بسمه تعالی

 **فرم شماره 1:فرم بیماریابی عفونتهای مرتبط با مراقبت های بهداشتی**

**شماره پرونده \* : ........ نام بیمار :............ سن بیمار\*:............**

**بخش \* : ............. کد ملی : ............... وزن(اطفال) \* : ..............**

**تاریخ بستری \* : ......... جنس \* :  مرد  زن  نامعلوم بیماری اولیه : ...........**

**تاریخ بروز عفونت \* : ...... کدعفونت \*: ......... (  عفونت مربوط بیمارستان دیگری است )**

 ** ترخیص  فوت / تاریخ \* : ......... نتیجه عفونت :  بهبود  عارضه فوت**

درصورت فوت، علت فوت :  عفونت  غیرعفونت  نامشخص

**آیاعفونت مرتبط با ابزار (device-associatad ( است ؟  بله  خیر. درصورت جواب مثبت ، جدول زیر را تکمیل نمایید:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  **ابزار(Device)** |  **تاریخ تعبیه ابزار** |  **محل تعبیه\*** |
| **کاتترادراری** |  |  |
|  **کاتترشریانی** |  |  |
|  **کاتترنافی** |  |  |
|  **کاتتروریدی محیطی**  |  |  |
|  **کاتتر وریدی مرکزی دائمی (پورت ، .....)** |  |  |
|  **کاتتروریدی مرکزی موقت (CV-line ،.....)** |  |  |
|  **ونتیلاتور یا لوله تراشه یا تراکئوستومی** |  |  |
|  **سایر ....................** |  |  |

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

**آیا کشت مثبت که عامل عفونت فوق را مشخص کرده باشدوجوددارد؟  بله  خیر.**

**میکروب : ................. نمونه : .................. تاریخ نمونه گیری : ................**

**آنتی بیوگرام : حساس : ...............................................................................**

 **نیمه مقاوم : ............................................................................**

 **مقاوم : ...................................................................................**

**درصورتیکه برخی آنتی بیوتیکها را بر اساس MIC/Dilution MIC/E-TEST چک نموده اید، دراینجامشخص نمایید:**

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

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

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

**همکار تکمیل کننده فرم :............ پرستارکنترل عفونت :............... پزشک کنترل عفونت : ..................**

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

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

بیماری با پروسیجرباارزش تشخیصی:

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

قلبی)  تزریق خون طی 3ماه اخیر  زایمان طی 7روزقبل  نقص ایمنی  خروج سوندطی 48ساعت قبل

**علائم حیاتی:** دمای بدن.......ضربان قلب.........فشارخون..........تنفس .......

درصورتیکه بیمار حائزهریک از مواردزیراست محل آن را تعیین نمایید:

 علائم موضعی عفونت (درد/تندرنس/قرمزی/گرمی)درمحل: ..........

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

 شواهدرادیولوژیک عفونت در .......... علامت ویژه رادیولوژیک :..............

ترشح (چرکی) از ............... محل درن (درصورت ترشح چرکی) : .........

درصورتی که عفونت درمحل عمل جراحی است، مواردزیر رامشخص کنید:

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

- نوع عمل : .................... تاریخ عمل :..............

-عمق عفونت : فقط پوست وزیر جلد،  درحدفاسیاوعضله ، یا  ارگان یافضای خاص

محل عمل را مشخص کنید: ................

-زمان عمل:  طی 30روز گذشته طی 90روز گذشته .

 بازشدن خود بخودی برش جراحی  بازشدن برش جراحی توسط جراح

 نورولوژی  CSF مثبت (بیوشیمی یاسلول )  افت سطح هوشیاری  پاراپارزی تحریک پذیری

  رادیکولیت سردرد  سرگیجه  علائم عصب کرانیال  علائم مننژ/سفتی گردن  علائم نورولوژیک موضعی

فلج صورت  کمردرد  لرزChills 

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

ترشح پشت حلق  خلط یا ترشحات تنفسی چرکی  تغییر حالت خلط  تنگی نفس  دردپلورتیک دردقفسه سینه

قلب وعروق:  انورمالی هدایتی قلب  پالس پارادکس  سوفل (جدید /تغییر).  علائم آمبولی ازقلب

 علائم پوستی آندوکاردیت  نارسایی احتقانی قلب  نوارقلب مثبت به نفع میو کاردیت یا پری کاردیت .

گوارش:  آسپیره صفراوی  استفراغ اسهال حاد(رد علل غیرعفونی )  بی اشتهایی  تست کبدمختل

* تهوع  درد شکم  دیستانسیون شکم  مدفوع خونی

ادراری - تناسلی :  الیگوری  پیوری  نیترات +  تکرر ادرار سوزش ادرار  لکوسیت استراز.

مفاصل :  افیوژن مفصلی  آنالیز مایع مفصلی موید عفونت  کاهش محدوده حرکت

مفاصل مصنوعی :  سینوس تراکت  مایع مفصل مصنوعی (لکوسیتوز )  مایع مفصل مصنوعی (90% < PMN ).

چشم:  تاری دید  چشم درد  هایپوپیون

گوش وحلق وبینی:  انسداد بینی  پچ 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 : بولوی (تاول)  پوسچول  تغییر درزخم سوختگی  وزیکول  یرقان (زردی)

یافته های خونی :  لوکوپنی < 4000  لکوسیتوز > 12000  لکوسیتوز >15000  لکوسیتوز باشیفت به چپ (باندمی)

 نوتروپنی 500> ANC  هایپر گلیسمی (قندخون بالا)  CRP بالا (>100)  بالا (<100)  ESR بالا(>30)

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

 تشخیص پزشک ویا  اقدام به درمان عفونت عفونت را مشخص کنید: ...................