

УПИТНИК ЗА ПАЦИЈЕНТА



Република Србија
МИНИСТАРСТВО ЗДРАВЉА

V НАЦИОНАЛНА СТУДИЈА ПРЕВАЛЕНЦИЈЕ БОЛНИЧКИХ ИНФЕКЦИЈА И УПОТРЕБЕ АНТИБИОТИКА



Шифра болнице _____		Назив одељења (скраћено)/ ИД јединице: _____		Датум студије: ____ / ____ / 2022.	
Специјалност одељења:					
<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"/> ЈИЛ <i>ICU</i>	<input type="checkbox"/> Гинекол/акушер. <i>G/O</i>	<input type="checkbox"/> Проду. леч. и нега <i>LTC</i>	<input type="checkbox"/> Мешовито <i>MIX</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					
Хируршка интервенција:					
<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					
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 ≥ 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 ¹ :		<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 ² :		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не			
(Ако је одговор <i>Да</i> , на другој страни уписати податке о БИ)					

(1) У време студије осим хируршке профилаксе 24 сата пре 8.00 на дан студије; ако је да, унесите податке о употреби антибиотика; ако пацијент прима >3 антимикуробна лека, додајте нови формулар;

(2) Инфекција са почетком 3. дана, ИЛИ испуњени критеријуми ИОМ (хирургија у претходних 30/90 дана), ИЛИ отпуштен из болнице за акутно лечење <48 сати, ИЛИ ИКД (и отпуштен из болнице за акутно лечење <пре 28 дана) ИЛИ почетак < 3. дана након инвазивног медицинског помагала/процедуре за 1 или 2. дана и испуњени су критеријуми за случај БИ.

ПОДАЦИ О УПОТРЕБИ АНТИМИКРОБНИХ ЛЕКОВА

Генерички или заштићени назив антимикробног лека	Пут	Индикација	Дијагноза (локализација)	Разлог у напоменама: Да/Не	Навести разлог	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
						__ / __ / __		__ / __ / __			
						__ / __ / __		__ / __ / __			
						__ / __ / __		__ / __ / __			

Пут: Р: парентерално, О: орално, R: ректално, И: инхалацијом;

Индикација: намена лечења за заједницу (НЗ), дуготрајно лечење (ДЛ) или акутна болничка инфекција (БИ); хируршка профилакса: СП1: једна доза, СП2: један дан, СП3: више од 1 дан; МП: медицинска профилакса; О: остало; НИ: непозната индикација;

Дијагноза: види листу локације, само за НИ-ДЛ-БИ; Разлог у белешкама Да/Не; АМ Промењено? [+ разлог]: Н=нема промене; Е=ескалација;

D= де-ескалација; S=пребацавање са IV на орално; А=нежељени ефекти; U=промењено, други/непознат разлог; НЕП=непознато;

Ако је промењено, датум почетка првог, пре подне дато за индикацију; доза/дневно нпр. 3x1 г; г=грам, мг=милиграм, IU=међународне јединице MU=милион IU

ПОДАЦИ О БОЛНИЧКИМ ИНФЕКЦИЈАМА

	БИ 1				БИ 2			
Шифра дефиниције случаја								
Медицинско помагало³	<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 почетка⁴	__ / __ / 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 – извор⁵								
	Шифра МО	AMP ⁶		П Д Р	Шифра МО	AMP ⁶		П Д Р
		АМ	СИР			АМ	СИР	
Микроорганизам 1								
Микроорганизам 2								
Микроорганизам 3								

3) Употреба инвазивног медицинског помагала пре настанка инфекције (интубација за PN, CVC/PVC за BSI уринарни катетер за UTI);

4) Само код инфекција које нису присутне/активне на пријему (дд/мм/гггг);

5) ЦВК (C-CVC), ПВК (C-PVC), С-ПЛУ (S-PUL), С-ИМС (S-UTI), С-ИСВ (S-DIG), С-ИОМ (S-SSI), С-КМТ (S-SST), С-ДИ (S-OTH), НП (UO), НЕП (UNK);

6) AMP: тестирани антибиотик(ци):

- *S. aureus*: OXA+GLY;

- Enterococci: GLY

- Enterobacterales: C3G + CAR;

- *P. aeruginosa* и *Acinetobacter spp.*: CAR; СИР С=осетљив, И=интермедијарно, R=резистентан, U=непознато;

PDR: резистентан на све лекове: N=не, M=могуће, C=потврђено, U=није познато