

Примечание: Указанные списки являются примерами и могут дополнены и изменены самостоятельно.

Пациент					
ФИО				№ истории болезни	
Дата рождения (ДД/ММ/ГГГГ)	___/___/____	Возраст (лет)		Пол	<input type="radio"/> Мужской <input type="radio"/> Женский
Лечебное учреждение					
Наименование учреждения					
Тип учреждения	<input type="radio"/> Поликлиника <input type="radio"/> Стационар				
Профиль отделения (заполняется только для госпитализированных пациентов)					
Наименование отделения					
<u>Хирургический профиль</u> <input type="radio"/> Общая хирургия <input type="radio"/> Ожоговое	<input type="radio"/> Онкологическое <input type="radio"/> Урологическое <input type="radio"/> Хирургических инфекций	<u>Терапевтический профиль</u> <input type="radio"/> Гематологическое <input type="radio"/> Неонатологическое	<input type="radio"/> Общая терапия <input type="radio"/> Онкологическое		
Укажите, находится ли пациент в палате реанимации/интенсивной терапии					<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет
Укажите, был ли пациент переведен из другого стационара					<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет
Клинический диагноз					
Тип инфекции	<input type="radio"/> Нозокомиальная <input type="radio"/> Внебольничная <input type="radio"/> Колонизация				
	<small>Нозокомиальная инфекция – это любое клинически распознаваемое инфекционное заболевание, которое развивается у пациента не менее чем через 48 часов после госпитализации, в течение 3-х дней после выписки или 30 дней после операции, а также любое инфекционное заболевание сотрудника стационара, развившееся вследствие его работы в данном учреждении, вне зависимости от времени появления симптомов (после или во время нахождения в стационаре)</small>				
Локус	<input type="radio"/> Брюшная полость <input type="radio"/> Дыхательная система <input type="radio"/> Пищеварительная система <input type="radio"/> Глаз и придатки глаза <input type="radio"/> Кожа и мягкие ткани <input type="radio"/> Репродуктивная система <input type="radio"/> Грудная полость <input type="radio"/> Кости и суставы <input type="radio"/> Сердце и сосуды <input type="radio"/> Мочевыводящая система <input type="radio"/> Центральная нервная система				
Инфекционная патология					
Материал и Исследование					
<input type="radio"/> Абсцесс <input type="radio"/> Аспират (синус) <input type="radio"/> Аутопсийный материал <input type="radio"/> Биоптат <input type="radio"/> Бронхоальвеолярный лаваж <input type="radio"/> Желчь <input type="radio"/> Катетер <input type="radio"/> Конъюнктивальный мазок <input type="radio"/> Кровь <input type="radio"/> Ликвор		<input type="radio"/> Мазок (влагалище) <input type="radio"/> Мазок (глотка) <input type="radio"/> Мазок (наружное ухо) <input type="radio"/> Мазок (нос) <input type="radio"/> Мазок (ректальный) <input type="radio"/> Мокрота <input type="radio"/> Моча <input type="radio"/> Отделяемое из среднего уха <input type="radio"/> Отделяемое по дренажу <input type="radio"/> Перикардальная жидкость		<input type="radio"/> Перитонеальная жидкость <input type="radio"/> Плевральная жидкость <input type="radio"/> Раневое отделяемое <input type="radio"/> Секрет простаты <input type="radio"/> Синовиальная жидкость <input type="radio"/> Соскоб (уретра) <input type="radio"/> Соскоб (цервикальный канал) <input type="radio"/> Сперма <input type="radio"/> Фекалии <input type="radio"/> Эндотрахеальный аспират	
Исследование					
Дата и время взятия (ДД/ММ/ГГГГ чч:мм)	___/___/____ __:___				
Предшествующая антибиотикотерапия в течение 90 дней (если ДА, отметьте антибиотики, которые получал пациент)					<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет
<input type="checkbox"/> Амикацин <input type="checkbox"/> Амоксициллин/клавуланат <input type="checkbox"/> Ампициллин <input type="checkbox"/> Ампициллин/сульбактам <input type="checkbox"/> Амфотерицин В <input type="checkbox"/> Ванкомицин <input type="checkbox"/> Гентамицин <input type="checkbox"/> Имипенем		<input type="checkbox"/> Канамицин <input type="checkbox"/> Клиндамицин <input type="checkbox"/> Ко-тримоксазол <input type="checkbox"/> Левофлоксацин <input type="checkbox"/> Линкомицин <input type="checkbox"/> Меропенем <input type="checkbox"/> Нетилмицин <input type="checkbox"/> Офлоксацин		<input type="checkbox"/> Пенициллин <input type="checkbox"/> Пефлоксацин <input type="checkbox"/> Пиперациллин/тазобактам <input type="checkbox"/> Рифампицин <input type="checkbox"/> Флуконазол <input type="checkbox"/> Хлорамфеникол <input type="checkbox"/> Цефазолин <input type="checkbox"/> Цефепим	
				<input type="checkbox"/> Цефотаксим <input type="checkbox"/> Цефоперазон <input type="checkbox"/> Цефоперазон/сульбактам <input type="checkbox"/> Цефтазидим <input type="checkbox"/> Цефтриаксон <input type="checkbox"/> Цефуроксим <input type="checkbox"/> Ципрофлоксацин <input type="checkbox"/> Эритромицин	
Факторы риска					
<input type="checkbox"/> Длительность нахождения в стационаре > 7 дней (в ОРИТ > 3 дней) <input type="checkbox"/> Подтвержденный факт наличия резистентных возбудителей <input type="checkbox"/> Тяжелая сопутствующая патология (ХПН, цирроз печени, сахарный диабет, алкогольная висцеропатия, наркомания, ВИЧ)			<input type="checkbox"/> Периферический венозный катетер <input type="checkbox"/> Мочевой катетер <input type="checkbox"/> Дренаж в операционной ране <input type="checkbox"/> Зонд (гастро/дуоденальный) <input type="checkbox"/> Стул (частота более 3-х раз в сутки)		
Заполняется в случае смерти пациента					
Отделение					
Дата и время смерти (ДД/ММ/ГГГГ чч:мм)	___/___/____ __:___	Дата и время вскрытия (ДД/ММ/ГГГГ чч:мм)	___/___/____ __:___		
Врач					
ФИО				Телефон	