана студије преваленције и информације о пацијенту нису доступне у 8 сати ујутру, податке о том пацијенту прикупити накнадно.

## Искључити:

- пацијенте који су подвргнути једнодневној терапији или операцији;
- пацијенте прегледане у амбуланти;
- пацијенте у хитној помоћи;
- пацијенте на дијализи (амбулантне).



# УПИТНИК за пацијента

Шифра болнице	Назив одељења (скраћено)/ ИД јединице: _____	Датум студије: ___/___/2022.
<b>Специјалност одељења:</b>		
<input type="checkbox"/> Инт. медицина <i>MED</i>	<input type="checkbox"/> Педијатрија <i>PED</i>	<input type="checkbox"/> Рехабилитација <i>RHB</i>
<input type="checkbox"/> Хирургија <i>SUR</i>	<input type="checkbox"/> Неонатологија <i>NEO</i>	<input type="checkbox"/> Проду. леч. и нега <i>LTC</i>
<input type="checkbox"/> ЈИЛ <i>ICU</i>	<input type="checkbox"/> Гинекол/акушер. <i>G/O</i>	<input type="checkbox"/> Психијатрија <i>PSY</i>
<input type="checkbox"/> Геријатрија <i>GER</i>	<input type="checkbox"/> Мешовито <i>MIX</i>	<input type="checkbox"/> Друго <i>OTH</i>
Број пацијента: _____		
Старост у годинама: _____ (године)		Узраст у месецима: _____ (месеци)
Пол: <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/> НЕП		Датум хоспитализације: ___/___/2022.
Специјалност консултанта/службе: _____		
Тежина на рођењу: _____ грама		
<b>Хируршка интервенција:</b>		
<input type="checkbox"/> Без операције		
<input type="checkbox"/> Да, минимално инвазивна/не- <i>NHSN</i> хирургија (Ако је одговор <i>Да</i> , уписати датум хируршке интервенције) Датум: ___/___/2022.		
<input type="checkbox"/> Да, <i>NHSN</i> хирургија - навести шифру <i>NHSN</i> операције _____ (Ако је одговор <i>Да</i> , уписати датум хируршке интервенције) Датум: ___/___/2022.		
<input type="checkbox"/> Непознато		
<b>McSabe скор:</b>		
<input type="checkbox"/> Нефатална болест	<input type="checkbox"/> Фатална болест	
<input type="checkbox"/> Брзо фатална болест	<input type="checkbox"/> Непознато	
<b>Вакцинисан против ковид 19</b>		
<input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> додатне дозе 1	
<input type="checkbox"/> Делмично	<input type="checkbox"/> додатне дозе ≥ 2	
<input type="checkbox"/> Потпуно	<input type="checkbox"/> није познато	
Централни васкуларни катетер	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Непознато	
Уринарни катетер	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Непознато	
Интубација	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Непознато	
Пацијент прима антимицробне лекове <sup>1</sup> : <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не (Ако је одговор <i>Да</i> , на другој страни уписати податке о употреби антимицробних лекова)		
Пацијент има активну БИ <sup>2</sup> : <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не (Ако је одговор <i>Да</i> , на другој страни уписати податке о БИ)		

Генерички или заштићени назив антимицробног лека	Пут	Индикација	Дијагноза (локализација)	Да/Не	Разлог у напоменама:	Датум почетка примене антимицробног лека	Промена антимицробног лека (+ разлог)	Датум почетка давања првог антимицробног лека (ако је променен)	Дневна доза		
									Број доза	Јачина једне дозе	mg/g/LU
<b>Б</b>						___/___/___		___/___/___			
						___/___/___		___/___/___			
						___/___/___		___/___/___			

ПОДАЦИ О БОЛНИЧКИМ ИНФЕКЦИЈАМА									
		БИ 1			БИ 2				
Шифра дефиниције случаја									
Медицинско помагало <sup>3</sup>		<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 <sup>4</sup>		___/___/2022.			___/___/2022.				
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				
Вазопресорна терапија		<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 <sup>5</sup>									
		Шифра МО	AMP <sup>6</sup>		П Д Р	Шифра МО	AMP <sup>6</sup>		П Д Р
			АМ	СИР			АМ	СИР	
Микроорганизам 1									
Микроорганизам 2									
Микроорганизам 3									

