Karta rejestracji podejrzenia zakażenia szpitalnego/czynnika alarmowego/zakażenia szpitalnego (właściwe zakreślić) **nr .....**

<table>
<tr><td colspan="3">Imię, nazwisko, adres zamieszkania</td><td>pesel</td><td>oddział</td><td>Nr ks oddziałowej</td><td>płeć</td></tr>
<tr><td colspan="4" rowspan="2">Rozpoznanie przy przyjęciu (choroba podst, schorzenia towarzyszące)</td><td>Data przyjęcia</td><td colspan="2">Data wyst zak szp/podejrzenia zak szp/czynnika alarmoweo</td></tr>
<tr><td>Tryb przyjęcia planowy/nagły</td><td colspan="2">Zgon (data,przyczyna wg karty zgonu)</td></tr>
<tr><td>Postać kliniczna zak szp, jeśli dotyczy
ZP
ZUM
ZMO
ZOC
INNE (jakie)</td><td colspan="2">Procedura medyczna, z którą związane jest zakażenie, jeśli dotyczy</td><td colspan="2">Kryteria rozpoznania, objawy i przebieg zakażenia, jeśli dotyczy</td><td colspan="2">Czynniki ryzyka ze strony pacjenta</td></tr>
<tr><td colspan="2">Materiał z którego wyizolowano biologiczny czynnik zakaźny</td><td>Data pobrania</td><td colspan="2" rowspan="3">Wyniki bad dodatkowych istotnych dla rozpoznania zakażenia szpitalnego</td><td colspan="2" rowspan="3">Czynniki ryzyka związane z bieżącą hospitalizacją</td></tr>
<tr><td colspan="2">Gatunek biol czyn zakaźnego odpowiedzialnego za zak szp</td><td>Data wyk badania</td></tr>
<tr><td colspan="2">Lekowrażliwość w/w biologicznego czynnika zakaźnego</td><td>Data wydania wyniku</td></tr>
<tr><td colspan="5">Opis wdrożonego postępowania w celu wyleczenia zakażenia i przerwania dróg transmisji czynnika zakaźnego</td><td colspan="2">Antybiotyki stosowane podczas bieżącej hospitalizacji</td></tr>
<tr><td>podpis przewodniczącego ZKZSz</td><td colspan="2">podpis lekarza prowadzącego</td><td colspan="2">podpis specjalisty ds. epidemiologii</td><td colspan="2">Zalecenia ZKZSz</td></tr>
<tr><td colspan="7">Uwagi</td></tr>
</table>