

### Dane pacjenta (zebrać dla wszystkich pacjentów)

Kod szpitala [\_\_\_\_\_] Kod oddziału [\_\_\_\_\_]

Data badania: \_\_\_ / \_\_\_ / 20\_\_\_ (dd/mm/rrrr)

Patient Counter: [\_\_\_\_\_]

Wiek w latach: [\_\_\_\_]; Jeśli < 2 lat: [\_\_\_\_] miesięcy

Płeć: M / K      Data przyjęcia do szpitala: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
dd / mm / rrrr

Specjalność pacjenta: [\_\_\_\_\_]

W przypadku noworodków – urodzeniowa masa ciała: [\_\_\_\_\_] g

Zabieg operacyjny od przyjęcia do szpitala:

Brak                       Minimalnie inwazyjny/spoza katalogu NHSN

Z katalogu NHSN -> określ rodzaj [\_\_\_\_\_]     Nieznany

**Szacowane przeżycie (w skali McCabe):**

>5 lat                       < 5 lat

< 1 roku                       Nieznane

**Szczepienie przeciwko COVID-19:**

Nie     Częściowe     Pełne -> dawki uzupełniające     1     >=2     BD

**Centralny cewnik naczyniowy:**                       Nie     Tak     BD

**Cewnik moczowy:**                                       Nie     Tak     BD

**Intubacja:**     Nie     Tak     BD

Pacjent otrzymuje leki p/drobnoustrojwe:     Nie     Tak

Pacjent ma **aktywne HAI**:                               Nie     Tak                      *Jeśli TAK*

Lek przeciwdrobnoustrojowy	Droga podania	Wskazanie	Postać zakażenia	Przyczyna w H. ch.	Zmiana (powód?)

**Droga podania:** P: pozajelitowa (IV), O: doustna, R: doodbytnicza, I: wziewna; **Wskazanie:** zakażenie pozaszpitalne (CI), zw z jednostką opieki długoterminowej (LI) szpitalne (HI); profilaktyka okołoperacyjna: SP1: jedna dawka, SP2: jeden dzień, SP3: >1 dnia; MP: profilaktyka medyczna; O: inne; UL: nieznane; **Postać zakażenia:** zgodnie z protokołem dla CI-LI-HI; **Przyczyna w historii choroby:** Y/N; Zmiana leku (**powód?**): N=bez zmian; E=eskalacja; D=deeskalacja; S=zmiana z IV na doustną; A=działania niepożądane; OU=inna; U=nieznana;

Kod zakażenia	HAI 1			HAI 2				
	AMR	PDR	Kod	AMR	PDR	Kod		
<b>Ciało obce<sup>(3)</sup></b>	O Tak O Nie O BD			O Tak O Nie O BD				
<b>Objawy przy przyjęciu</b>	O Tak O Nie			O Tak O Nie				
<b>Data pierwszych objawów<sup>(4)</sup></b>	/ /			/ /				
<b>Pochodzenie zakażenia</b>	O current hospital O other hospital <b>O LTCF</b> O other/ unk			O current hospital O other hospital <b>O LTCF</b> O other/ unk				
<b>HAI associated to current ward</b>	O Tak O Nie O BD			O Tak O Nie O BD				
<b>Leczenie wazopresyjne</b>	<b>O Tak O Nie O BD</b>			<b>O Tak O Nie O BD</b>				
<b>Jeśli BSI: określ źródło <sup>(5)</sup></b>								
	Kod	AM (6)	SIR	PDR	Kod	AM (6)	SIR	PDR
<b>Drobnoustrój 1</b>								
<b>Drobnoustrój 2</b>								
<b>Drobnoustrój 3</b>								

(3) Adekwatne ciało obce przed wystąpieniem objawów zakażenia (intubacja dla PN, CVC/PVC dla BSI, cewnik moczowy dla UTI);  
(4) Tylko dla zakażeń nieobecnych w dniu przyjęcia (dd/mm/rrrr); (5) C-CVC, C-PVC, S-PUL, S-UTI, S-DIG, S-SSI, S-SST, S-OTH, UO, UNK; (6) AB: wybrane antybiotyki: S. aureus: OXA+ GLY; Enterococcus spp.: GLY; Enterobacterales: C3G + CAR; P. aeruginosa i Acinetobacter spp.: CAR; SIR: S=wrażliwy, I= wrażliwy, zwiększona ekspozycja, R=oporny, U=BD; PDR: wielolekooporny; N=nie, P=prawdopodobnie, C=potwierdzony, U=BD

Kod szpitala:

Daty badania: od \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ do: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_  
dd / mm / rrrr dd / mm / rrrr

Rozmiar szpitala (całk. liczba łóżek)

Liczba łóżek ostrodyżurowych

Liczba stanowisk OIT

Wykluczenie oddziałów z PPS?  Nie

Tak, proszę wymienić oddziały wyłączone z PPS:

Liczba łóżek w oddziałach objętych badaniem:

Liczba pacjentów objętych badaniem:

Typ szpitala  Powiatowy/miejski

wojewódzki/regionalny/wielospecjalistyczny

Kliniczny

monospecjalistyczny (jaki?): \_\_\_\_\_

Własność szpitala:  Publiczny  Prywatny non-profit

Prywatny  Inny/nieznany

Protokół badania:  Standardowy

(1) W przypadku wykluczenia niektórych oddziałów zaleca się zebranie danych dla oddziałów włączonych (Wł), jeśli to niemożliwe, dla całego szpitala (C)

	Wartość	Rok	Wł./ C (1)
Liczba przyjęć/wypisów			Inc Tot
Liczba osobodni w roku			
Zużycie alkoholowego preparatu do dezynfekcji rąk (L/rok)			Inc Tot
Liczba obserwacji bezpośrednich higieny rąk			Inc Tot
Liczba posiewów krwi/rok			Inc Tot
Liczba badań w kierunku CDI/rok			Inc Tot
Liczba FTE pielęgniarek epidemiologicznych			Inc Tot
Liczba FTE przewodniczącego ZKZSz			
Liczba FTE konsultantów ds. antybiotykoterapii			
Liczba przypadków COVID-19 w szpitalu			
Liczba ognisk COVID-19 w szpitalu			
Liczba pacjentów COVID-19 (+) w szpitalu w trakcie badania PPS			
Liczba pacjentów COVID-19 (+) w OIT w trakcie badania PPS			
% pracowników medycznych zaszczepionych p/COVID-19			
% pracowników medycznych zaszczepionych p/grypie			
Liczba sal do izolacji powietrzno-pyłowej			

Kod szpitala:

Daty badania: od \_\_/\_\_/\_\_\_\_ do: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
dd / mm / rrrr dd / mm / rrrr

**Program pracy Zespołu/Komitetu Kontroli Zakażeń:**

Czy opracowano roczny plan pracy ZKZSz i został on zatwierdzony przez dyrektora placówki?  Tak  Nie

Czy opracowano roczny raport o zakażeniach i został on zatwierdzony przez dyrektora placówki  Tak  Nie

**Uczestnictwo w programach monitorowania zakażeń:**

Dotyczy minionego roku  
 ECDC-SSI  ECDC-ICU  ECDC-CDI  EARS-Net

ESAC-Net  Inne \_\_\_\_\_

**Dostęp do diagnostyki mikrobiologicznej:**

Czy w weekendy można zlecać badania i są wydawane wyniki?

Badań rutynowych  Sobota  Niedziela

Badań przesiewowych:  Sobota  Niedziela

**Profilaktyka COVID-19:**

Czy jest zalecane stosowanie masek ochronnych w szpitalu?  Nie  Tak, tylko w kontakcie z pacjentami  Tak, w kontakcie z pacjentami i przestrzeniach wspólnych

**Automatyzacja monitorowania HAI w szpitalu:**

	0. Całkowicie manualna	1. Mianowniki	2. Pół automatyczne	3. Całkowicie automatyczne	4. Inne	9. Nie prowadzone
Zakażenia miejsca operowanego*						
Szpitalne BSI						
Odcewnikowe BSI						
Odcewnikowe UTI						
Hospital-acquired pneumonia						
Szpitalne zapalenia płuc						
Zakażenia <i>Clostridoides difficile</i>						

**Wykorzystanie automatycznego monitorowania HAI:**

Data source	Dane dostępne w systemie	Dane dostępne, w formie zestawienia
Procedury chirurgiczne (np. kod ICD-10, data zabiegu)		
Data przyjęcia/wypisu do szpitala		
Data przyjęcia/wypisu do oddziału		
Stosowanie cewników centralnych (data wprowadzenia/usunięcia, rodzaj)		
Stosowanie wentylacji mechanicznej (data rozpoczęcia i zakończenia)		
Stosowanie cewników moczowych* (data wprowadzenia/usunięcia)		
Wyniki badań mikrobiologicznych (wynik, data, rodzaj próbki)		
Stosowanie antybiotyków (kod ATC, data włączenia i odstawienia)		

Kod szpitala:

Data badania: Od \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ Do: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_  
dd / mm / rrrr dd / mm / rrrr

