

بیماریابی عفونتهای مرتبط با مراقبتهای بهداشتی □□□ : □ □□□□ □ □□□

سن بیمار*:	بیمار:	نام و نام خانوادگی*:
شماره (تلفن) *:	کد ملی:	شماره کارت *:
بیماری اولیه:	شماره بیمه: *:	تاریخ بستری*:
(بیمارستان دیگری است)	کد عفونت*:	تاریخ ترخیص بیمار*:
نتیجه آزمایش: بهبود بیمار	تاریخ / ترخیص / تاریخ*:	
بیمار عفونت / بیمار / بیمار:		

آیا عفونت مرتبط با ابزار (device-associated) □□□□ □□□□ خیر. □□□□ □□□□ □□□□ جدول زیر را تکمیل نمایید:

تاریخ تعیبه	تعیبه	(Device) تعیبه
		کاتتر ادراری
		کاتتر شریانی
		کاتتر نافه
		کاتتر وریدی محیطی
		کاتتر وریدی مرکزی دائمی (...)
		کاتتر وریدی مرکزی موقت (CV-line ...)
		ونتیلاتور یا لوله تراشه یا تراکئوستومی
		سایر:

* بعنوان مثال برای کاتتر وریدی مرکزی، محل تعبیه می تواند ساب کلاوین، ژگولار، فمورال، و سایر باشد.

آیا کشت مثبت که عامل عفونت فوق را مشخص کرده باشد وجود دارد؟ □□□ □□□□□

میکروب: تاریخ نمونه گیری:

آنتی بیوگرام: حساس: نیمه مقاوم:

□□□□□

در صورتیکه برخی آنتی بیوتیکها را بر اساس MIC/Dilution □ MIC/E-test چک نموده اید، در اینجا مشخص نمایید:

.....	□ □ □ □ □	□ نیمه مقاوم □ □ □ □ □	آنتی بیوتیک:
.....	□ □ □ □ □	□ نیمه مقاوم □ □ □ □ □	آنتی بیوتیک:
.....	□ □ □ □ □	□ نیمه مقاوم □ □ □ □ □	آنتی بیوتیک:

..... همکار تکمیل کننده فرم: پرستار کنترل عفونت: پزشک کنترل عفونت:
..... تاریخ و امضاء: تاریخ و امضاء: تاریخ و امضاء:

یافته های مثبت □□ □□ عفونت (علائم، نشانه ها، پاراکلینیک □□ ...)

بیماری یا پروسسجر با ارزش تشخیصی:

☐ BMT آلوزتیک طی سال قبل ☐ بیماری GI-GVHD ☐ اسهال حجیم در هـ
☐ قفسی) ☐ تریق خون طی ☐ ماه اخیر ☐ زایمان طی ☐ نقص ایمنی ☐ خروج سوند طی

علائم حیاتی: دمای بدن: :□□ □□□□ :□□□ □□ □□ :□ □□

در صورتیکه بیمار حائز هر یک از موارد زیر است □□□ آن را تعیین نمایید:

□ علائم موضعی عفونت (درد/تندرنس/قرمزی/گرمی) در محل:

□ □ □ (شواهد قطعی عفونت) در □ معاینه آناتومیک □ حین اقدام تهاجمی و یا در □ هیستوپاتولوژی. □ □ □

□ شواهد رادیولوژیک عفونت □ علامت ویژه رادیولوژیک:

..... (چرکی) از محل درن (در صورت ترشح چرکی):

در صورتی که عفونت در **محل عمل جراحی** است، موارد زیر را مشخص کنید:

- □□□□ □□□□ : □□□□ برش اوليه، يا □□□□ □□ □□ ثابته

..... تاریخ عمل : □□□ □□□

فقط پوست و زیرجلد، در حد فاسیا و عضله یا ارگان یا فضای خاص.

..... را مشخص کنید:

- :طی طی

☐ شدن خودبخودی برش جراحی ☐ کردن برش جراحی توسط جراح

نورولوژی: CSF □ (بیوشیمی یا سلول) □ افت سطح هوشیاری، □ پارایاری □ پارایلزی □ تحرک

مذہبی، □، ادیکولت، □ □ □ □ □ □، سرگجہ، □، علائم عصب کرائیال، □، علائم منتر/سفتی، گردن، □، علائم نورولوژیک

موضعی، □□□□ □□□□ کمر درد □□□□ chills.

تنفسی: افزایش ترشحات، خلط، نیاز به ساکشن، آمیسم، بدتر شدن تبادل گازی (افزایش FiO_2 یا PEEP)

[illegible]

☐ درد بلورتیک ☐ درد قفسه سینه ☐ / ☐ رنکای / صداهای رونکیال ☐ نازال فلیرینگ یا رتراکسیون

□ ورننگ □ هموتزی

آلوم، مالی، هدایتی، قلب، بالیس، یارادکس، □□□□ (جدید/تغیر) □□ علائم آمبولی از قلب،

بوسه‌تزی اندوکار دیت، نارسانای احتقانی قلب، ميوکاديت يا بربکار دیت.

☐ : آسیره صغری ☐ اسهال حاد (رد علل غیر عفونی) ، ☐ بی اشتهای، ☐ تست کد

☐ تهوع ☐ درد شکم ☐ دیستانسیون شکم، ☐ مدفوع خونی.

دراری-تناسلی: البگوری □ بیوری، نترات⁺ □ تکرر ادرار، □ □ □ □ □ فوریت □ □ □ □ □ لکوسیت استراز.

افیشن مفصلی، □ آنالیز مایع مفصلی، مؤید عفونت، □ کاهش، محدوده حرکت، **مفصل، مصنوعی:**

□ سینوس تراکت، □ مایع مفصل مصنوعی (لکوستیز)، □ مایع مفصل مصنوعی (PMN>□□□).

□ □ □ : □ تاري ديد، □ □ □ □ □ هاپويون.

گوش و حلق و بینی: انسداد بینی، □□ روی مخاط دهان، □بلاک روی مخاط دهان، □ترانس ایلومیناسیون

☐ رتراکسیون پرده گوش، ☐ زخم دهان ☐ کاهش حرکت پرده ☐ مایع پشت پرده گوش.

تغییر در زخم سوختگی □ وزیکول، □ یرقان (زردی).

یافته های خونی: $\square$ لکوپنی $\square$ لکوسیتوز $\square$ $\square$ $\square$ $\square$ $\square$ $\square$ $\square$ لکوسیتوز $\square$ لکوسیتوز با شیفیت به چپ

□ (باندمی) □ نوتروپنی □ $ANC < □$ □ هایپرگلیسمی (قند خون بالا) □ ، □ CRP □ □ ($□ < □$) □ □ ESR □ □ ($□ < □$) □ .

کشف ارگانیسم: کشت مثبت، اسمیر یا میکروسکوپی، آنتی ژن، آنتی بادی، PCR □□□□□ توکسین

تشخیص یز شک و یا ٲٲٲٲ ٲٲٲٲ ٲٲٲٲ. عفونت را مشخص کنید: