

ЦЕНТР [][]

Город [][][][]

ИРК [][][]

№ истории болезни [][][][][][]

ФИО пациента	Дата рождения	Пол	Дата и время госпитализации	Дата выписки/смерти
[][][][]	[][][][][][][][][][]	q M q Ж	[][][][][][][][] [][]:[][]	[][][][][][][][]

Клинический диагноз и факторы риска НИ (!!! в каждой строке необходимо указывать только один диагноз !!!)

1. _____	Дата [][][][][][][][]	2. _____	Дата [][][][][][][][]
3. _____	Дата [][][][][][][][]	4. _____	Дата [][][][][][][][]
5. _____	Дата [][][][][][][][]	6. _____	Дата [][][][][][][][]

Нозокомиальная инфекция (!!! диагноз нозокомиальной инфекции вносится только в этот раздел !!!)

	Дата начала	Дата окончания	Дата окончания неизвестна	Исход ¹
1. _____	[][][][][][][][]	[][][][][][][][]	[]	q ₁ q ₂ q ₃ q ₄
2. _____	[][][][][][][][]	[][][][][][][][]	[]	q ₁ q ₂ q ₃ q ₄
3. _____	[][][][][][][][]	[][][][][][][][]	[]	q ₁ q ₂ q ₃ q ₄

¹ 1-выздоровление; 2-улучшение; 3-смерть; 4-нет данных

Оперативное вмешательство: 1. Вид _____ Дата и время начала/окончания: [][][][][][][][]:[][]/[][][][][][][][]:[][][][][][][][]

Оперативное вмешательство: 2. Вид _____ Дата и время начала/окончания: [][][][][][][][]:[][]/[][][][][][][][]:[][][][][][][][]

Фактор риска	Дата начала	Дата окончания	Продол-ся	Фактор риска	Дата начала	Дата окончания	Продол-ся
Интубация	[][][][][][][][]	[][][][][][][][]	q	Прием цитостатиков	[][][][][][][][]	[][][][][][][][]	q
В/в катетер	[][][][][][][][]	[][][][][][][][]	q	Прием системных стероидов	[][][][][][][][]	[][][][][][][][]	q
Полное парентер. питание	[][][][][][][][]	[][][][][][][][]	q	Инвазивная процедура _____	[][][][][][][][]	[][][][][][][][]	q
Назогастральный зонд	[][][][][][][][]	[][][][][][][][]	q	Инвазивная процедура _____	[][][][][][][][]	[][][][][][][][]	q
Мочевой катетер	[][][][][][][][]	[][][][][][][][]	q	Другое _____	[][][][][][][][]	[][][][][][][][]	q
Нейтропения	[][][][][][][][]	[][][][][][][][]	q	Другое _____	[][][][][][][][]	[][][][][][][][]	q

Предшествующие госпитализации (в течение 6 месяцев до данной госпитализации)

Город	Стационар	Дата госпитализации	Дата выписки/перевода
1) _____	_____	[][][][][][][][]	[][][][][][][][]
2) _____	_____	[][][][][][][][]	[][][][][][][][]

Пребывание пациента в различных отделениях во время данной госпитализации

Отделение	Дата поступления	Дата перевода в другое отделение	Отделение	Дата поступления	Дата перевода в другое отделение
1) _____	[][][][][][][][]	[][][][][][][][]	3) _____	[][][][][][][][]	[][][][][][][][]
2) _____	[][][][][][][][]	[][][][][][][][]	4) _____	[][][][][][][][]	[][][][][][][][]

ЦЕНТР | | |

Город _____

ИРК | | | |

№ истории болезни | | | | | | |

Антимикробная терапия в ЛПУ (с момента госпитализации до исхода лечения)

Торговое наименование препарата	Разовая доза	Ед	Кратность введен/сут	Путь введения ¹	Дата и время назначения/отмены	Цель назначения ²	Вид АМТ ³
1) _____			q ₁ q ₂ q ₃ q ₄ q ₅ q ₆	q ₁ q ₂ q ₃ q ₄ _____	_____:_____/_____ _____:_____/_____	проф-ка q ₁ __ q ₂ __ q ₃ __ терапия q ₂ __ q ₃ __	 q ₁ q ₂
2) _____			q ₁ q ₂ q ₃ q ₄ q ₅ q ₆	q ₁ q ₂ q ₃ q ₄ _____	_____:_____/_____ _____:_____/_____	проф-ка q ₁ __ q ₂ __ q ₃ __ терапия q ₂ __ q ₃ __	 q ₁ q ₂
3) _____			q ₁ q ₂ q ₃ q ₄ q ₅ q ₆	q ₁ q ₂ q ₃ q ₄ _____	_____:_____/_____ _____:_____/_____	проф-ка q ₁ __ q ₂ __ q ₃ __ терапия q ₂ __ q ₃ __	 q ₁ q ₂
4) _____			q ₁ q ₂ q ₃ q ₄ q ₅ q ₆	q ₁ q ₂ q ₃ q ₄ _____	_____:_____/_____ _____:_____/_____	проф-ка q ₁ __ q ₂ __ q ₃ __ терапия q ₂ __ q ₃ __	 q ₁ q ₂
5) _____			q ₁ q ₂ q ₃ q ₄ q ₅ q ₆	q ₁ q ₂ q ₃ q ₄ _____	_____:_____/_____ _____:_____/_____	проф-ка q ₁ __ q ₂ __ q ₃ __ терапия q ₂ __ q ₃ __	 q ₁ q ₂
6) _____			q ₁ q ₂ q ₃ q ₄ q ₅ q ₆	q ₁ q ₂ q ₃ q ₄ _____	_____:_____/_____ _____:_____/_____	проф-ка q ₁ __ q ₂ __ q ₃ __ терапия q ₂ __ q ₃ __	 q ₁ q ₂
7) _____			q ₁ q ₂ q ₃ q ₄ q ₅ q ₆	q ₁ q ₂ q ₃ q ₄ _____	_____:_____/_____ _____:_____/_____	проф-ка q ₁ __ q ₂ __ q ₃ __ терапия q ₂ __ q ₃ __	 q ₁ q ₂
8) _____			q ₁ q ₂ q ₃ q ₄ q ₅ q ₆	q ₁ q ₂ q ₃ q ₄ _____	_____:_____/_____ _____:_____/_____	проф-ка q ₁ __ q ₂ __ q ₃ __ терапия q ₂ __ q ₃ __	 q ₁ q ₂
9) _____			q ₁ q ₂ q ₃ q ₄ q ₅ q ₆	q ₁ q ₂ q ₃ q ₄ _____	_____:_____/_____ _____:_____/_____	проф-ка q ₁ __ q ₂ __ q ₃ __ терапия q ₂ __ q ₃ __	 q ₁ q ₂
10) _____			q ₁ q ₂ q ₃ q ₄ q ₅ q ₆	q ₁ q ₂ q ₃ q ₄ _____	_____:_____/_____ _____:_____/_____	проф-ка q ₁ __ q ₂ __ q ₃ __ терапия q ₂ __ q ₃ __	 q ₁ q ₂
11) _____			q ₁ q ₂ q ₃ q ₄ q ₅ q ₆	q ₁ q ₂ q ₃ q ₄ _____	_____:_____/_____ _____:_____/_____	проф-ка q ₁ __ q ₂ __ q ₃ __ терапия q ₂ __ q ₃ __	 q ₁ q ₂

¹ 1-внутрь; 2-в/м; 3-в/в; 4-другой (уточнить)² 1- оперативное вмеш-во (уточнить) 2-НИ (уточнить номер); 3-другой диагноз (уточнить номер)³ 1-эмпирическая; 2-этиотропная

Исход лечения: q Выздоровление/Улучшение q Перевод в другое ЛПУ q Смерть: P Причина смерти _____ q Нет данных