**Opcjonalnie: Dostarczony kwestionariusz WHO  
IPCAF**

**O Yes O No**

Jeśli nie No, proszę udzielić odpowiedzi na pytania 1-5

### Wdrożenie wielomodułowej strategii profilaktyki zakażeń (IPC) według WHO

**1. Czy jest stosowana wielomodułowa strategia we wdrażaniu interwencji z zakresu profilaktyki i kontroli zakażeń?**

Nie  Tak  brak danych

**1. Czy w wielomodułowej strategii w szpitalu jest zawarty którykolwiek z poniższych elementów?:**

- **Zmiana systemowa:**  element nieuwzględniony  Wdrożone zostały działania w celu zapewnienia niezbędnej infrastruktury i dostępności produktów  Wdrożone zostały działania w celu zapewnienia niezbędnej infrastruktury i dostępności produktów i spełniają one zasady ergonomii i dostępności (n.p. dostępność zestawów do wprowadzania centralnego cewnika naczyniowego i odpowiedniego wózka zabiegowego)
- **Edukacja i szkolenie praktyczne:**  element nieuwzględniony  materiały szkoleniowe i/lub informacje ustne i/lub e-learning  dodatkowe sesje szkolenia praktycznego/interaktywne (symulacje i/lub ćwiczenia przy łóżku chorego)
- **Monitorowanie i przekazywanie informacji zwrotnych:**  element nieuwzględniony  Monitorowanie powiązane ze wskaźnikami struktury i procesu (n.p. audyty higieny rąk lub stosowania cewników)  Monitorowane jest prowadzone regularnie, a jego wyniki są terminowo przekazywane personelowi i zarządzającym
- **Komunikaty i przypomnienia:**  element nieuwzględniony  Są stosowane przypomnienia, plakaty lub inne narzędzia/metody podnoszące świadomość lub wspierające stosowanie się do procedur  Wdrożono dodatkowe metody komunikacji między zespołami różnych oddziałów/specjalności np. przez organizację regularnych spotkań z omówieniem przypadków lub informacji zwrotnych
- **Klimat bezpieczeństwa i zmiana kulturowa:**   element nieuwzględniony  Osoby zarządzające/liderzy okazują widoczne wsparcie i stanowią przykład promując podejście adaptacyjne i wzmacniają kulturę wspierającą profilaktykę i kontrolę zakażeń, bezpieczeństwo pacjenta i działania pro jakościowe.  Dodatkowo, zespoły i jednostki są angażowane w taki sposób, że mają poczucie autorstwa i wpływu na podejmowane działania/interwencje (n.p. poprzez uczestnictwo w tworzeniu/prezentowaniu informacji zwrotnych)

**3. Czy utworzono wielospecjalistyczny zespół do wdrażania wielomodułowej strategii profilaktyki i kontroli zakażeń?**  Nie  Tak

Brak danych

**4. Czy Zespół Kontroli Zakażeń współpracuje z osobami z działu jakości i bezpieczeństwa pacjenta przy opracowywaniu i promocji wielomodułowej strategii profilaktyki zakażeń?**  Nie  Tak  Brak danych

**5. Czy strategia uwzględnia pakiety opieki i checklisty (karty kontrolne)?**  Nie  Tak  Brak danych

Kod szpitala:

Data badania: od \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ do: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
dd / mm / rrrr dd / mm / rrrr

:

	Liczba	Wł/ CSz(1)
Liczba łóżek wyposażonych w dozownik z preparatem do dezynfekcji rąk		
Liczba łóżek w oddziałach objętych badaniem		
Liczba sal chorych w szpitalu		
Liczba jednoosobowych sal chorych		
Liczba zajętych łóżek w oddziale o 00:01 w dniu badania PPS		
Liczba dostępnych łóżek w oddziale o 00:01 w dniu badania PPS		

(1) Dane zebrane dla włączonych oddziałów – Wł lub dla całego szpitala CSz(Tot); jeśli włączono wszystkie oddziały, wpisać jako Wł

Czy pracownicy medyczni są wyposażone w indywidualne dozowniki (kieszonkowe) z preparatem do dezynfekcji rąk?  
(jeśli tak, proszę oszacować procent)

Nie  >0-25%  >25-50%  >50-75%  >75%  Tak, % nieznan

Czy w szpitalu funkcjonuje procedura oceny antybiotykoterapii po 72 godzinach od jej pierwotnego zlecenia?

Tak, we wszystkich oddziałach  Tak, w wybranych oddziałach  Tak, tylko w OIT  Nie

Kod szpitala: [ \_\_\_\_\_ ]      Nazwa/identyfikator oddziału [ \_\_\_\_\_ ]      Data badania: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
dd / mm / yyyy

Specjalność oddziału  PED  NEO  ICU  MED  SUR  G/O  GER  PSY  RHB  LTC  OTH  MIX

Całkowita liczba łóżek: [ \_\_\_\_\_ ]

Czy jest wdrożona procedura weryfikacji antybiotykoterapii po 72 godzinach od jej zlecenia?  Yes  No

	Liczba	Rok
Liczba osobodni w roku		
Zużycie alkoholowego preparatu do dezynfekcji rąk w L		
Liczba obserwacji bezpośrednich higieny rąk		
Liczba łóżek w oddziale (W dniu badania)		
Liczba łóżek wyposażonych w dozownik preparatu do dezynfekcji rąk w miejscu opieki		
Liczba pracowników medycznych na oddziale w dniu badania PPS		
Liczba pracowników wyposażonych w indywidualne (kieszonkowe) dozowniki preparatu do dezynfekcji rąk		
Liczba sal chorych w oddziale		
Liczba jednoosobowych sal chorych		
Liczba łóżek zajętych o 00:01 w dniu badania PPS		

Comments/observations:

---