

## بسمه تعالی

**فرم شماره 1 : فرم بیمار یابی عفونتهای مرتبط با مراقبت های بهداشتی**

شماره پرونده\*:..... نام بیمار:..... سن بیمار\*:.....  
 بخش\*:..... کدملی:..... وزن (اطفال)\*:.....  
 تاریخ بستری\*:..... جنس\*:  مرد  زن  نامعلوم بیماری اولیه:.....  
 تاریخ بروز عفونت\*:..... کد عفونت\*:..... (  عفونت مربوط بیمارستان دیگری است )  
 ترخیص  فوت / تاریخ \*:..... نتیجه عفونت:  بهبود  عارضه  فوت  
 در صورت فوت، علت فوت:  عفونت  غیر عفونت  نامشخص

آیا عفونت مرتبط با ابزار ( device-associatad ) است؟  بله  خیر. در صورت جواب مثبت ، جدول زیر را تکمیل نمایید:

محل تعبیه*	تاریخ تعبیه ابزار	ابزار (Device)
		<input type="checkbox"/> کاتتر اداری
		<input type="checkbox"/> کاتتر شریانی
		<input type="checkbox"/> کاتتر نافی
		<input type="checkbox"/> کاتتر وریدی محیطی
		<input type="checkbox"/> کاتتر وریدی مرکزی دائمی (پورت ،...)
		<input type="checkbox"/> کاتتر وریدی مرکزی موقت (CV-line ،...)
		<input type="checkbox"/> ونتیلاتور یا لوله تراشه یا تراکئوستومی
		<input type="checkbox"/> سایر .....

\*بعضی از مثال برای کاتتروریدی مرکزی ،محل تعبیه میتواند ساب کلاوین ،ژگولار ،فمورال ،وسایر باشد.

آیا کشت مثبت که عامل عفونت فوق را مشخص کرده باشد وجود دارد؟  بله  خیر.

میکروب:..... نمونه:..... تاریخ نمونه گیری:.....

آنتی بیوگرام: حساس:.....

نیمه مقاوم:.....

مقاوم:.....

در صورتیکه برخی آنتی بیوتیکها را براساس MIC/Dilution MIC/E-TEST چک نموده اید، در اینجا مشخص نمایید:

آنتی بیوتیک:.....  حساس  نیمه مقاوم  مقاوم

آنتی بیوتیک:.....  حساس  نیمه مقاوم  مقاوم

آنتی بیوتیک:.....  حساس  نیمه مقاوم  مقاوم

همکار تکمیل کننده فرم:..... پرستار کنترل عفونت:..... پزشک کنترل عفونت:.....

تاریخ وامضاء:..... تاریخ وامضاء:..... تاریخ وامضاء:.....