ИРК. Исследование МАРАФОН

Смоленск. 2010

ЦЕНТР | | |

Город _____

ИРК | | | |

№ истории болезни | | | | | | |

Микробиологическое исследование № 1					
Дата получения клинического материала			Лабораторный номер клинического материала		
Внимание: отметьте ТОЛЬКО ОДИН ВИД клинического материала					
Сердце и сосуды <input type="checkbox"/> Кровь <input type="checkbox"/> Катетер <input type="checkbox"/> Материал, полученный интраоперационно	Брюшная полость <input type="checkbox"/> Кровь <input type="checkbox"/> Абсцесс <input type="checkbox"/> Раневое отделяемое <input type="checkbox"/> Отделяемое из дренажа <input type="checkbox"/> Перитонеальная жидкость <input type="checkbox"/> Желчь	Дыхательная система <input type="checkbox"/> Кровь <input type="checkbox"/> Мокрота <input type="checkbox"/> Интубационная трубка <input type="checkbox"/> БАЛ <input type="checkbox"/> Плевральная жидкость <input type="checkbox"/> Отделяемое из дренажа	Центральная нервная система <input type="checkbox"/> Кровь <input type="checkbox"/> Ликвор <input type="checkbox"/> Абсцесс <input type="checkbox"/> Раневое отделяемое	Мочевыводящая система <input type="checkbox"/> Кровь <input type="checkbox"/> Моча <input type="checkbox"/> Раневое отделяемое <input type="checkbox"/> Отделяемое из дренажа <input type="checkbox"/> Абсцесс	Кости и суставы <input type="checkbox"/> Кровь <input type="checkbox"/> Биоптат <input type="checkbox"/> Раневое отделяемое Кожа и мягкие ткани <input type="checkbox"/> Кровь <input type="checkbox"/> Биоптат <input type="checkbox"/> Раневое отделяемое
Результат исследования					
Выделенный микроорганизм (возможно несколько) Впишите, какой (-ие) именно			1. _____	2. _____	
			3. _____	4. _____	

Микробиологическое исследование № 2					
Дата получения клинического материала			Лабораторный номер клинического материала		
Внимание: отметьте ТОЛЬКО ОДИН ВИД клинического материала					
Сердце и сосуды <input type="checkbox"/> Кровь <input type="checkbox"/> Катетер <input type="checkbox"/> Материал, полученный интраоперационно	Брюшная полость <input type="checkbox"/> Кровь <input type="checkbox"/> Абсцесс <input type="checkbox"/> Раневое отделяемое <input type="checkbox"/> Отделяемое из дренажа <input type="checkbox"/> Перитонеальная жидкость <input type="checkbox"/> Желчь	Дыхательная система <input type="checkbox"/> Кровь <input type="checkbox"/> Мокрота <input type="checkbox"/> Интубационная трубка <input type="checkbox"/> БАЛ <input type="checkbox"/> Плевральная жидкость <input type="checkbox"/> Отделяемое из дренажа	Центральная нервная система <input type="checkbox"/> Кровь <input type="checkbox"/> Ликвор <input type="checkbox"/> Абсцесс <input type="checkbox"/> Раневое отделяемое	Мочевыводящая система <input type="checkbox"/> Кровь <input type="checkbox"/> Моча <input type="checkbox"/> Раневое отделяемое <input type="checkbox"/> Отделяемое из дренажа <input type="checkbox"/> Абсцесс	Кости и суставы <input type="checkbox"/> Кровь <input type="checkbox"/> Биоптат <input type="checkbox"/> Раневое отделяемое Кожа и мягкие ткани <input type="checkbox"/> Кровь <input type="checkbox"/> Биоптат <input type="checkbox"/> Раневое отделяемое
Результат исследования					
Роста микроорганизмов не обнаружено <input type="checkbox"/>			Выделенный микроорганизм (возможно несколько)* Впишите, какой (-ие) именно		
			1. _____	2. _____	
			3. _____	4. _____	

*Изоляты одного и того же вида, выделенные повторно, указываются в ИРК, но НЕ передаются в центральную лабораторию

ЦЕНТР | | |

Город _____

ИРК | | | |

№ истории болезни | | | | | | |

Микробиологическое исследование № 3					
Дата получения клинического материала			Лабораторный номер клинического материала		
Внимание: отметьте ТОЛЬКО ОДИН ВИД клинического материала					
Сердце и сосуды <input type="checkbox"/> Кровь <input type="checkbox"/> Катетер <input type="checkbox"/> Материал, полученный интраоперационно	Брюшная полость <input type="checkbox"/> Кровь <input type="checkbox"/> Абсцесс <input type="checkbox"/> Раневое отделяемое <input type="checkbox"/> Отделяемое из дренажа <input type="checkbox"/> Перитонеальная жидкость <input type="checkbox"/> Желчь	Дыхательная система <input type="checkbox"/> Кровь <input type="checkbox"/> Мокрота <input type="checkbox"/> Интубационная трубка <input type="checkbox"/> БАЛ <input type="checkbox"/> Плевральная жидкость <input type="checkbox"/> Отделяемое из дренажа	Центральная нервная система <input type="checkbox"/> Кровь <input type="checkbox"/> Ликвор <input type="checkbox"/> Абсцесс <input type="checkbox"/> Раневое отделяемое	Мочевыводящая система <input type="checkbox"/> Кровь <input type="checkbox"/> Моча <input type="checkbox"/> Раневое отделяемое <input type="checkbox"/> Отделяемое из дренажа <input type="checkbox"/> Абсцесс	Кости и суставы <input type="checkbox"/> Кровь <input type="checkbox"/> Биоптат <input type="checkbox"/> Раневое отделяемое Кожа и мягкие ткани <input type="checkbox"/> Кровь <input type="checkbox"/> Биоптат <input type="checkbox"/> Раневое отделяемое
Результат исследования					
Роста микроорганизмов не обнаружено <input type="checkbox"/>			Выделенный микроорганизм (возможно несколько)* Впишите, какой (-ие) именно 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____		

*Изоляты одного и того же вида, выделенные повторно, указываются в ИРК, но НЕ передаются в центральную лабораторию

Микробиологическое исследование № 4					
Дата получения клинического материала			Лабораторный номер клинического материала		
Внимание: отметьте ТОЛЬКО ОДИН ВИД клинического материала					
Сердце и сосуды <input type="checkbox"/> Кровь <input type="checkbox"/> Катетер <input type="checkbox"/> Материал, полученный интраоперационно	Брюшная полость <input type="checkbox"/> Кровь <input type="checkbox"/> Абсцесс <input type="checkbox"/> Раневое отделяемое <input type="checkbox"/> Отделяемое из дренажа <input type="checkbox"/> Перитонеальная жидкость <input type="checkbox"/> Желчь	Дыхательная система <input type="checkbox"/> Кровь <input type="checkbox"/> Мокрота <input type="checkbox"/> Интубационная трубка <input type="checkbox"/> БАЛ <input type="checkbox"/> Плевральная жидкость <input type="checkbox"/> Отделяемое из дренажа	Центральная нервная система <input type="checkbox"/> Кровь <input type="checkbox"/> Ликвор <input type="checkbox"/> Абсцесс <input type="checkbox"/> Раневое отделяемое	Мочевыводящая система <input type="checkbox"/> Кровь <input type="checkbox"/> Моча <input type="checkbox"/> Раневое отделяемое <input type="checkbox"/> Отделяемое из дренажа <input type="checkbox"/> Абсцесс	Кости и суставы <input type="checkbox"/> Кровь <input type="checkbox"/> Биоптат <input type="checkbox"/> Раневое отделяемое Кожа и мягкие ткани <input type="checkbox"/> Кровь <input type="checkbox"/> Биоптат <input type="checkbox"/> Раневое отделяемое
Результат исследования					
Роста микроорганизмов не обнаружено <input type="checkbox"/>			Выделенный микроорганизм (возможно несколько)* Впишите, какой (-ие) именно 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____		

*Изоляты одного и того же вида, выделенные повторно, указываются в ИРК, но НЕ передаются в центральную лабораторию