**Попунити за све укључене пацијенте**

Шифра болнице _____	Назив одељења (скраћено)/ ИД јединице: _____	Датум студије: ___ / ___ / 2022.	
<b>Специјалност одељења:</b>			
<input type="checkbox"/> Инт. медицина <i>MED</i>	<input type="checkbox"/> Педијатрија <i>PED</i>	<input type="checkbox"/> Рехабилитација <i>RHB</i>	<input type="checkbox"/> Геријатрија <i>GER</i>
<input type="checkbox"/> Хирургија <i>SUR</i>	<input type="checkbox"/> Неонатологија <i>NEO</i>	<input type="checkbox"/> Проду. леч. и нега <i>LTC</i>	<input type="checkbox"/> Мешовита <i>MIX</i>
<input type="checkbox"/> ЈИЛ <i>ICU</i>	<input type="checkbox"/> Ембриол/опуштор <i>C/O</i>	<input type="checkbox"/> Педијатрија <i>PSY</i>	<input type="checkbox"/> Друго <i>OTH</i>
Број пацијента: _____			
Старост у годинама: _____ (године)		Узраст у месецима: _____ (месеци)	
Пол: <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/> НЕП		Датум хоспитализације: ___ / ___ / 2022.	
Специјалност консултанта/службе: _____			
Тежина на рођењу: _____ грама			
<b>Хируршка интервенција:</b>			
<input type="checkbox"/> Без операције			
<input type="checkbox"/> Да, минимално инвазивна/не- <i>NHSN</i> хирургија (Ако је одговор <i>Да</i> , уписати датум хируршке интервенције) Датум: ___ / ___ / 2022.			
<input type="checkbox"/> Да, <i>NHSN</i> хирургија - навести шифру <i>NHSN</i> операције _____ (Ако је одговор <i>Да</i> , уписати датум хируршке интервенције) Датум: ___ / ___ / 2022.			
<input type="checkbox"/> Непознато			
<b>McSabe скор:</b>			
<input type="checkbox"/> Нефатална болест		<input type="checkbox"/> Фатална болест	
<input type="checkbox"/> Брзо фатална болест		<input type="checkbox"/> Непознато	
<b>Вакцинисан против ковид 19</b>			
<input type="checkbox"/> Не		<input type="checkbox"/> додатне дозе 1	
<input type="checkbox"/> Делимично		<input type="checkbox"/> додатне дозе $\geq 2$	
<input type="checkbox"/> Потпуно		<input type="checkbox"/> није познато	
<b>Централни васкуларни катетер</b>		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Непознато	
<b>Уринарни катетер</b>		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Непознато	
<b>Интубација</b>		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Непознато	
<b>Пацијент прима антимицробне лекове<sup>1</sup>:</b>		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	
(Ако је одговор <i>Да</i> , на другој страни уписати податке о употреби антимицробних лекова)			
<b>Пацијент има активну БИ<sup>2</sup>:</b>		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	
(Ако је одговор <i>Да</i> , на другој страни уписати податке о БИ)			

# Прилог 1. Списак шифара специјалности у болници

Категорије (специјалност одељења)	Шифре специјалности пацијента/консултанта	Назив специјалности пацијента/консултанта
Хируршке специјалности (SUR)	SURGEN	Општа хирургија
Хируршке специјалности (SUR)	SURDIG	Хирургија органа за варење
Хируршке специјалности (SUR)	SURORTR	Ортопедија и хируршка трауматологија
Хируршке специјалности (SUR)	SURORTO	Ортопедија
Хируршке специјалности (SUR)	SURTR	Трауматологија
Хируршке специјалности (SUR)	SURCV	Кардиохирургија и васкуларна хирургија
Хируршке специјалности (SUR)	SURCARD	Кардиохирургија
Хируршке специјалности (SUR)	SURVASC	Васкуларна хирургија
Хируршке специјалности (SUR)	SURTTHO	Грудна хирургија
Хируршке специјалности (SUR)	SURNEU	Неурохирургија
Хируршке специјалности (SUR)	SURPED	Педијатријска општа хирургија
Хируршке специјалности (SUR)	SURTRANS	Трансплантациона хирургија
Хируршке специјалности (SUR)	SURONCO	Хирургија за малигне болести
Хируршке специјалности (SUR)	SURENT	ОПЛ
Хируршке специјалности (SUR)	SUROPH	Офталмологија
Хируршке специјалности (SUR)	SURMAXFAC	Максилофацијална хирургија
Хируршке специјалности (SUR)	SURSTODEN	Стоматологија
Хируршке специјалности (SUR)	SURBURN	Лечење опекотина
Хируршке специјалности (SUR)	SUROURO	Урологија
Хируршке специјалности (SUR)	SURPLAS	Пластична и реконструктивна хирургија
Хируршке специјалности (SUR)	SUROTH	Друга хирургија
Интернистичке специјалности (MED)	MEDGEN	Општа медицина
Интернистичке специјалности (MED)	MEDGAST	Гастроентерологија
Интернистичке специјалности (MED)	MEDHEP	Хепатологија
Интернистичке специјалности (MED)	MEDENDO	Ендокринологија
Интернистичке специјалности (MED)	MEDONCO	Онкологија
Интернистичке специјалности (MED)	MEDHEMA	Хематологија
Интернистичке специјалности (MED)	MEDBMT	Трансплантација костне сржи (ТКС)
Интернистичке специјалности (MED)	MEDHEMBMT	Хематологија/ТКС
Интернистичке специјалности (MED)	MEDCARD	Кардиологија
Интернистичке специјалности (MED)	MEDCOV	Ковид 19 одељење
Интернистичке специјалности (MED)	MEDDERM	Дерматологија
Интернистичке специјалности (MED)	MEDNEPH	Нефрологија
Интернистичке специјалности (MED)	MEDNEU	Неурологија
Интернистичке специјалности (MED)	MEDPNEU	Пнеумологија
Интернистичке специјалности (MED)	MEDRHEU	Реуматологија
Интернистичке специјалности (MED)	MEDID	Инфективне болести
Интернистичке специјалности (MED)	MEDTR	Медицинска трауматологија
Интернистичке специјалности (MED)	MEDOTH	Друге интернистичке специјалности
Педијатрија (PED)	PEDGEN	Општа педијатрија, неспецијализована
Неонатологија (NEO)	PEDNEO	Неонатологија (искљ. здрава новорођенчад)
Неонатологија (NEO)	PEDBAB	Здрава новорођенчад (педијатрија)
Неонатологија (NEO)	ICUNEO	Неонатална ЈИИ
Педијатрија (PED)	ICUPED	Педијатријска ЈИИ
Интензивна нега (ICU)	ICUMED	Интернистичка ЈИИ
Интензивна нега (ICU)	ICUSUR	Хируршка ЈИИ

Прилог 1  
48-49



Категорије (специјалност одељења)	Шифре специјалности пацијента/консультанта	Назив специјалности пацијента/консультанта
-----------------------------------	--	--

**Прилог 1**  
**48-49**

Интензивна нега (ICU)	ICUMIX	Комбинована (поливалентна) ЈИИ, општа интензивна или критична нега
Интензивна нега (ICU)	ICUCOV	Ковид 19 ЈИИ
Интензивна нега (ICU)	ICUSPEC	Специјализована ЈИИ
Интензивна нега (ICU)	ICUOTH	Друга ЈИИ
Гинекологија/акушерство (GO)	GOOBS	Акушерство/породилиште
Гинекологија/акушерство (GO)	GOGYN	Гинекологија
Гинекологија/акушерство (GO)	GOBAB	Здрава новорођенчад (породилиште)
Геријатрија (GER)	GER	Геријатрија, здравствена заштита старих
Психијатрија (PSY)	PSY	Психијатрија
Рехабилитација (RHB)	RHB	Рехабилитација
Дуготрајно лечење (LTC)	LTC*	Дуготрајно лечење
Друго (OTH)	OTH	Остало, непобројано
Комбиновани (MIX)	MIX*	Комбинација специјалности

*LTC и MIX су у принципу одељењске специјалности и треба их користити само изузетно као специјалности пацијента/консультанта (нпр. за LTC, користите MEDGEN, GER, RHB уместо тога; за MIX, користите само специјалност примарне болести код пацијента).*



Шифра болнице _____	Назив одељења (скраћено)/ ИД јединице: _____	Датум студије: ___ / ___ / 2022.	
<b>Специјалност одељења:</b>			
<input type="checkbox"/> Инт. медицина <i>MED</i>	<input type="checkbox"/> Педијатрија <i>PED</i>	<input type="checkbox"/> Рехабилитација <i>RHB</i>	<input type="checkbox"/> Геријатрија <i>GER</i>
<input type="checkbox"/> Хирургија <i>SUR</i>	<input type="checkbox"/> Неонатологија <i>NEO</i>	<input type="checkbox"/> Проду. леч. и нега <i>LTC</i>	<input type="checkbox"/> Мешовито <i>MIX</i>
<input type="checkbox"/> ЈИЛ <i>ICU</i>	<input type="checkbox"/> Гинеко/акушер. <i>G/O</i>	<input type="checkbox"/> Психијатрија <i>PSY</i>	<input type="checkbox"/> Друго <i>OTH</i>
Број пацијента: _____			
Старост у годинама: _____ (године)		Узраст у месецима: _____ (месеци)	
Пол: <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/> НЕП		Датум хоспитализације: ___ / ___ / 2022.	
Специјалност консултанта/службе: _____			
Тежина на рођењу: _____ грама			
<b>Хируршка интервенција:</b>			
<input type="checkbox"/> Без операције			
<input type="checkbox"/> Да, минимално инвазивна/не- <i>NHSN</i> хирургија (Ако је одговор <i>Да</i> , уписати датум хируршке интервенције) Датум: ___ / ___ / 2022.			
<input type="checkbox"/> Да, <i>NHSN</i> хирургија - навести шифру <i>NHSN</i> операције _____ (Ако је одговор <i>Да</i> , уписати датум хируршке интервенције) Датум: ___ / ___ / 2022.			
<input type="checkbox"/> Непознато			
<b>McSabe скор:</b>			
<input type="checkbox"/> Нефатална болест		<input type="checkbox"/> Фатална болест	
<input type="checkbox"/> Брзо фатална болест		<input type="checkbox"/> Непознато	
<b>Вакцинисан против ковид 19</b>			
<input type="checkbox"/> Не		<input type="checkbox"/> додатне дозе 1	
<input type="checkbox"/> Делимично		<input type="checkbox"/> додатне дозе $\geq 2$	
<input type="checkbox"/> Потпуно		<input type="checkbox"/> није познато	
<b>Централни васкуларни катетер</b>		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Непознато	
<b>Уринарни катетер</b>		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Непознато	
<b>Интубација</b>		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Непознато	
<b>Пацијент прима антимикуробне лекове<sup>1</sup>:</b>		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	
(Ако је одговор <i>Да</i> , на другој страни уписати податке о употреби антимикуробних лекова)			
<b>Пацијент има активну БИ<sup>2</sup>:</b>		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	
(Ако је одговор <i>Да</i> , на другој страни уписати податке о БИ)			

