## KARTA WYWIADU EPIDEMIOLOGICZNEGO I OCENY RYZYKA WYSTĄPIENIA ZAKAŻENIA SZPITALNEGO

| **WYWIAD EPIDEMIOLOGICZNY** | | | |
|---|---|---|---|
| Nr historii choroby - | | Oddział - | |
| Nazwisko i imię<br>.....<br>..... | Nr pesel<br>..... | Przyjęcie<br>□ z domu<br>□ inny oddział<br>□ inny szpital | Tryb przyjęcia<br>□ nagły<br>□ planowany |
| Czy pacjent przyjęty z zakażeniem? □ tak □ nie<br>Jeśli tak, to z jakim: | | | |
| Czy pacjent chorował na WZW? □ tak □ nie<br>Wyniki badań serologicznych<br>□ HbsAg Data..... □ Anty HCV Data..... Inne..... | | | |
| Szczepienia przeciwko WZW B<br>□ tak □ nie liczba dawek 1 2 3 data ostatniego szczepienia ..... | | | |
| Przebyty zabieg chirurgiczny, inny naruszający ciągłość skóry lub transfuzje w ostatnich 6 m-cach □ tak ..... | | | |
| Korzystanie z usług stomatologa, kosmetyczki, fryzjera w ostatnich 6 miesiącach<br>□ tak □ nie | | | |
| Hospitalizacja w innych placówkach medycznych w okresie ostatnich 6 m-cy<br>□ tak □ nie Nazwa placówki, data pobytu ..... | | | |
| Zakażenie lub kolonizacja patogenem alarmowym stwierdzana w badaniach mikrobiologicznych □ tak □ nie<br>Nazwa patogenu ..... Data izolacji ..... | | | |
| □ Przyjmowany pacjent jako potencjalne źródło zakażenia (gruźlica, zapalenie płuc, ZMO, zakażenie rany, zmiany skórne, biegunka, inne .....) | | | |
| **OCENA RYZYKA WYSTĄPIENIA ZAKAŻENIA W DNIU PRZYJĘCIA** | | | |
| □ wiek powyżej 65 lat | | □ wcześniejsza antybiotykoterapia | |
| □ cukrzyca | | □ leki immunosupresyjne | |
| □ otyłość BMI ≥ 30 | | □ chory nieprzytomny | |
| □ niedożywienie BMI ≤ 18,5 | | □ sztuczna wentylacja | |
| □ nałogi (nikotynizm, alkoholizm) | | □ odleżyny | |
| □ obecność cewnika żylnego | | □ dializoterapia | |
| □ obecność cewnika moczowego | | □ implanty | |
| □ niewydolność krążenia, oddechowa, nerek, wątroby | | | |
| **Pacjent zakwalifikowany do grupy wysokiego ryzyka** □ **tak** □ **nie**<br>(Wysoka grupa ryzyka ≥ 4 x tak) | | | |
| Data | Podpis lekarza | Podpis pacjenta | |

Po wypełnieniu karta zostaje włączona do Historii Choroby pacjenta. W przypadku wysokiego ryzyka informację należy przekazać do Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych