ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΕΝΤΥΠΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΓΚΑΙΡΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ ΜΕΤΡΩΝ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΕΛΕΓΧΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΓΝΩΣΤΗ ΛΟΙΜΩΞΗ Ή ΑΠΟΙΚΙΣΜΟ ΑΠΌ ΠΟΛΥΑΝΘΕΚΤΙΚΟΥΣ ΜΙΚΡΟΑΡΓΑΝΙΣΜΟΥΣ

Το παρόν έντυπο θα πρέπει να συμπληρώνεται για κάθε νοσηλευόμενο ασθενή με λοίμωξη ή αποικισμό από πολυανθεκτικό μικροοργανισμό που πρόκειται να μεταφερθεί από ένα χώρο παροχής υπηρεσιών υγείας σε έναν άλλο ή όταν εξέρχεται από το νοσοκομείο και να του αποδίδεται μαζί με το ιστορικό νοσηλείας του όταν εξέρχεται από το νοσοκομείο. Σε περιπτώσεις μεταφοράς του ασθενούς κρίνεται αναγκαίο να προηγηθεί η ενημέρωση των τμημάτων υποδοχής καθώς και η αποστολή των αποτελεσμάτων του μικροβιολογικού εργαστηρίου όταν αυτά είναι διαθέσιμα.

Στοιχεία ασθενή

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Επώνυμο Ασθενή  | Όνομα | Ημερομηνία Γέννησης  | ΑΜΚΑ | Ημερομηνία εισόδου-εξόδου |
|  |  |  |  |  |

Στοιχεία Νοσηλευτικού Ιδρύματος προέλευσης του ασθενούς

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Νοσηλευτικό Ίδρυμα  | Κλινικό Τμήμα | Τηλέφωνα επικοινωνίας  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Στοιχεία επικοινωνίας  | Όνομα | Τηλέφωνα επικοινωνίας  | Fax/ e-mail |
| Υπεύθυνος θεράπων ιατρός  |  |  |  |
| Πρόεδρος Επιτροπής Nοσ/κων Λοιμώξεων  |  |  |  |

**Μικροοργανισμός** (στα σχόλια να αναγράφονται τα στοιχεία με ιδιαίτερη επιδημιολογική σημασία όπως π.χ. η παραγωγή και το είδος καρβαπενεμασών )

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Είδος μικροοργανισμού | Γνωστός αποικισμός ή ιστορικό θετικών καλλιεργειών Σημειώστε ΝΑΙ ή ΟΧΙ  | Ενεργός λοίμωξη σημειώστε ΝΑΙ ή ΟΧΙ  | Σχόλια  |
| 1 Ανθεκτικά στις καρβαπενέμες Εντεροβακτηριακά  |  |  |  |
| 2 Ανθεκτικό στις καρβαπενέμες Acinetobacter spp |  |  |  |
| 3 Ανθεκτική στις καρβαπενέμες Pseudomonasspp |  |  |  |
| 4 Ανθεκτικός στην Μεθικιλλίνη S. αureus (MRSA) |  |  |  |
| 5Ανθεκτικός στα Γλυκοπεπτίδια Εnteroccocus spp(VRE)  |  |  |  |
| 6 Άλλα  |  |  |  |
| Ημερομηνία διάγνωσης  |  Υλικό  | απομόνωσης  |  |

Στοιχεία επαγγελματία υγείας που συμπληρώνει το δελτίο

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Όνομα  | Ημερομηνία συμπλήρωσης δελτίου  | Υπογραφή  | Εάν έχει προηγηθεί επ/νία με το τμήμα υποδοχής σημειώστε τα στοιχεία του επ/τία υγεία που θα παραλάβει τον ασθενή  |
|  |  |  |  |