Шифра болнице _____	Назив одељења (скраћено)/ ИД јединице: _____	Датум студије: ___ / ___ / 2022.
<b>Специјалност одељења:</b>		
<input type="checkbox"/> Инт. медицина <i>MED</i>	<input type="checkbox"/> Педијатрија <i>PED</i>	<input type="checkbox"/> Рехабилитација <i>RHB</i>
<input type="checkbox"/> Хирургија <i>SUR</i>	<input type="checkbox"/> Неонатологија <i>NEO</i>	<input type="checkbox"/> Проду. леч. и нега <i>LTC</i>
<input type="checkbox"/> ЈИЛ <i>ICU</i>	<input type="checkbox"/> Гинекол/акушер. <i>G/O</i>	<input type="checkbox"/> Психијатрија <i>PSY</i>
<input type="checkbox"/> Геријатрија <i>GER</i>		
<input type="checkbox"/> Мешовито <i>MIX</i>		
<input type="checkbox"/> Друго <i>OTH</i>		
Број пацијента: _____		
Старост у годинама: _____ (године)		Узраст у месецима: _____ (месеци)
Пол: <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/> НЕП		Датум хоспитализације: ___ / ___ / 2022.
Специјалност консултанга/службе: _____		
Тежина на рођењу: _____ грама		
<b>Хируршка интервенција:</b>		
<input type="checkbox"/> Без операције		
<input type="checkbox"/> Да, минимално инвазивна/не- <i>NHSN</i> хирургија (Ако је одговор <i>Да</i> , уписати датум хируршке интервенције) Датум: ___ / ___ / 2022.		
<input type="checkbox"/> Да, <i>NHSN</i> хирургија - навести шифру <i>NHSN</i> операције _____ (Ако је одговор <i>Да</i> , уписати датум хируршке интервенције) Датум: ___ / ___ / 2022.		
<input type="checkbox"/> Непознато		
<b>McCabe скор:</b>		
<input type="checkbox"/> Нефатална болест		<input type="checkbox"/> Фатална болест
<input type="checkbox"/> Брзо фатална болест		<input type="checkbox"/> Непознато
<b>Вакцинисан против ковид 19</b>		
<input type="checkbox"/> Не		<input type="checkbox"/> додатне дозе 1
<input type="checkbox"/> Делимично		<input type="checkbox"/> додатне дозе $\geq 2$
<input type="checkbox"/> Потпуно		<input type="checkbox"/> није познато
Централни васкуларни катетер	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Непознато	
Уринарни катетер	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Непознато	
Интубација	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Непознато	
Пацијент прима антимицробне лекове <sup>1</sup> :	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	
(Ако је одговор <i>Да</i> , на другој страни уписати податке о употреби антимицробних лекова)		
Пацијент има активну БИ <sup>2</sup> :	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	
(Ако је одговор <i>Да</i> , на другој страни уписати податке о БИ)		

---

Тежина на рођењу: \_\_\_\_\_ грама

---



**Тежина на рођењу:** тежина на рођењу у грамима, наводи се за новорођенчад (одојчад стара мање од месец дана); тежина на рођењу је тежина детета у тренутку рођења, и не треба је мењати како новорођенче добија или губи на тежини.

Шифра болнице _____	Назив одељења (скраћено)/ ИД јединице: _____	Датум студије: ___ / ___ / 2022.
<b>Специјалност одељења:</b>		
<input type="checkbox"/> Инт. медицина <i>MED</i>	<input type="checkbox"/> Педијатрија <i>PED</i>	<input type="checkbox"/> Рехабилитација <i>RHB</i>
<input type="checkbox"/> Хирургија <i>SUR</i>	<input type="checkbox"/> Неонатологија <i>NEO</i>	<input type="checkbox"/> Проду. леч. и нега <i>LTC</i>
<input type="checkbox"/> ЈИЛ <i>ICU</i>	<input type="checkbox"/> Гинекол/акушер. <i>G/O</i>	<input type="checkbox"/> Психијатрија <i>PSY</i>
<input type="checkbox"/> Геријатрија <i>GER</i>	<input type="checkbox"/> Мешовито <i>MIX</i>	<input type="checkbox"/> Друго <i>OTH</i>
Број пацијента: _____		
Старост у годинама: _____ (године)	Узраст у месецима: _____ (месеци)	
Пол: <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/> НЕП	Датум хоспитализације: ___ / ___ / 2022.	
Специјалност консултанта/службе: _____		
Тежина на рођењу: _____ грама		
<b>Хируршка интервенција:</b>		
<input type="checkbox"/> Без операције		
<input type="checkbox"/> Да, минимално инвазивна/не- <i>NHSN</i> хирургија (Ако је одговор <i>Да</i> , уписати датум хируршке интервенције) Датум: ___ / ___ / 2022.		
<input type="checkbox"/> Да, <i>NHSN</i> хирургија - навести шифру <i>NHSN</i> операције _____ (Ако је одговор <i>Да</i> , уписати датум хируршке интервенције) Датум: ___ / ___ / 2022.		
<input type="checkbox"/> Непознато		
<b>McSabe скор:</b>		
<input type="checkbox"/> Нефатална болест	<input type="checkbox"/> Фатална болест	
<input type="checkbox"/> Брзо фатална болест	<input type="checkbox"/> Непознато	
<b>Вакцинисан против ковид 19</b>		
<input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> додатне дозе 1	
<input type="checkbox"/> Делумично	<input type="checkbox"/> додатне дозе $\geq 2$	
<input type="checkbox"/> Потпуно	<input type="checkbox"/> није познато	
<b>Централни васкуларни катетер</b>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Непознато	
<b>Уринарни катетер</b>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Непознато	
<b>Интубација</b>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Непознато	
<b>Пацијент прима антимикуробне лекове<sup>1</sup>:</b>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	
(Ако је одговор <i>Да</i> , на другој страни уписати податке о употреби антимикуробних лекова)		
<b>Пацијент има активну БИ<sup>2</sup>:</b>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	
(Ако је одговор <i>Да</i> , на другој страни уписати податке о БИ)		

