

KARTA WYWIADU EPIDEMIOLOGICZNEGO KARTA OCENY RYZYKA ZAKAŻENIA PRZY PRZYJĘCIU DO SZPITALA <i>Nazwisko i imię</i> <i>PESEL</i> <i>Rozpoznanie główne</i>	Nr ks. głównej
	Nr oddz.
	<i>Data przyjęcia do szpitala</i> _ - - - -
	<i>ICD - 10</i>

Wiek powyżej 65 lat / poniżej 1 r.ż. / ciąża	
Hospitalizacja w ostatnich 6 miesiącach	
Zabiegi operacyjne / implanty / badania inwazyjne w ostatnich 6 miesiącach	
Przebyte zakażenia związane ze świadczeniami zdrowotnymi < 12 miesięcy / nosicielstwo patogenu alarmowego	
Nawrotowe procesy zapalne (np. zapalenie przydatków, zatok, nawracające czyraki)	
Przewlekłe zakażenie (np. WZW, HIV/AIDS, gruźlica, borelioza)	
Aktywne ostre zakażenie (np. zapalenie płuc, zakażenie dróg moczowych, zakażenie krwi, zakażenie inwazyjne)	
Odleżyny / zmiany na skórze (np. alergiczne, egzema, zmiany ropne) / uszkodzenia skóry	
Antybiotykoterapia < 3 miesięcy przed hospitalizacją	
Zaburzenia odporności aktualne lub przebyte (terapia nowotworowa, sterydoterapia, inne metody immunosupresji)	
Choroba autoimmunologiczna niewyrównana / alergja	
Zaburzenia krzepnięcia krwi / przetoczenia preparatów krwiopochodnych < 6 miesięcy	
Choroba metaboliczna (np. cukrzyca, otyłość, mocznica, dna, itp.)	
Zaburzenia odżywiania / niedożywienie / zaburzenia połykania	
Choroba niedokrwienna serca niewyrównana / niewydolność krążenia	
Choroba niedokrwienna kończyn / zespół zakrzepowo - zatorowy	
Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) / astma / niewydolność oddechowa	
Przewlekła niewydolność nerek / dializoterapia	
Przerost prostaty / zaburzenia odpływu moczu / nietrzymanie moczu	
Zachowania ryzykowne (np. uzależnienie od leków, alkoholizm, palenie tytoniu, kolczyki, tatuaże < 6 miesięcy, zabiegi kosmetyczne)	
Zaburzenia psychiczne / splątanie / otępienie / choroba Alzheimerera	
Leczenie ambulatoryjne < 6 miesięcy	
Pobyt za granicą w odmiennych warunkach klimatycznych w ostatnich 4 tygodniach / podać nazwę kraju	
Pacjent odmawia udzielenia powyższych danych	

Każda odpowiedź = 1 punkt

Grupy ryzyka: I - 0 punktów, II - 1 - 2 punkty, III - 3 punkty, IV - >3 punktów

Pacjenta zakwalifikowano do grupy ryzyka z liczbą punktów

Data _ - - - -

Pieczęć i podpis osoby wypełniającej kartę

Data _ - - - -

Podpis pacjenta