

แบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลเวชารักษ์ ลำปาง

ติดสติ๊กเกอร์

ชื่อ – สกุลอายุ..... ปี เพศ.....โรคประจำตัว.....

หอผู้ป่วย.....HN..... AN.....เตียง.....

วันที่ admit.....วันที่จำหน่าย

การวินิจฉัยแรกรับ

อาการและอาการแสดงแรกรับที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อ () ไม่มี () มี

.....

Infection type () non infected () CI () NI from.....site.....pathogen.....

เปลี่ยนแปลงการวินิจฉัย/เพิ่มการวินิจฉัย เมื่อ

เคยรับการรักษาในโรงพยาบาลอื่นคือ เมื่อ.....

หัตถการ

Dressing wound ตำแหน่ง วันที่.....

ลักษณะแผล () Clean wound, () Clean - contaminated wound, () contaminated wound, () dirty wound

Procedure..... วันที่.....

Post - Operation..... วันที่.....

Instrumentation

Urethral catheter

() Single cath วันที่ On....../...../.....

() Intermittent cath วันที่ On....../...../.....

() Retain foleycath วันที่ On....../...../..... วันที่ Off/...../.....

() Other (ระบุ).....วันที่/...../.....

IV catheter

() IV line วันที่ On....../...../..... วันที่ Off/...../.....

() Injection plug วันที่ On....../...../..... วันที่ Off/...../.....

()

() NG Tube

() TT Tube

() อื่นๆ (ระบุ).....

อาการบ่งชี้ว่าเริ่มมีการติดเชื้อในโรงพยาบาล

() มีไข้ 38 °C วันที่/...../.....

() ไอ () ไม่มีเสมหะ วันที่/...../..... () มีเสมหะสี.....วันที่/...../.....

() หายใจเหนื่อยหอบวันที่/...../.....

() ปัสสาวะแสบขัดวันที่/...../.....

() ท้องเสียวันที่/...../.....

() แผลวันที่/...../.....

() อัตราการเต้นของหัวใจมากกว่า 90 ครั้ง/นาที วันที่/...../..... เวลา.....

อาการอื่นที่เปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวกับ Infection.....

.....

.....

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

| ว/ด/ป ที่ส่ง | Specimen | เชื้อที่พบ | Result |
|--------------|----------|------------|--------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

ผลการตรวจอื่นๆ

.....

Antibiotic in hospital

| Name/Dose/Route/..... | Start | Off |
|-----------------------|-------|-----|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

สรุปผลการเฝ้าระวัง

- () ไม่ติดเชื้อ
- () ติดเชื้อในโรงพยาบาลตำแหน่ง

| Type of Infection | Date of onset | Pathogen |
|--------------------------------------|---------------|----------|
| () Urinary Tract infection (UTI) | | |
| () Respiratory Tract infection (RI) | | |
| () Surgical site infection (SSI) | | |
| () Gastrointestinal infection (GI) | | |
| () Skin & subcutaneous infection | | |
| () Skin & subcutaneous infection | | |
| () Other (ระบุ)..... | | |

เหตุผลของการวินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อ.....

.....

() ติดเชื้อจากสถานพยาบาลอื่น/ชุมชน ตำแหน่ง.....เชื้อที่พบ.....

วันที่จำหน่าย..... () D/C () Refer

การนัดมาตรวจ () ไม่นัด () นัด วันที่.....

เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....การส่งต่อ.....

ผู้รายงาน.....

วันที่.....