## Хируршка интервенција:

- Без операције
- Да, минимално инвазивна/не-*NHSN* хирургија  
(Ако је одговор *Да*, уписати датум хируршке интервенције) Датум: \_\_\_ / \_\_\_ / 2022.
- Да, *NHSN* хирургија - навести шифру *NHSN* операције \_\_\_\_\_  
(Ако је одговор *Да*, уписати датум хируршке интервенције) Датум: \_\_\_ / \_\_\_ / 2022.
- Непознато

Хируршка интервенција је дефинисана као поступак који се обавља првенствено из терапеутских разлога приликом кога је направљен рез (не само пункција иглом), уз пробијање слузокоже и/или коже - не нужно у операционој сали.



## Хируршка интервенција:

- Без операције
- Да, минимално инвазивна/не-*NHSN* хирургија  
(Ако је одговор *Да*, уписати датум хируршке интервенције) Датум: \_\_\_ / \_\_\_ / 2022.
- Да, *NHSN* хирургија - навести шифру *NHSN* операције \_\_\_\_\_  
(Ако је одговор *Да*, уписати датум хируршке интервенције) Датум: \_\_\_ / \_\_\_ / 2022.
- Непознато

## Минимално инвазивна не - *NHSN*- хирургија

- Акушерске процедуре: пери-порођај/порађање (један или више) ИЦД-9-КМ 75,3 и 75,9.
- Екстракција зуба: МКБ-9-КМ шифра 23.1 Хируршко уклањање.
- Трансуретрална ресекција простате
- Инцизија и дренирање апсцеса са зарастањем *per secundam*
- Свака ампутација предњег дела стопала код дијабетичара са зарастањем *per secundam*
- Било која друга операција са зарастањем *per secundam*
- Екстракција крајника
- Примена спољне фиксације/Илизаров
- Екстравентрикуларни дрен
- Хистероскопско уклањање миома; евакуација остатака зачећа

## Шифре хирургије према NHSN (Национална здравствена мрежа за безбедност - *National Healthcare Safety Network*)

Референца: Мапирања категорија оперативних процедура према шифрама МКБ-9, октобар 2010. Доступно на: [www.cdc.gov/nhsn/PDFs/pscManual/9pscSSIcurrent.pdf](http://www.cdc.gov/nhsn/PDFs/pscManual/9pscSSIcurrent.pdf).

Шифра према NHSN	Оперативна процедура	Опис
NHSN-AAA	Репарација анеуризме трбушне аорте	Ресекција трбушне аорте са анастомозом или замена
NHSN -AMP	Ампутација екстремитета	Потпуна или делимична ампутација или дезартикулација горњих или доњих екстремитета, укључујући прсте
NHSN-APPY	Хирургија слепог црева	Операција слепог црева (није споредна некој другој процедури)
NHSN-AVSD	Шант за дијализу	Артериовеностомија за бубрежну дијализу
NHSN- BILI	Хирургија жучног канала, јетре или панкреаса	Екцизија жучног канала или оперативне процедуре билијарног тракта, јетре или панкреаса (не укључује само операције жучне кесе)
NHSN- BRST	Хирургија дојке	Екцизија лезија или ткива дојке укључујући радикалну, модификовану или квадрантну ресекцију, уклањање тумора, инцизиону биопсију, или мамопластику.
NHSN- CARD	Кардиохирургија	Процедуре на срчаним залисцима или прегради; не укључује коронарни артеријски байпас графт, операцију на крвним судовима, трансплантацију срца, или уградњу пејсмејкера
NHSN- CEA	Каротидна ендартеректомија	Ендартеректомија крвних судова главе и врата (укључује каротидну артерију и вратну вену)
NHSN- CBGB	Коронарни артеријски байпас графт са инцизијом грудног коша и донаторског места	Процедура на грудном кошу за обављање директне реваскуларизације миокарда; укључује добијање погодне вене са донаторског места за израду графта.
NHSN- CBGC	Коронарни артеријски байпас графт само са инцизијом грудног коша	Процедура на грудном кошу за обављање директне васкуларизације срца, на пример унутрашње торакалне артерије



## Шифре хирургије према NHSN (Национална здравствена мрежа за безбедност - *National Healthcare Safety Network*)

Референца: Мапирања категорија оперативних процедура према шифрама МКБ-9, октобар 2010. Доступно на: [www.cdc.gov/nhsn/PDFs/pscManual/9pscSSIcurrent.pdf](http://www.cdc.gov/nhsn/PDFs/pscManual/9pscSSIcurrent.pdf).

Шифра према NHSN	Оперативна процедура	Опис
NHSN-CHOL	Операција жучне кесе	Холецистотомија и холецистостомија
NHSN-COLO	Хирургија дебелог црева	Инцизија, ресекција или анастомоза дебелог црева; укључује анастомозу танког и дебелог црева и дебелог и танког црева; не обухвата операције ректума
NHSN-CRAN	Краниотомија	Инцизија кроз лобању ради ексцизије, обнављања или испитивања мозга; не укључује пункције
NHSN-CSEC	Царски рез	Порођај царским резом
NHSN-FUSN	Операција кичме (фузија)	Имобилизација кичменог стуба
NHSN-FX	Отворена остеосинтеза прелома	Отворена синтеза прелома или дислокације дугих костију која захтева унутрашњу или спољну фиксацију; не обухвата постављање протезе зглоба
NHSN-GAST	Гастрохирургија	Инцизија или ексцизија желуца; Укључује суптоталну или тоталну гастректомију; не укључује ваготомију и фундопликацију
NHSN-HER	Херниорафија	Репарација препонске, феморалне, пупчане киле или киле или предњег трбушног зида; не укључује репарацију дијафрагматске или једњачне киле или кила других делова тела
NHSN-HPRO	Протеза кука	Артропластика кука

**Прилог 2**  
**50-51 страна**

## Шифре хирургије према NHSN (Национална здравствена мрежа за безбедност - *National Healthcare Safety Network*)

Референца: Мапирања категорија оперативних процедура према шифрама МКБ-9, октобар 2010. Доступно на: [www.cdc.gov/nhsn/PDFs/pscManual/9pscSSIcurrent.pdf](http://www.cdc.gov/nhsn/PDFs/pscManual/9pscSSIcurrent.pdf).

NHSN-HTP	Пресађивање срца	Пресађивање срца
NHSN-HYST	Абдоминална хистеректомија	Уклањање материце кроз једну абдоминалну инцизију
NHSN-KPRO	Протеза колена	Артропластика колена
NHSN-KTP	Пресађивање бубрега	Пресађивање бубрега
NHSN-LAM	Ламинектомија	Истраживање или декомпресија кичмене мождине путем ексцизије или инцизије у вертебралне структуре
NHSN-LTP	Трансплантација јетре	Трансплантација јетре
NHSN-NECK	Хирургија врата	Већа ексцизија или инцизија гркљана и радикална дисекција врата; не укључује операције тироидне и паратиroidне жлезде.
NHSN-NEPH	Хирургија бубрега	Ресекција или манипулација бубрега са или без уклањања повезаних структура
NHSN-OVRY	Хирургија јајника	Операције јајника и сродних структура
NHSN-PACE	Пејсмејкер хирургија	Убацавање, манипулација или замена пејсмејкера
NHSN-PRST	Хирургија простате	Супрапубична, ретропубична, радикална, или перинеална ексцизија простате; не укључује трансуретралну ресекцију простате
NHSN-PVBY	Бајпас периферних крвних судова	Бајпас операције на периферним артеријама
NHSN-REC	Операције ректума	Операције на ректуму

## Шифре хирургије према NHSN (Национална здравствена мрежа за безбедност - *National Healthcare Safety Network*)

Референца: Мапирања категорија оперативних процедура према шифрама МКБ-9, октобар 2010. Доступно на: [www.cdc.gov/nhsn/PDFs/pscManual/9pscSSIcurrent.pdf](http://www.cdc.gov/nhsn/PDFs/pscManual/9pscSSIcurrent.pdf).

Шифра према	Оперативна процедура	Опис
NHSN-RFUSN	Поновна операција кичме	Спинална рефузија
NHSN-SB	Хирургија танког црева	Инцизија или ресекција танког црева; не укључује анастомозу танког и дебелог црева
NHSN-SPLE	Хирургија слезине	Ресекција или манипулација слезине
NHSN-THOR	Торакална хирургија;	Некардиолошка, неваскуларна хирургија грудног коша, укључује пнеумонектомију и репарирање дијафрагмалне или једњачне киле.
NHSN-THYR	Хирургија тироидне/ паратироидне жлезде	Ресекција или манипулација тироидне и/или паратироидне жлезде
NHSN-VHYS	Вагинална хистеректомија	Вагинална хистеректомија; укључује лапароскопску хистеректомију
NHSN-VSHN	Вентрикуларни шант	Операције вентрикуларног шанта, укључујући ревизију и уклањање шанта
NHSN-XLAP	Експлораторна лапаратомија	Процедуре које укључују инцизију кроз трбушни зид да би се добио приступ трбушној шупљини; дијагностичка процедура у абдоминалној регији

Пријавите NHSN шифре чак и ако инцизија није у потпуности затворена на крају процедуре (тј. ако жице или цеви пролазе кроз инцизију).

