**KARTA NADZORU EPIDEMIOLOGICZNEGO KNE**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko i imię chorego: |  |
| **PESEL:** |  | **Wiek:** |  | **Płeć:** | M |
| **Nazwa oddziału:** |  |
| **Nr KG:** |  | Data przyjęcia do szpitala: |  |
| Nr Księgi Oddziałowej:  |  | Data przyjęcia do oddziału: |  |

1. Rozpoznanie w dniu przyjęcia do oddziału ………………………………………………………………………………………………………………….……………
2. Zakażenie rozpoznane w dniu przyjęcia do oddziału, jakie ……………………..…………………………………………

………………………………………………………………………………………..…………………………………….

1. Podejrzenie zakażenia w dniu przyjęcia do oddziału, jakiego ……………..…………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Data pierwszych objawów zakażenia w pierwszej lub drugiej dobie hospitalizacji
w przypadku pacjentów wypisanych w ciągu ostatnich 48 godzin ze szpitala:
	1. Szpital Uniwersytecki, oddział ………………………………………...…□
	2. inny szpital, jaki …………………………………………………….…….□
2. Objawy kliniczne w trakcie hospitalizacji

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Objawy** | **Data** | **Data** | **Data** | **Data** | **Data** | **Data** | **Data** |
| **gorączka >38°C** |  |  |  |  |  |  |  |
| **kaszel** |  |  |  |  |  |  |  |
| **duszność** |  |  |  |  |  |  |  |
| **biegunka** |  |  |  |  |  |  |  |
| **objawy dyzuryczne** |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Założono Kartę kryteriów postaci klinicznych zakażeń szpitalnych KK

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Postać kliniczna zsz** | **Nr KK** | **Nr KK** | **Nr KK** | **Nr KK** |
| **ZMO** |  |  |  |  |
| **ZUM** |  |  |  |  |
| **PNEU** |  |  |  |  |
| **ZDO** |  |  |  |  |
| **KREW** |  |  |  |  |
| **INNE, jakie?** |  |  |  |  |

1. Założono Kartę Rejestracji Zakażenia Szpitalnego KRZS

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Postać kliniczna zsz** | **Nr KRZS** | **Nr KRZS** | **Nr KRZS** | **Nr KRZS** |
| **ZMO** |  |  |  |  |
| **ZUM** |  |  |  |  |
| **PNEU** |  |  |  |  |
| **ZDO** |  |  |  |  |
| **KREW** |  |  |  |  |
| **INNE, jakie?** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. Działania podjęte w celu zapobiegania rozprzestrzenianiu się zakażeń szpitalnych

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Podjęte działania** | **Daty od - do** | **Daty od - do** | **Daty od - do** | **Daty od - do** |
| **reżim sanitarny** |  |  |  |  |
| **kohortacja** |  |  |  |  |
| **izolacja, jaka?****(k, pp, pk, o)** |  |  |  |  |
| **wydzielenie sprzętu medycznego** |  |  |  |  |
| **wpis zlecenia dla osób sprzątających** |  |  |  |  |
| **Inne, jakie?** |  |  |  |  |

1. Wypis pacjenta data wypisu …………………………..
	1. do domu □
	2. do innego oddziału Szpitala Uniwersyteckiego □
	3. do innego szpitala □
	4. do innej placówki medycznej (np. DPS) □
2. Rozpoznanie końcowe
3. Zgon pacjenta data zgonu: ……………………………..
4. Główna przyczyna zgonu:
	1. zakażenie szpitalne □
	2. inna niż zakażenie szpitalne □
5. Informacje dodatkowe

 ………………..………… ………………………………………………

 Data zakończenia KNE Pieczątka i podpis specjalisty ds. epidemiologii