

Imię i nazwisko pacjenta .....

PESEL .....

Data przyjęcia do szpitala .....

Oddział .....

Rozpoznanie zasadnicze .....

Lp.	Czynniki ryzyka zakażenia w chwili przyjęcia do oddziału	TAK
1.	Wiek > 75 lat lub < 2 lata / ciąża	
2.	Przeniesienie z innego szpitala lub hospitalizacja w ostatnich 6 m-cach	
3.	Antybiotykoterapia w ostatnich 3 m-cach	
4.	Zabiegi operacyjne / badania inwazyjne (endoskopia, iniekcje, zab. stomatologiczne, itp.) wykonywane w ostatnich 3 m-cach	
5.	Nosicielstwo patogenu alarmowego (wymienić na str. 2)*	
6.	Przewlekłe zakażenia lub nosicielstwo np. wzw, gruźlica, borelioza, HIV/AIDS, itp. (wymienić na str. 2)*	
7.	Wcześniej przebyte zakażenia związane ze świadczeniami zdrowotnymi w ostatnich 6 m-cach (wymienić na str. 2)*	
8.	Kontakt z chorym zakaźnie / nosicielem drobnoustroju alarmowego w ostatnich 3 m-cach	
9.	Nawrotowe procesy zapalne (np. zapalenie przydatków, zatok, nawracające czyraki, itp.)	
10.	Aktywne ostre zakażenie (np. zapalenie płuc, zakażenie inwazyjne, ZUM, itp.)	
11.	Sztuczne drogi (cewnik moczowy, stomia, cewnik naczyniowy, rurka tchawicza, itp.)	
12.	Uszkodzenia skóry / tatuaże / obszerne blizny / itp.	
13.	Uraz otwarty / uraz wewnętrzny / uraz wielonarządowy / ofiara przemocy fizycznej	
14.	Odleżyny / zmiany na skórze (ropne, alergiczne, egzema)	
15.	Zaniedbania higieniczne / nietrzymanie moczu / nietrzymanie kału	
16.	Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POCHP) / astma / niewydolność oddechowa	
17.	Choroba nowotworowa aktywna	
18.	Aktualna radioterapia / chemioterapia / sterydoterapia / inne metody immunosupresji	
19.	Choroba metaboliczna (cukrzyca, otyłość, mocznica, dna, itp.)	
20.	Choroba autoimmunologiczna niewyrównana / alergja w okresie nasilenia	
21.	Choroba niedokrwienna serca niewyrównana / niewydolność krążenia / wady serca	
22.	Choroba niedokrwienna kończyn	
23.	Przewlekła niewydolność nerek / dializoterapia	
24.	Przewlekły przerost prostaty / zaburzenia odpływu moczu	
25.	Zaburzenia krzepnięcia krwi / przetoczenia preparatów krwipochodnych w ostatnich 6 m-cach	
26.	Zaburzenia odżywiania / niedożywienie / zaburzenia połykania	
27.	Wady genetyczne	
28.	Alkoholizm, inne uzależnienia od substancji odurzających / leków	
29.	Zaburzenia psychiczne / otępienie / splątanie	
30.	Inne (wymienić na str. 2)*	
31.	RAZEM	

Odpowiedz pozytywną należy zaznaczyć znakiem X

Każda odpowiedź twierdząca = 1 punkt	<b>GRUPY RYZYKA:</b>	I – 0 punktów	II – 1-2 punkty	III – 3 punkty	IV - > 3 punkty
--------------------------------------	----------------------	---------------	-----------------	----------------	-----------------

Chorego zakwalifikowano do ..... grupy ryzyka z liczbą punktów .....

Uwagi na temat koniecznych procedur wskazanych dla redukcji ryzyka

.....  
.....  
.....

\* nazwa patogenu alarmowego, zakażenia, choroby zakaźnej

.....  
.....

Inne uwagi

.....  
.....

.....  
Data wypełnienia

.....  
Pieczęć i podpis osoby wypełniającej

.....  
Podpis pacjenta