Шифра болнице _____	Назив одељења (скраћено)/ ИД јединице: _____	Датум студије: ___ / ___ / 2022.
<b>Специјалност одељења:</b>		
<input type="checkbox"/> Инт. медицина <i>MED</i>	<input type="checkbox"/> Педијатрија <i>PED</i>	<input type="checkbox"/> Рехабилитација <i>RHB</i>
<input type="checkbox"/> Хирургија <i>SUR</i>	<input type="checkbox"/> Неонатологија <i>NEO</i>	<input type="checkbox"/> Проду. леч. и нега <i>LTC</i>
<input type="checkbox"/> <b>ЖИЛ</b> <i>ICU</i>	<input type="checkbox"/> Гинекол/акушер. <i>G/O</i>	<input type="checkbox"/> Психијатрија <i>PSY</i>
		<input type="checkbox"/> Геријатрија <i>GER</i>
		<input type="checkbox"/> Мешовито <i>MIX</i>
		<input type="checkbox"/> Друго <i>OTH</i>

**McCabe скор.** Класификација тежине основне болести. Занемарите утицај акутних инфекција, нпр. ако пацијент има активну БИ, проценити скор који је пацијент имао пре болничке инфекције. Категорије одговора:

- Нефатална болест (очекује се преживљавање најмање пет година);
- Фатална болест (очекивано преживљавање између једне и пет година);
- Брзо фатална болест (очекује се смрт у року од једне године);
- Непознато

**McCabe скор:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Нефатална болест    | <input type="checkbox"/> Фатална болест |
| <input type="checkbox"/> Брзо фатална болест | <input type="checkbox"/> Непознато      |

**Вакцинисан против ковид 19**

- |                                    |  |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Не        | <input type="checkbox"/> додатне дозе 1        |
| <input type="checkbox"/> Делимично | <input type="checkbox"/> додатне дозе $\geq 2$ |
| <input type="checkbox"/> Потпуно   | <input type="checkbox"/> није познато          |

**Централни васкуларни катетер**  Да  Не  Непознато

**Уринарни катетер**  Да  Не  Непознато

**Интубација**  Да  Не  Непознато

**Пацијент прима антимикуробне лекове<sup>1</sup>:**  Да  Не

(Ако је одговор *Да*, на другој страни уписати податке о употреби антимикуробних лекова)

**Пацијент има активну БИ<sup>2</sup>:**  Да  Не

(Ако је одговор *Да*, на другој страни уписати податке о БИ)

## McCabe скор:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Нефатална болест    | <input type="checkbox"/> Фатална болест |
| <input type="checkbox"/> Брзо фатална болест | <input type="checkbox"/> Непознато      |
- 

- **Нефатална болест**. очекивано преживљавање: > пет година

- Дијабетес
- Карцином/хематолошки малигнитет са > 80 % петогодишњег преживљавања
- Инфламаторни поремећаји (реуматски артритиси итд)
- Хронична стања: гастроинтестиналана, генитоуринарна
- Акушерска стања
- Инфекције (укључујући *HIV*, *HCV*, *HBV* - осим у горенаведеним категоријама)
- Све остале болести

## *McCabe* скор:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Нефатална болест    | <input type="checkbox"/> Фатална болест |
| <input type="checkbox"/> Брзо фатална болест | <input type="checkbox"/> Непознато      |
- 

- **Фатална болест** очекивано преживљавање: годину дана до четири године

- Хроничне леукемије, мијеломи, лимфоми, метастатски карциноми, болести бубрега крајњег стадијума (без трансплантације)
- Болест моторних неурона, мултипла склероза која не реагује на лечење
- Алцхајмерова болест/деменција
- Дијабетес који захтева ампутацију или пост-ампутацију

## *McCabe* скор:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Нефатална болест    | <input type="checkbox"/> Фатална болест |
| <input type="checkbox"/> Брзо фатална болест | <input type="checkbox"/> Непознато      |
- 

- **Брзо фатална болест**. очекивано преживљавање: < годину дана
- Крајњи стадијум хематолошких малигнух обољења (неодговарајући за трансплантацију, или у фази рецидива), срчана инсуфицијенција ( $EF < 25\%$ ), болести јетре крајњег стадијума (неодговарајући за трансплантацију са асцитом који реагује на терапију, енцефалопатија или варикозитети).
- Вишеструко отказивање органа у јединици интензивне неге – скор *APACHE II* > 30, скор *SAPS II* > 70
- плућна болест са *cor pulmonale*

## Вакцинисан против ковид 19

- |                                    |  |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Не        | <input type="checkbox"/> додатне дозе 1        |
| <input type="checkbox"/> Делимично | <input type="checkbox"/> додатне дозе $\geq 2$ |
| <input type="checkbox"/> Потпуно   | <input type="checkbox"/> није познато          |



**Вакцинисани против ковид 19:** Пацијент је вакцинисан против ковид 19. Потпуна вакцинација (две дозе: Pfizer, Sinopharm, AstraZeneka, Sputnik, Moderna; или једна доза Janssen). Додатне/бустер дозе: пацијент је примио једну додатну дозу (трећу дозу) или две (четврту) било које вакцине више од две недеље пре датума испитивања.

Напомена: Код имунокомпромитованих комплетна (потпуна) вакцинација подразумева примену три дозе вацине.



Шифра болнице _____	Назив одељења (скраћено)/ ИД јединице: _____	Датум студије: ___ / ___ / 2022.
<b>Специјалност одељења:</b>		
<input type="checkbox"/> Инт. медицина <i>MED</i>	<input type="checkbox"/> Педијатрија <i>PED</i>	<input type="checkbox"/> Рехабилитација <i>RHB</i>
<input type="checkbox"/> Хирургија <i>SUR</i>	<input type="checkbox"/> Неонатологија <i>NEO</i>	<input type="checkbox"/> Проду. леч. и нега <i>LTC</i>
<input type="checkbox"/> ЈИЛ <i>ICU</i>	<input type="checkbox"/> Гинекол/акушер. <i>G/O</i>	<input type="checkbox"/> Психијатрија <i>PSY</i>
		<input type="checkbox"/> Геријатрија <i>GER</i>
		<input type="checkbox"/> Мешовито <i>MIX</i>
		<input type="checkbox"/> Друго <i>OTH</i>
Број пацијента: _____		
Старост у годинама: _____ (године)		Узраст у месецима: _____ (месеци)
Пол: <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/> НЕП		Датум хоспитализације: ___ / ___ / 2022.
Специјалност консултанта/службе: _____		
Тежина на рођењу: _____ грама		
<b>Хируршка интервенција:</b>		
<input type="checkbox"/> Без операције		
<input type="checkbox"/> Да, минимално инвазивна/не- <i>NHSN</i> хирургија (Ако је одговор <i>Да</i> , уписати датум хируршке интервенције) Датум: ___ / ___ / 2022.		
<input type="checkbox"/> Да, <i>NHSN</i> хирургија - навести шифру <i>NHSN</i> операције _____ (Ако је одговор <i>Да</i> , уписати датум хируршке интервенције) Датум: ___ / ___ / 2022.		
<input type="checkbox"/> Непознато		
<b>McCabe скор:</b>		
<input type="checkbox"/> Нефатална болест		<input type="checkbox"/> Фатална болест
<input type="checkbox"/> Брзо фатална болест		<input type="checkbox"/> Непознато
<b>Вакцинисан против ковида 19:</b>		
<input type="checkbox"/> Не		<input type="checkbox"/> додатне дозе 1
<input type="checkbox"/> Делимично	<input type="checkbox"/> додатне дозе $\geq 2$	
<input type="checkbox"/> Потпуно	<input type="checkbox"/> није познато	
Централни васкуларни катетер	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Непознато
Уринарни катетер	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Непознато
Интубација	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Непознато
Пацијент прима антимикуробне лекове <sup>1</sup> :	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	
(Ако је одговор <i>Да</i> , на другој страни уписати податке о употреби антимикуробних лекова)		
Пацијент има активну БИ <sup>2</sup> :	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	
(Ако је одговор <i>Да</i> , на другој страни уписати податке о БИ)		

Централни васкуларни катетер

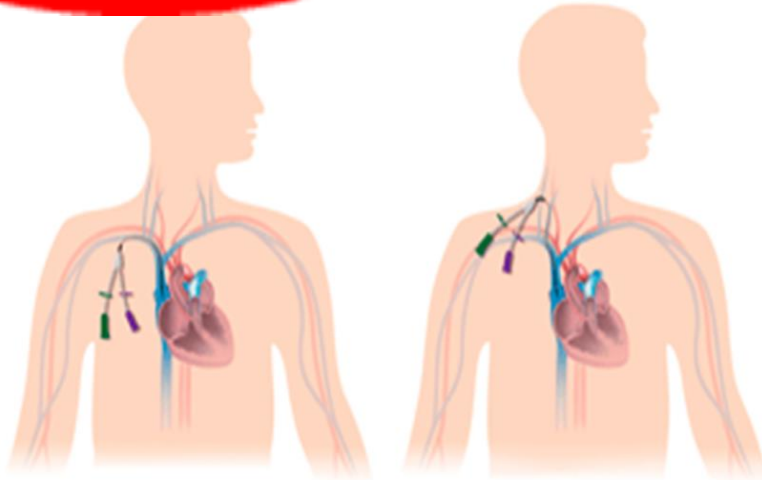
Уринарни катетер

Интубација

Да  Не  Непознато

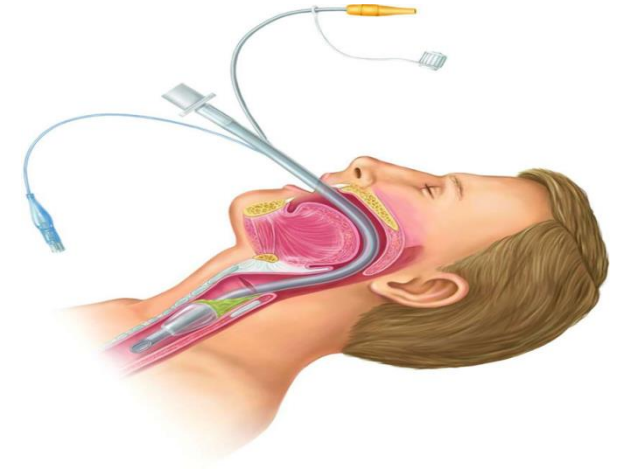
Да  Не  Непознато

Да  Не  Непознато



Subclavian vein insertion

Internal jugular vein insertion



Пацијент прима антими­кробне лекове<sup>2</sup>:  Да  Не

(Ако је одговор *Да*, на другој страни уписати податке о потрошњи антими­кробних лекова)

Пацијент има активну БИ<sup>3</sup>:  Да  Не

(Ако је одговор *Да*, на другој страни уписати податке о БИ)

