

KARTA OCENY RYZYKA ZAKAŻENIA PACJENTA PRZY PRZYJĘCIU DO SZPITALA

J-41 (01)

Imię i nazwisko pacjenta: wiek:

Data przyjęcia do szpitala: Oddział: Nr ks. gł.:

Rozpoznanie główne: ICD-10

Rozpoznanie dodatkowe: ICD-10

CZYNNIKI RYZYKA W CHWILI PRZYJĘCIA DO SZPITALA	TAK
Wiek powyżej 75 lat	
Przeniesienie z innego szpitala lub hospitalizacja w ostatnich 6 miesiącach	
Zabiegi operacyjne/badania inwazyjne wykonane <3 miesięcy przed hospitalizacją	
Nosicielstwo patogenu alarmowego (HBV HCV, HIV, grzybice)	
Zaniedbania higieniczne/nietrzymanie moczu/nietrzymanie kału	
Wcześniej przebyte zakażenia związane ze świadczeniami zdrowotnymi (< 12m-cy)	
Sztuczne drogi (cewnik moczowy, stomia, cewnik naczyniowy, rurka tchawicza itp.)	
Uraz otwarty/uraz zewnętrzny	
Uszkodzenie skóry/tatuaże/obszerne blizny/kolczykowanie	
Nawrotowe procesy zapalne (np. zapalenie przydatków, zatok, nawracające czyraki)	
Przewlekłe zakażenia (np. gruźlica, borelioza, HBV, HCV ,HIV/ AIDS)	
Aktywne ostre zakażenie (np. zapalenie płuc, zakażenie inwazyjne. ZUM)	
Odleżyny/zmiany na skórze (ropne, alergiczne, egzema)	
Antybiotykoterapia < 3m-cy przed hospitalizacją	
Zaburzenia krzepnięcia krwi/przetoczenia preparatów krwiotwórczych < 6m-cy	
Choroba metaboliczna (cukrzyca, otyłość, mocznica, dna itp.)	
Choroba nowotworowa aktywna/chemio-radioterapia	
Zaburzenia odżywiania/niedożywienie/zaburzenia przełykania	
Choroba autoimmunologiczna niewyrównana/alergia w okresie nasilenia objawów	
Alkoholizm, inne uzależnienia od substancji odurzających/leków	
Leczenie stomatologiczne <6 miesięcy	
Choroba niedokrwienia serca niewyrównana/niewydolność krążeniowa	
Choroba niedokrwienia kończyn/zespół zatorowo-zakrzepowy	
Przewlekła niewydolność nerek/dializoterapia	
Przewlekła choroba obturacyjna płuc (POCHP)/astma niewydolność oddechowa	
Zachowania ryzykowne/zaburzenia psychiczne/otępienie/splątanie	
RAZEM	

Każda odpowiedź: TAK = 1 punkt

GRUPY RYZYKA: I: 0- 1 punktów; II: 3-5 punktów; III: 6-8 punktów; IV: > 8 punktów

Chorego zakwalifikowano do: grupy ryzyka z liczbą punktów:

Uwagi na temat procedur koniecznych wskazanych dla redukcji ryzyka:

.....

Data wypełnienia: Imię i nazwisko, podpis osoby wypełniającej: