شماره پرونده\*: نام بیمار: سن بیمار\*:

بخش\*: کد ملی: وزن(اطفال)\*:

تاریخ بستری\*: جنس: مرد زن نا معلوم بیماری اولیه:

تاریخ بروز عفونت\*: کد عفونت\*: (عفونت مربوط به بیمارستان دیگری است)

 ترخیص فوت/تاریخ\*: نتیجه عفونت: بهبود عارضه فوت

در صورت فوت،علت فوت: عفونت غیرعفونت نامشخص

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ابزار (Device)** | **تاریخ تعبیه ابزار** | **محل تعبیه\*** |
|  کاتتر اداری |  |  |
|  کاتتر شریانی |  |  |
|  کاتتر نافی |  |  |
|  کاتتر وریدی محیطی |  |  |
|  کاتتر وریدی مرکزی دائمی(پورت، ....) |  |  |
|  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؟ بله خیر.

میکروب: نمونه: تاریخ نمونه گیری:

آنتی بیوگرام: حساس:

 نیمه مقاوم:

 مقاوم

در صورتیکه برخی آنتی بیوتیکها را بر اساس 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 کننده عفونت: پزشک کنترل عفونت:

تاریخ و امضاء: تاریخ و امضاء: ناریخ و امضاء: