

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
03 серпня 2021 року № 1614

ПОРЯДОК
здійснення епідеміологічного нагляду та ведення обліку інфекційних
хвороб, пов'язаних з наданням медичної допомоги

I. Загальні положення

1. Цей Порядок визначає організаційні заходи та процедури для проведення епідеміологічного нагляду за інфекційними хворобами, пов'язаними з наданням медичної допомоги (далі – ПІНМД) в закладах охорони здоров'я (далі – ЗОЗ), які надають медичну допомогу у стаціонарних умовах.

2. У цьому Порядку терміни та умовні скорочення вживаються у такому значенні:

HelicsWin.Net – програмне забезпечення, розроблене Європейським центром контролю і профілактики захворювань, для введення і аналізу даних моніторингу ІПНМД;

девайс-асоційовані ІПНМД – ІПНМД, пов'язані з встановленням та використанням медичних виробів (наприклад, внутрішньосудинні катетери, інтубаційні трубки, сечові катетери, внутрішньовенні порти, ендопротези, металоконструкції для екстра- та інтрамедулярного остеосинтезу, кардіовертер-дефібрилятор, електроди, інсулінові помпи, вентрикулярні шунти, дренажі, стоми);

дозорний епідеміологічний нагляд за ІПНМД – епідеміологічний нагляд, заснований на зборі якісних даних щодо ІПНМД та антимікробної резистентності, що надаються у вигляді звітів/форм;

епідеміологічний нагляд за ІПНМД – це система збору, аналізу та інтерпретації даних щодо ІПНМД (захворюваність, летальність, колонізація, носійство), факторів та умов, що впливають на їх виникнення і розповсюдження;

індикаторна подія – подія, що вказує на неспроможність ЗОЗ попередити ІПНМД і потребує індивідуального розслідування;

інцидентність – кількість нових випадків захворювання, які виникають в певній популяції за встановлений період часу;

превалентність – загальна кількість всіх активних (нових та вже існуючих) випадків захворювання в певній популяції або за встановлений період часу (превалентність періодична), або в певний момент часу (точкова чи одномоментна превалентність);

рутинний епідеміологічний нагляд за ІПНМД – регулярний, систематичний збір визначених даних щодо ІПНМД;

щільність інцидентності – значення можливості виникнення захворювання відносно розмірів вільної від захворювання популяції (наприклад, кількість ІПНМД на 1000 ліжко-днів);

АМР – антимікробна резистентність;

АМП – антимікробні препарати;

ВАРІТ – відділення анестезіології, реанімації та інтенсивної терапії, включно з палатами інтенсивної терапії;

ІОХВ – інфекція області хірургічного втручання;

ВІК – відділ з інфекційного контролю;

МАМР – множинна резистентність мікроорганізмів до АМП;

ОРІПНМД – одномоментна розповсюдженість ІПНМД;

ПІК – профілактика інфекцій та інфекційний контроль;

СОП – стандартна операційна процедура.

Інші терміни у цьому Порядку вживаються у значеннях, наведених в Законах України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», «Про захист населення від інфекційних хвороб» та інших нормативно-правових актах у сфері охорони здоров'я.

3. На національному рівні до функцій епідеміологічного нагляду за ІПНМД відносяться моніторинг та аналіз захворюваності на ІПНМД, підготовка інформації для прийняття управлінських рішень, підготовка даних звітності для інтеграції у європейську і міжнародну системи даних щодо ІПНМД та АМП.

4. На регіональному рівні (обласний, на рівні територіальних громад та окремих ЗОЗ) завданням епідеміологічного нагляду за ІПНМД є здійснення моніторингу за динамікою епідемічного процесу, факторами та умовами, що впливають на їх виникнення та розповсюдження, узагальнення та аналіз одержаної інформації для розробки профілактичних та протиепідемічних заходів.

5. У ЗОЗ проводиться епідеміологічний нагляд за ІПНМД як постійно діюча комплексна система спостереження за причинами епідемічного процесу з метою профілактики ІПНМД та АМП та складова системи ПІК ЗОЗ.

6. Епідеміологічний нагляд за ІПНМД здійснюється шляхом впровадження рутинного та дозорного епідеміологічного нагляду за ІПНМД відповідно до цього Порядку.

7. Епідеміологічний нагляд за ІПНМД не є державним наглядом (контролем) у сфері господарської діяльності у розумінні Закону України «Про

основні засади державного нагляду (контролю) у сфері господарської діяльності».

8. Для здійснення епідеміологічного нагляду за ІПНМД враховуються такі епідеміологічні особливості ІПНМД:

1) множинність механізмів та шляхів передавання інфекційних агентів: природні (контактно-побутовий, повітряно-краплинний, фекально-оральний) та артифіційні (штучні) – внаслідок інвазивних діагностичних і лікувальних процедур;

2) джерелом ІПНМД можуть бути, але не обмежуються ними:

хворі, які перебувають на амбулаторному чи стаціонарному лікуванні у ЗОЗ;

медичні працівники;

особи, які здійснюють догляд за хворими, відвідувачі, інфіковані або контаміновані мікроорганізмами;

матері в акушерських та дитячих ЗОЗ;

конструктивні елементи приміщень, медичні і немедичні вироби та обладнання;

3) етіологічними збудниками ІПНМД є група патогенних та умовно-патогенних мікроорганізмів;

4) для кожного ЗОЗ характерний свій спектр пріоритетних збудників ІПНМД, який може змінюватися.

9. Випадки ІПНМД та АМР визначаються за Критеріями, за якими визначаються випадки інфекційних та паразитарних захворювань, які підлягають реєстрації, затвердженими наказом Міністерства охорони здоров'я України від 28 грудня 2015 року № 905, зареєстрованими в Міністерстві юстиції України 12 березня 2016 року за № 379/28509 (далі – Критерії).

**II. Організація та проведення рутинного епідеміологічного нагляду
за інфекційними хворобами, пов'язаними із наданням
медичної допомоги**

1. Система рутинного епідеміологічного нагляду за ІПНМД (далі – рутинний епіднагляд) за ІПНМД базується на виявленні індикаторних подій, спостереженні за популяцією пацієнтів в цілому або поєднанні обох цих підходів.

2. Рутинний епіднагляд, що базується на виявленні індикаторних подій, виявляє лише найбільш серйозні порушення в ПШК і не може бути єдиним способом проведення епіднагляду в ЗОЗ через отримання показників, які не мають жодного відтворюваного зв'язку із реальними показниками.

3. Рутинний епіднагляд, що базується на популяційному підході – нагляд за всіма пацієнтами, які мають ризик розвитку ІПНМД, що потребує збору даних про кількість випадків ІПНМД, кількість пацієнтів в групі ризику, кількість днів експозиції до фактору ризику тощо.

4. Цілі рутинного епіднагляду:

1) економічна оцінка заходів з ПШК;

2) контроль якості медичної допомоги;

3) раціональне планування заходів з ПШК із врахуванням місцевих особливостей, в тому числі наявних ресурсів;

4) управління ризиками;

5) отримання нових наукових даних.

5. Дані, які оцінюються при епідеміологічному нагляді за ІПНМД, поділяються на три типи:

1) демографічні – можуть різнитися для різних ІПНМД;

2) дані щодо випадку ІПНМД – отримуються шляхом аналізу форм збору даних рутинного епіднагляду (далі – форм);

3) результати лабораторних досліджень.

6. Рутинний епіднадгляд проводиться епідеміологом ВІК мінімум щодо наступних ІІНМД:

1) катетер-асоційованих інфекцій кровотоку (форми збору даних наведено в додатках 1, 2 до цього Порядку);

2) катетер-асоційованих інфекцій сечовивідних шляхів (форму збору даних наведено в додатку 3 до цього Порядку);

3) вентилятор-асоційованих пневмоній (форму збору даних наведено в додатку 4 до цього Порядку);

4) інфекцій області хірургічного втручання (форми збору даних наведено в додатках 5, 6 до цього Порядку).

7. Форми, наведені у додатках 1, 2, 3, 4, 5 до цього Порядку, заповнюються лікарем-епідеміологом/помічником лікаря-епідеміолога. Форма, наведена в додатку 6 заповнюються лікуючим лікарем (хірургом).

8. Щодо ІІНМД розраховуються лише відносні показники, які виражають частоту їх виникнення серед пацієнтів з груп ризику.

9. Показники ІІНМД розраховуються за певний період часу за формулами:

1) розповсюдженість катетер-асоційованих інфекцій кровотоку по відділенням (рекомендовано розраховувати окремо для центральних і периферичних катетерів):

$$PK = KK / KKД \times 1000, \text{ де}$$

PK – розповсюдженість катетер-асоційованих інфекцій кровотоку у відділенні на 1000 катетер-днів;

KK – кількість зареєстрованих катетер-асоційованих інфекцій кровотоку у відділенні за період часу;

KKД – загальна кількість катетер-днів у відділенні за період часу – сума днів наявності встановленого катетера у пацієнтів, в яких не розвинулася катетер-

асоційована інфекція кровотоку та днів наявності встановленого катетера у пацієнтів до початку клінічних проявів катетер-асоційованої інфекції кровотоку;

1000 – 1000 катетер-днів;

2) розповсюдженість катетер-асоційованих інфекцій сечовивідних шляхів:

$$PKC = KK / KKD \times 1000, \text{ де}$$

PKC – розповсюдженість катетер-асоційованих інфекцій сечовивідних шляхів у відділенні на 1000 катетер-днів;

KK – кількість зареєстрованих катетер-асоційованих інфекцій сечовивідних шляхів у відділенні за період часу;

KKD – загальна кількість катетер-днів у відділенні за період часу – сума днів наявності встановленого катетера у пацієнтів, в яких не розвинулася катетер-асоційована інфекція сечовивідних шляхів та днів наявності встановленого катетера у пацієнтів до початку клінічних проявів катетер-асоційованої інфекції сечовивідних шляхів;

1000 – 1000 катетер-днів;

3) розповсюдженість вентилятор-асоційованих пневмоній:

$$PB = KB / ID \times 1000, \text{ де}$$

PB – розповсюдженість вентилятор-асоційованих пневмоній на 1000 днів інтубації;

KB – кількість зареєстрованих вентилятор-асоційованих пневмоній за період часу;

ID – загальна кількість днів інтубації за період часу – сума днів наявності встановленої інтубаційної/трахеостомічної трубки у пацієнтів, в яких не розвинулася вентилятор-асоційована пневмонія та днів наявності встановленої інтубаційної/ трахеостомічної трубки у пацієнтів до початку клінічних проявів вентилятор-асоційованої пневмонії;

1000 – 1000 днів інтубації.

10. Вибір додаткового набору даних для рутинного епіднагляду визначається планом дій з ПШК (наприклад, якщо необхідні показники стратифіковані по факторам ризику, вибираються дані, які дозволять виділити відповідні групи ризику, або якщо фактори ризику невідомі, збираються дані про ті фактори, що підходять за літературними джерелами), який затверджується керівником ЗОЗ відповідно до Порядку впровадження профілактики інфекцій та інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я, які надають медичну допомогу в стаціонарних умовах, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 03 серпня 2021 року № 1614.

11. Проведення рутинного епіднагляду включає використання показників трьох видів: інцидентність, превалентність і щільність інцидентності.

12. Дані про ПНМД та АМР зберігаються ВІК протягом п'яти років.

13. Для порівняння показників щодо ПНМД між різними групами пацієнтів в межах одного стаціонару чи між ЗОЗ або в різні часові періоди епідеміолог розраховує показники з урахуванням варіацій основних факторів ризику.

14. До факторів ризику належать внутрішні та зовнішні фактори ризику. Внутрішні – притаманні самому пацієнту (наприклад, характер і тяжкість основного захворювання або похилий вік) і дозволяють розрахувати окремі ризик-специфічні показники для порівняння між групами пацієнтів з подібними ризиками в різних ЗОЗ або в різні періоди часу. Зовнішні фактори – фактори, які пов'язані із конкретним персоналом (наприклад, дії певних медичних працівників) або з практикою догляду і лікування, що запроваджена на рівні ЗОЗ в цілому.

15. Дані рутинного епіднагляду є основою для прийняття в ЗОЗ всіх рішень щодо ПШК. Висока якість даних забезпечується шляхом постійного і ретельного контролю отриманих даних.

16. Результати рутинного епідагляду не підлягають звітуванню та використовуються ВІК для визначення ефективності впроваджених профілактичних заходів та їх корегування.

17. При забезпеченні зворотного зв'язку із керівниками ЗОЗ та клінічних структурних підрозділів, заборонено використовувати дані, які ідентифікують пацієнтів і медичних працівників.

III. Організація та проведення дозорного епідеміологічного нагляду за інфекційними хворобами, пов'язаними із наданням медичної допомоги

1. Дозорний епідеміологічний нагляд за ІПНМД здійснюється шляхом проведення дослідження з визначення ОРІПНМД та використання АМП, з метою:

1) оцінки на національному рівні загальної розповсюдженості ІПНМД та використання АМП у ЗОЗ, що надають цілодобову стаціонарну медичну допомогу;

2) визначення на національному рівні груп пацієнтів, інвазивних процедур, інфекцій (локалізацію, збудник, що викликав захворювання та наявність у нього маркерів резистентності до АМП) і призначених АМП (в тому числі комбінацію препаратів або комбінованих препаратів та показань до їх призначення);

3) корегування заходів профілактики направлених на попередження випадків ІПНМД та АМР;

4) розповсюдження результатів для підвищення обізнаності щодо проблеми, визначення загальних проблем та їх вирішення.

2. Дозорний епідеміологічний нагляд за ІПНМД здійснюється закладом громадського здоров'я, на який покладено виконання функції дозорного епідеміологічного нагляду за ІПНМД у відповідній адміністративно-територіальній одиниці (далі – ЗГЗ) та ВІК ЗОЗ, в якому проводиться визначення ОРІПНМД.

3. Визначення ОРПНМД та використання АМП здійснюється шляхом збору та аналізу таких даних:

1) ЗОЗ в цілому:

загальне число ліжок в ЗОЗ;

число ліжок, що виділені для надання цілодобової медичної допомоги;

число ліжок у ВАРІТ;

власність ЗОЗ (приватна, державна, комунальна);

число поступлень пацієнтів на рік;

число проведених ліжкоднів пацієнтами на рік;

кількість використаного спиртовмісного антисептика на рік в літрах;

число проведених оцінок дотримання правил гігієни рук в ЗОЗ згідно з Інструкцією з впровадження покращення гігієни рук в закладах охорони здоров'я та установах/зкладах надання соціальних послуг/соціального захисту населення, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 03 серпня 2021 року № 1614 (далі – Інструкція);

число проведених посівів крові на рік;

число проведених досліджень калу на виявлення токсинів *Clostridium difficile* на рік;

кількість сестер медичних, які входять до складу ВІК;

кількість лікарів, які входять до складу ВІК;

кількість клінічних провізорів, які входять до складу ВІК;

кількість сестер медичних в ЗОЗ;

кількість молодших медичних сестер в ЗОЗ;

кількість сестер медичних у ВАРІТ;

кількість молодших медичних сестер у ВАРІТ;

число палат для ізоляції пацієнтів з інфекційними хворобами з аерогенним шляхом інфікування;

затверджені керівником ЗОЗ СОП, у тому числі щодо антимікробної терапії;

число ліжок (точок догляду) з диспенсерами із спиртовмісним антисептиком для рук;

число ліжок (точок догляду), які повинні мати диспенсери із спиртовмісним антисептиком для рук відповідно до оцінки інфраструктури і ресурсів для гігієни рук в ЗОЗ, проведеної згідно з Інструкцією;

число палат/кімнат пацієнтів в ЗОЗ;

число одномісних палат/кімнат пацієнтів в ЗОЗ;

число палат/кімнат пацієнтів в ЗОЗ, що оснащені ванною кімнатою;

2) клінічного структурного підрозділу ЗОЗ:

спеціалізація клінічного структурного підрозділу ЗОЗ;

спеціалізація лікарів клінічного структурного підрозділу ЗОЗ;

наявність процедури перевірки доцільності застосування АМП протягом 72 годин після першого призначення;

число проведених ліжкоднів пацієнтами на рік;

кількість використаного спиртовмісного антисептика на рік в літрах;

загальна кількість ліжок в клінічному структурному підрозділі ЗОЗ;

число ліжок (точок догляду) з диспенсерами із спиртовмісним антисептиком для рук;

число ліжок (точок догляду), які повинні мати диспенсери із спиртовмісним антисептиком для рук відповідно до оцінки інфраструктури і ресурсів для гігієни рук в ЗОЗ, проведеної згідно з Інструкцією;

кількість медичних працівників у клінічному структурному підрозділі ЗОЗ;

число палат/кімнат пацієнтів в клінічному структурному підрозділі ЗОЗ;

число одномісних палат/кімнат пацієнтів в клінічному структурному підрозділі ЗОЗ;

число одномісних палат/кімнат пацієнтів в клінічному структурному підрозділі ЗОЗ, що оснащені ванною кімнатою;

3) щодо пацієнта ЗОЗ:

спеціалізація лікуючого лікаря;

проведення оперативних втручань;

вага при народженні (для дітей у віці до одного місяця);

встановлення інвазивних медичних пристроїв (центральний та периферичний судинні катетери, сечовий катетер, інтубаційні трубки, дренажі тощо);

дані щодо антимікробної терапії і профілактики;

дані щодо ІПНМД;

4) на національному рівні:

число ЗОЗ загалом та ЗОЗ, які прийняли участь у дослідженні;

число ліжок в ЗОЗ загалом та в ЗОЗ, які прийняли участь у дослідженні;

число відділень в ЗОЗ загалом та в ЗОЗ, які прийняли участь у дослідженні;

число проведених ліжкоднів в ЗОЗ загалом та в ЗОЗ, які прийняли участь у дослідженні;

методика відбору ЗОЗ для дослідження.

4. ЗОЗ, що включаються в дослідження, визначаються Державною установою «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» (далі – Центр) методом стратифікованої вибірки і затверджуються наказом Міністерства охорони здоров'я України.

5. Критерії включення ЗОЗ у дослідження:

1) надає цілодобову стаціонарну медичну допомогу;

2) мінімальні критерії відсутні (не враховується кількість ліжок, забезпеченість кадрами, профіль ЗОЗ тощо);

3) група ЗОЗ, що знаходиться в одному підпорядкуванні, але розмежовані географічно, вважаються одним ЗОЗ;

4) ЗОЗ не може бути включений в дослідження частіше ніж раз на п'ять років.

6. Центр затверджує та передає у відповідні ЗГЗ не пізніше 01 березня дослідного року список ЗОЗ для дозорного епіднагляду за ІПНМД і терміни проведення дослідження.

7. Терміни проведення дослідження в ЗОЗ визначаються з урахуванням наступного:

1) дані збираються в одній палаті або відділенні за один день;

2) загальний термін проведення дослідження не повинен перевищувати чотирьох тижнів;

3) у випадку, якщо в ЗОЗ існує практика планування госпіталізацій, заборонено проводити дослідження в день планової госпіталізації або в день після планової виписки.

8. Збір даних для дослідження проводиться ЗГЗ відповідно до графіку затвердженого Центром. З метою валідації даних у дослідженні можуть приймати участь представники Центру.


9. Представники ЗГЗ (працівник, який проводить дослідження визначення ОРПНМД і працівник, який вносить дані) та представник(и) ВІК ЗОЗ, в якому проводиться визначення ОРПНМД, мають пройти навчання і підготовку щодо збору даних та перевірки правильності цих даних. Навчання і підготовку проводить Центр.

10. Після перевірки даних представник ЗГЗ (наприклад, статистик або менеджер даних) у термін не пізніше 30 вересня дослідного року вносить дані щодо визначення ОРПНМД до HelicsWin.Net, а паперові форми надсилає до Центру.

11. При аналізі даних, формуванні та представленні звіту щодо проведеного дослідження Центру заборонено використовувати ідентифікаційні дані ЗОЗ та пацієнтів.

12. Після перевірки та аналізу даних Центр формує звіт щодо проведеного визначення ОРПНМД і у термін не пізніше 30 грудня дослідного року надсилає його до Міністерства охорони здоров'я України.

**Генеральний директор Директорату громадсько
здоров'я та профілактики захворюваності**

 **І. Руденко**

Додаток 1
до Порядку здійснення
епідеміологічного нагляду та
ведення обліку інфекційних
хвороб, пов'язаних з
наданням медичної допомоги
(підпункт 1 пункту 6 розділу II,
пункт 7 розділу II)

**Форма збору даних щодо катетер-асоційованих інфекцій кровотоку
(катетеризація периферичної вени)**

I Д	Прізвище, ім'я та по батькові (за наявності) пацієнта, якому встановлено периферичний венозний катетер:	Вік: _____ Дата народження: __/__/__	№ медичної карти ² : _____ Відділення: _____	Дата опрацювання ⁴ : __/__/____
	Діагноз ¹ :	Стать: <input type="checkbox"/> Ч <input type="checkbox"/> Ж	Дослідний номер ³ : _____	Прізвище, ім'я та по батькові (за наявності) епідеміолога: _____
I	Дата постановки: __/__/____ р. Катетер встановлено (підкреслити): вперше / повторно ⁶ Розмір катетера ⁸ : _____	Дата зняття: __/__/____ р.	Прізвище, ім'я та по батькові (за наявності) м/с ² :..... Причина заміни катетера ⁷ (підкреслити): планово / позапланово Інфузійних розчинів на добу ⁹ (мл): _____	
	КАІК ¹⁰ : не встановлено / встановлено (зазначити дату): __/__/____ р. Посів крові ¹¹ (вказати дату): __/__/____ р. Посів спинномозкової рідини (вказати дату) ¹² : __/__/____ р. Посів катетера ¹³ (вказати дату): __/__/____ р. Днів лікування КАІК ¹⁴ (вказати): _____	Збудник(и) вказати: _____ Збудник(и) вказати: _____ Збудник(и) вказати: _____	Вихід КАІК (підкреслити): одужання / смерть внаслідок КАІК / смерть пацієнта внаслідок іншої патології	
II	Клас ASA ¹⁵ :	Вага ¹⁶ :кг Зріст:см		
	<input type="checkbox"/> I – здоровий пацієнт (не курить, зрідка вживає алкоголь); <input type="checkbox"/> II – пацієнт із легким системним захворюванням (захворювання без суттєвих функціональних обмежень) – наприклад, курець, соціальний алкоголік, вагітна, ожиріння з індексом маси тіла більше 30 та менше 40, компенсований цукровий діабет, контрольована артеріальна гіпертензія, захворювання органів дихання в легкій формі; <input type="checkbox"/> III – пацієнт із тяжким системним захворюванням (захворювання із суттєвим обмеженням функціональних можливостей) – наприклад, неконтрольована артеріальна гіпертензія та субкомпенсований цукровий діабет, хронічне обструктивне захворювання легень, патологічне ожиріння (індекс маси тіла більше 40), активний гепатит, алкогольна залежність або зловживання алкоголем, імплантований кардіостимулятор, помірне зниження фракції серцевого викиду, хронічна ниркова недостатність із необхідністю проведення планового гемодіалізу, ішемічна хвороба серця та анамнестично (більше трьох місяців) перенесені інфаркт міокарду, інсульт, транзиторна ішемічна атака, стан після стентування коронарних артерій, недоношений новонароджений; постконцептуальний вік (сума терміну гестації та віку дитини після народження) менше 60 тижнів; <input type="checkbox"/> IV – пацієнт із тяжким системним захворюванням, яке постійно представляє небезпеку для життя – наприклад, нещодавно перенесені (до трьох місяців) інфаркт міокарду, інсульт, транзиторна ішемічна атака, напад стенокардії; тяжка дисфункція серцевих клапанів, різке зниження фракції серцевого викиду, сепсис, ДВЗ-синдром, гостра або хронічна декомпенсована ниркова недостатність; <input type="checkbox"/> V- пацієнт, який помирає (оперативне втручання по життєвим показам) – наприклад, розрив аневризми аорти, тяжка політравма, внутрішньочерепний крововилив, гостра ішемія кишківника при супутній тяжкій кардіальній патології або поліорганній недостатності.			

облікової документації № 096/о «Історія вагітності та пологів № ___», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 21 січня 2016 року № 29, зареєстрована в Міністерстві юстиції України 12 лютого 2016 року за № 232/28362), або у Реєстрі медичних записів, записів про направлення та рецептів в електронній системі охорони здоров'я (далі – медична карта хворого). Номер медичної карти не переноситься до електронного інструменту (програмного забезпечення), який використовується ЗОЗ з метою збереження і аналізу даних рутинного епіднагляду (далі – електронний інструмент).

³ заповнюється при внесенні даних цієї форми до електронного інструменту та має відповідати номеру за порядком в ній. Рекомендовано зазначити номер з двох частин (наприклад, 24/21, де 24 – порядковий номер, 21 – поточний рік).

⁴ день, місяць та рік внесення даних з форми до електронного інструменту.

⁵ прізвище, ім'я та по батькові (за наявності) медичного працівника (медичної сестри або лікаря), який встановив периферичний катетер.

⁶ якщо катетер встановлюється вдруге і наступні рази.

⁷ зазначається виключно при повторному встановленні катетера. Підкреслюється «планово», якщо периферичний катетер замінюється в плановому порядку і про це є відповідний запис в медичній карті хворого або в листку лікарських призначень (форма первинної облікової документації № 003-4/о «Листок лікарських призначень», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 29 травня 2013 року № 435, зареєстрована в Міністерстві юстиції України 17 червня 2013 року за № 990/23522) (далі – листок лікарських призначень). Підкреслюється «позапланово» у всіх випадках, які не відносяться до планової заміни периферичного катетера.

⁸ розмір катетера G, відповідно до специфікації у таблиці:

Розмір, G	Розмір, мм	Об'єм рідини, що проходить за одиницю часу, мл/хв
16	1,7 × 51	≥ 150
18	1,3 × 44	75-149
20	1,1 × 32	55-74
22	0,8 × 25	25-54
24	0,7 × 20	15-24

⁹ загальний об'єм інфузійних розчинів призначених на першу добу після встановлення периферичного катетера, які зазначені в листку лікарських призначень.

¹⁰ підкреслюється «не встановлено» або «встановлено», якщо під час використання периферичного катетера та протягом 48 годин після його видалення, лікарем-епідеміологом або лікуючим лікарем не встановлено або встановлено катетер-асоційовану інфекцію кровотоку, яка безпосередньо пов'язана з даним катетером. В разі підкреслення «встановлено» слід зазначається день, місяць і рік встановлення катетер-асоційованої інфекції кровотоку.

¹¹ день, місяць і рік взяття крові для посіву на поживні середовища, на основі якого було встановлено катетер-асоційовану інфекцію кровотоку.

¹² день, місяць і рік взяття спинномозкової рідини для посіву на поживні середовища, на основі якого було встановлено катетер-асоційовану інфекцію кровотоку.

¹³ день, місяць і рік взяття для посіву частини катетера, який безпосередньо знаходився у периферичній вені, якщо таке взяття проводилося.

¹⁴ кількість днів лікування катетер-асоційованої інфекції кровотоку від дати встановлення катетер-асоційованої інфекції кровотоку до дня закінчення лікування безпосередньо катетер-асоційованої інфекції кровотоку або смерті пацієнта.

¹⁵ клас ASA визначається на основі даних, які отримані на момент поточного поступлення пацієнта в ЗОЗ та зазначені в медичній карті хворого.

¹⁶ вага та зріст пацієнта необхідні для розрахунку його індексу маси тіла.

¹⁷ відзначається за результатами огляду пацієнта у відповідний день (відмітити можна лише один з наведених ступенів запалення).

¹⁸ відмітки проставляються в залежності від комплексу проведених заходів по догляду за периферичним венозним катетером, тобто відзначається декілька заходів в одній графі у відповідний день за інформацією, наявною в медичній карті хворого або в іншому документі, що визначає процедури догляду за периферичними венозними катетерами, затвердженому керівником закладу.

¹⁹ відмічається, якщо на пов'язці, якою покрито/зафіксовано периферичний венозний катетер, зазначена поточна дата на момент занесення відомостей в форму збору даних. Якщо процедуру заміни пов'язки проведено поза датою збору даних (наприклад, у неробочий день), помітка щодо проведення заміни пов'язки робиться в день отримання даних (ретроспективно).

²⁰ відмічається, якщо в медичній карті хворого або в іншому документі, що визначає процедури догляду за периферичними венозними катетерами, затвердженому керівником закладу, при постановці катетера було зазначено дату планової заміни периферичного венозного катетера і таку заміну виконано в поточний день. Якщо процедуру планового видалення проведено поза датою збору даних (наприклад, у неробочий день), помітка щодо планового видалення катетера робиться в день отримання даних (ретроспективно).

²¹ відмічається, якщо в медичній карті хворого або в іншому документі, що визначає процедури догляду за периферичними венозними катетерами, затвердженому керівником закладу, при постановці катетера не було зазначено дату планової заміни периферичного венозного катетера і таку заміну виконано в поточний день. Якщо процедуру позапланового видалення проведено поза датою збору даних (наприклад, у неробочий день), помітка щодо позапланового видалення катетера робиться в день отримання даних (ретроспективно).

²² будь-які інші заходи з догляду за периферичним венозним катетером, які зазначені в медичній карті хворого, листку лікарських призначень або в іншому документі, що визначає процедури догляду за периферичними венозними катетерами, затвердженому керівником закладу, та відмітка щодо виконання яких на поточний день наявна.

Додаток 2
до Порядку здійснення
епідеміологічного нагляду та
ведення обліку інфекційних
хвороб, пов'язаних з
наданням медичної допомоги
(підпункт 1 пункту 6 розділу II,
пункт 7 розділу II)

Форма збору даних щодо катетер-асоційованих інфекцій кровотоку (катетеризація центральної судини)

I Д	Прізвище, ім'я та по батькові (за наявності) пацієнта, якому встановлено центральний судинний катетер:	Вік: _____ років Дата народження: __/__/____	№ медичної карти ² : _____ Відділення: _____	Дата опрацювання ⁴ : __/__/____
	Діагноз ¹ :	Стать: <input type="checkbox"/> Ч <input type="checkbox"/> Ж	Дослідний номер ³ : _____	Прізвище, ім'я та по батькові (за наявності) епідеміолога: _____
1	Дата постановки / зняття: __/__/____ р. / __/__/____ р. Прізвище, ім'я та по батькові (за наявності) лікаря ⁵ : Прізвище, ім'я та по батькові (за наявності) м/с ⁶ : Катетер встановлено (підкреслити): вперше / повторно ⁷ Причина заміни катетеру ⁸ (підкреслити): планово / позапланово Тип катетера ⁹ (підкреслити): діалізний / тунельований / нетунельований / імплантований / неімплантований / встановлений периферично центральний катетер, інше (вписати): Імпрегнація (підкреслити): так / ні Кількість ліній ¹⁰ (вказати): _____ Номер партії катетера ¹¹ (вказати): Судина ¹² : яремна / порожниста / підключична / стегнова / тім'ячко/пупкова / інша (вказати) Частина тіла ¹³ (підкреслити): права / ліва Використання провідника (підкреслити): так / ні Причина постановки ¹⁴ (підкреслити): новий доступ / несправність / планова заміна / аварійна заміна Заміна катетера заплановано ¹⁵ на (вказати дату): __/__/____ КАІК ¹⁶ (підкреслити): не встановлено / встановлено (зазначити дату): __/__/____ р. Посів крові ¹⁷ (вказати дату): __/__/____ р. Збудник(и) вказати: Посів спинномозкової рідини ¹⁸ (вказати дату): __/__/____ р. Збудник(и) вказати: Посів катетеру ¹⁹ (вказати дату): __/__/____ р. Збудник(и) вказати: Днів лікування КАІК ²⁰ (вказати): _____ Вихід КАІК (підкреслити): одужання / смерть внаслідок КАІК / смерть пацієнта внаслідок іншої патології			
2	Клас ASA ²¹ : <input type="checkbox"/> I – здоровий пацієнт (не курить, зрідка вживає алкоголь); Вага ²² :кг <input type="checkbox"/> II – пацієнт із легким системним захворюванням (захворювання без суттєвих функціональних обмежень) – наприклад, курець, соціальний алкоголік, вагітна, ожиріння з індексом маси тіла більше 30 та менше 40, компенсований цукровий діабет, контрольована артеріальна гіпертензія, захворювання органів дихання в легкій формі; Зріст:см <input type="checkbox"/> III – пацієнт із тяжким системним захворюванням (захворювання із суттєвим обмеженням функціональних можливостей) – наприклад, неконтрольована артеріальна гіпертензія та субкомпенсований цукровий діабет, хронічне обструктивне захворювання легень, патологічне ожиріння (індекс маси тіла більше 40), активний гепатит, алкогольна залежність або зловживання алкоголем, імплантований кардіостимулятор, помірне зниження фракції серцевого викиду, хронічна ниркова недостатність із необхідністю проведення планового гемодіалізу, ішемічна хвороба серця та анамнестично (більше трьох місяців) перенесені інфаркт міокарду, інсульт, транзиторна ішемічна атака, стан після стентування коронарних артерій), недоношений новонароджений; постконцептуальний вік (сума терміну гестації та віку дитини після народження) менше 60 тижнів; <input type="checkbox"/> IV – пацієнт із тяжким системним захворюванням, яке постійно представляє небезпеку для життя – наприклад, нещодавно перенесені (до трьох місяців) інфаркт міокарду, інсульт, транзиторна ішемічна атака, напад стенокардії; тяжка дисфункція серцевих клапанів, різке зниження фракції серцевого викиду, сепсис, ДВЗ-синдром, гостра або хронічна декомпенсована ниркова недостатність; <input type="checkbox"/> V- пацієнт, який помирає (оперативне втручання по життєвим показам) – наприклад, розрив аневризми аорти, тяжка політравма, внутрішньочерепний крововилив, гостра ішемія кишківника при супутній тяжкій кардіальній патології або поліорганній недостатності.			

Нагляд ²³ , дні																						
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	Наступний після зняття
3	СЗ: 0	СЗ: 0	СЗ: 0	СЗ: 0	СЗ: 0	СЗ: 0	СЗ: 0	СЗ: 0	СЗ: 0	СЗ: 0	СЗ: 0	СЗ: 0	СЗ: 0	СЗ: 0	СЗ: 0	СЗ: 0	СЗ: 0	СЗ: 0	СЗ: 0	СЗ: 0	СЗ: 0	СЗ: 0
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ступінь запалення (СЗ):

0 – біль і симптоматика відсутні

I – біль/ почервоніння в місці введення катетера

II – біль, набряк, почервоніння, гнійні виділення в місці встановлення катетера

III – біль, набряк, почервоніння, гнійні виділення в місці встановлення катетера, некроз тканин навколо катетера

IV- біль, набряк, почервоніння, некроз тканин навколо катетера, гнійні виділення з катетера

Примітки.

¹ основний клінічний діагноз пацієнта на момент катетеризації центральної судини.

² номер медичної карти стаціонарного хворого (форма первинної облікової документації № 003/о «Медична карта стаціонарного хворого № ____», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110 (у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України від 21 січня 2016 року № 29), зареєстрована в Міністерстві юстиції України 12 лютого 2016 року за № 230/28360, форма первинної облікової документації № 097/о «Медична карта новонародженого № ____», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 21 січня 2016 року № 29, зареєстрована в Міністерстві юстиції України 12 лютого 2016 року за № 233/28363, форма первинної облікової документації № 096/о «Історія вагітності та пологів № ____», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 21 січня 2016 року № 29, зареєстрована в Міністерстві юстиції України 12 лютого 2016 року за № 232/28362), або у Реєстрі медичних записів, записів про направлення та рецептів в електронній системі охорони здоров'я) (далі – медична карта хворого). Номер медичної карти не переноситься до електронного інструменту (програмного забезпечення), який використовується ЗОЗ з метою збереження і аналізу даних рутинного епіднагляду (далі – електронний інструмент).

³ заповнюється при внесенні даних цієї форми до електронного інструменту та має відповідати номеру за порядком в ній. Рекомендовано зазначати номер з двох частин (наприклад, 5/22, де 5 – порядковий номер, 22 – поточний рік).

⁴ день, місяць та рік внесення даних з форми до електронного інструменту.

⁵ прізвище, ім'я та по батькові (за наявності) лікаря, який встановив центральний судинний катетер.

⁶ прізвище, ім'я та по батькові (за наявності) сестри медичної, яка асистувала при постановці центрального судинного катетера.

⁷ якщо катетер встановлюється вдруге і наступні рази.

⁸ зазначається виключно при повторному встановленні катетера. Підкреслюється «планово», якщо центральний судинний катетер замінюється в плановому порядку і про це є відповідний запис в медичній карті хворого або в листку лікарських призначень (форма первинної облікової документації № 003-4/о «Листок лікарських призначень», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 29 травня 2013 року № 435, зареєстрована в Міністерстві юстиції України 17 червня 2013 року за № 990/23522) (далі – листок лікарських призначень). «Позапланово» підкреслюється у всіх випадках, які не відносяться до планової заміни центрального катетера.

⁹ може бути підкреслено декілька позицій: «діалізний» - встановлено центральний судинний катетер для проведення хронічного (планового) гемодіалізу; «тунельований» - встановлено центральний судинний катетер для проведення хронічного (планового) гемодіалізу з формуванням підшкірного тунелю; «нетунельований» - встановлено центральний судинний катетер для проведення хронічного (планового) гемодіалізу без формування підшкірного тунелю; «імплантований» - встановлено порт для тривалих внутрішньовенних інфузій; «неімплантований» - порт для тривалих внутрішньовенних інфузій не встановлено; «встановлений периферично центральний катетер» - катетер, призначений для катетеризації центральної судини, встановлено в периферичну судину; «інше» і зазначити тип катетера - встановлений катетер не відповідає вищезазначеним типам або має будь-які особливості конструкції.

¹⁰ кількість ліній центрального судинного катетера.

¹¹ номер партії катетера, який зазначено безпосередньо на катетері.

¹² відзначається яка судина катетеризована відповідно до запису в медичній карті хворого.

¹³ підкреслюється «права» або «ліва», якщо катетеризована судина анатомічно знаходиться в правій або лівій частині тіла;

¹⁴ підкреслюється відповідна причина постановки: «новий доступ» - у пацієнта на момент катетеризації центральної судини не було встановлено будь-яких інших центральних судинних катетерів. При наявності у пацієнта периферичного венозного катетера і відсутності центрального судинного катетера, центральна катетеризація судини визначається як «новий доступ»; «несправність» - у пацієнта було проведено заміну несправного катетера, відповідно до запису в медичній карті хворого, при цьому форма збору даних щодо заміненого центрального судинного катетера не заповнюється в динаміці (заповнюються лише архівні дані – наприклад, отриманий після зняття результат посіву); «планова заміна» - було проведено планову заміну катетера, відповідно до запису в медичній карті хворого. Плановою заміною не може вважатися: заміна катетера, який встановлено менше ніж за 14 діб до зняття; відомості щодо планової заміни якого зазначені в медичній карті хворого або в документі, що визначає процедури догляду за центральними судинними катетерами, затвердженому керівником закладу; якщо повторна катетеризація проведена без використання провідника; «аварійна заміна» - причина заміни не відповідає всім вищезазначеним причинам.

- ¹⁵ день, місяць та рік запланованої заміни центрального судинного катетера, відповідно до запису в медичній карті хворого або в документі, що визначає процедури догляду за центральними судинними катетерами, затвердженому керівником закладу.
- ¹⁶ підкреслюється «не встановлено» або «встановлено», якщо під час використання центрального судинного катетера та протягом 48 годин після його видалення, лікарем-епідеміологом або лікуючим лікарем не встановлено/встановлено катетер-асоційовану інфекцію кровотоку, яка безпосередньо пов'язана з даним катетером. В разі підкреслення «встановлено» зазначається день, місяць і рік встановлення катетер-асоційованої інфекції кровотоку.
- ¹⁷ день, місяць і рік взяття крові для посіву на поживні середовища, на основі якого було встановлено катетер-асоційовану інфекцію кровотоку.
- ¹⁸ день, місяць і рік взяття спинномозкової рідини для посіву на поживні середовища, на основі якого було встановлено катетер-асоційовану інфекцію кровотоку.
- ¹⁹ день, місяць і рік взяття для посіву частини катетера, який безпосередньо знаходився у периферичній вені, якщо таке взяття проводилося.
- ²⁰ кількість днів лікування катетер-асоційованої інфекції кровотоку, від дати встановлення катетер-асоційованої інфекції кровотоку до дня закінчення лікування катетер-асоційованої інфекції кровотоку або смерті пацієнта.
- ²¹ клас ASA визначається на основі даних, які отримані на момент поточного поступлення пацієнта в ЗОЗ та зазначені в медичній карті хворого.
- ²² вага та зріст пацієнта необхідні для розрахунку індексу маси тіла пацієнта.
- ²³ відзначається за результатами огляду пацієнта у відповідний день (відмітити можна лише один з наведених ступенів запалення).
- ²⁴ відмітки проставляються в залежності від комплексу проведених заходів по догляду за центральним судинним катетером у відповідний день, тобто відзначається декілька заходів в одній графі за інформацією, наявною в медичній карті хворого або в іншому документі, що визначає процедури догляду за центральними судинними катетерами, затвердженому керівником закладу.
- ²⁵ відмічається, якщо на пов'язці, якою покрито/зафіксовано центральний судинний катетер, зазначена поточна дата на момент занесення відомостей в форму збору даних. Якщо процедуру заміни пов'язки проведено поза датою збору даних (наприклад, у неробочий день), помітка щодо заміни пов'язки робиться в день отримання даних (ретроспективно).
- ²⁶ відмічається, якщо в медичній карті хворого, листку лікарських призначень або в іншому документі, що визначає процедури догляду за центральними судинними катетерами, затвердженому керівником закладу, зазначено проведення процедури «антимікробний/антибіотиковий замок». Якщо процедуру «антимікробний/антибіотиковий замок» проведено поза датою збору даних (наприклад, у неробочий день), помітка щодо її проведення робиться в день отримання даних (ретроспективно).
- ²⁷ відмічається, якщо в медичній карті хворого, листку лікарських призначень або в іншому документі, що визначає процедури догляду за центральними судинними катетерами, затвердженому керівником закладу, зазначено накладання пов'язки з хлоргексидином і на пов'язці, якою покрито/зафіксовано центральний судинний катетер, зазначена поточна дата на момент занесення відомостей в форму збору даних. Якщо процедуру накладання пов'язки з хлоргексидином проведено поза датою збору даних (наприклад, у неробочий день), помітка щодо її проведення робиться в день отримання даних (ретроспективно).
- ²⁸ відмічається, якщо в медичній карті хворого, листку лікарських призначень або в іншому документі, що визначає процедури догляду за центральними судинними катетерами, затвердженому керівником закладу, зазначено накладання антимікробної мазі на місце встановлення центрального судинного катетера і на пов'язці, якою покрито/зафіксовано центральний судинний катетер, зазначена поточна дата на момент занесення відомостей в форму збору даних. Якщо антимікробну мазь було накладено поза датою збору даних (наприклад, у неробочий день), помітка щодо її накладання робиться в день отримання даних (ретроспективно).
- ²⁹ відмічається, якщо в медичній карті хворого або в іншому документі, що визначає процедури догляду за центральними судинними катетерами, затвердженому керівником закладу, при постановці катетера було зазначено дату планової заміни центрального судинного катетера і таку заміну виконано в поточний день. Якщо процедуру планового видалення катетера проведено поза датою збору даних (наприклад, у неробочий день), помітка щодо планового видалення катетера робиться в день отримання даних (ретроспективно).
- ³⁰ відмічається, якщо в медичній карті хворого або в іншому документі, що визначає процедури догляду за центральними судинними катетерами, затвердженому керівником закладу, при постановці катетера не було зазначено дату планової заміни периферичного венозного катетера і таку заміну виконано в поточний день. Якщо процедуру позапланового видалення проведено поза датою збору даних (наприклад, у неробочий день), помітка щодо позапланового видалення катетера робиться в день отримання даних (ретроспективно).

³¹ будь-які інші заходи з догляду за центральним судинним катетером, які зазначені в медичній карті хворого, листку лікарських призначень або в іншому документі, що визначає процедури догляду за центральними судинними катетерами, затвердженому керівником закладу, та відмітка щодо виконання яких на поточний день наявна.

Додаток 3
до Порядку здійснення
епідеміологічного нагляду та
ведення обліку інфекційних
хвороб, пов'язаних з
наданням медичної допомоги
(підпункт 2 пункту 6 розділу II,
пункт 7 розділу II)

Форма збору даних щодо катетер-асоційованих інфекцій сечовивідних шляхів

I Д	Прізвище, ім'я та по батькові (за наявності) пацієнта, якому встановлено периферичний венозний катетер:	Вік: _____ Дата народження: __/__/__	№ медичної карти ² : _____ Відділення: _____	Дата опрацювання ⁴ : __/__/____
	Діагноз ¹ :	Стать: <input type="checkbox"/> Ч <input type="checkbox"/> Ж	Дослідний номер ³ : _____	Прізвище, ім'я та по батькові (за наявності) епідеміолога ⁵ : _____
1	Дата постановки: __/__/____ р. Дата зняття: __/__/____ р. Прізвище, ім'я та по батькові (за наявності) ⁶ : _____ Катетер встановлено (підкреслити): вперше ⁷ / повторно ⁸ Причина заміни катетеру ⁹ (підкреслити): планово / позапланово Вид катетера ¹⁰ (підкреслити): Тимана / Малекота / Фолея (двоходовий, трьохходовий) Діаметр катетера ¹¹ (вписати): _____ Матеріал, з якого виготовлено катетер ¹² (підкреслити): гума / полівінілхлорид / латекс / силікон / вкритий сріблом / вкритий АМП / інше (вписати): _____ Показання до постановки ¹³ (підкреслити): гостра затримка сечі / блок сечового міхура / периопераційні заходи / необхідність точного вимірювання діурезу / нетримання сечі після проктологічного хірургічного втручання / догляд за паліативним хворим (пацієнтом) / інше (вписати): _____ Дренажна система ¹⁴ (підкреслити): відкрита / закрита / з антисептичним картриджем / інше (вписати): _____ КАІСВШ ¹⁵ : не встановлено / встановлено (зазначити дату): __/__/____ р. Посів сечі ¹⁶ (вказати дату): __/__/____ р. Збудник(и) вказати: _____ Днів лікування КАІСВШ ¹⁷ (вказати): _____ Вихід КАІСВШ (підкреслити): одужання / смерть внаслідок КАІСВШ / смерть пацієнта внаслідок іншої патології			
2	Клас ASA ¹⁸ : <input type="checkbox"/> I – здоровий пацієнт (не курить, зрідка вживає алкоголь); <input type="checkbox"/> II – пацієнт із легким системним захворюванням (захворювання без суттєвих функціональних обмежень) – наприклад, курець, соціальний алкоголік, вагітна, ожиріння з індексом маси тіла більше 30 та менше 40, компенсований цукровий діабет, контрольована артеріальна гіпертензія, захворювання органів дихання в легкій формі; <input type="checkbox"/> III – пацієнт із тяжким системним захворюванням (захворювання із суттєвим обмеженням функціональних можливостей) – наприклад, неконтрольована артеріальна гіпертензія та субкомпенсований цукровий діабет, хронічне обструктивне захворювання легень, патологічне ожиріння (індекс маси тіла більше 40), активний гепатит, алкогольна залежність або зловживання алкоголем, імплантований кардіостимулятор, помірне зниження фракції серцевого викиду, хронічна ниркова недостатність із необхідністю проведення планового гемодіалізу, ішемічна хвороба серця та анамнестично (більше трьох місяців) перенесені інфаркт міокарду, інсульт, транзиторна ішемічна атака, стан після стентування коронарних артерій), недоношений новонароджений; постконцептуальний вік (сума терміну гестації та віку дитини після народження) менше 60 тижнів; <input type="checkbox"/> IV – пацієнт із тяжким системним захворюванням, яке постійно представляє небезпеку для життя – наприклад, нещодавно перенесені (до трьох місяців) інфаркт міокарду, інсульт, транзиторна ішемічна атака, напад стенокардії; тяжка дисфункція серцевих клапанів, різке зниження фракції серцевого викиду, сепсис, ДВЗ-синдром, гостра або хронічна декомпенсована ниркова недостатність; <input type="checkbox"/> V- пацієнт, який помирає (оперативне втручання по життєвим показам) – наприклад, розрив аневризми аорти, тяжка політравма, внутрішньочерепний крововилив, гостра ішемія кишківника при супутній тяжкій кардіальній патології або поліорганній недостатності.			
			Вага ¹⁹ :кг Зріст:см	

Нагляд, дні ²⁰																						
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	Наступний після зняття
	СЗ:	СЗ:	СЗ:	СЗ:	СЗ:	СЗ:	СЗ:	СЗ:	СЗ:	СЗ:	СЗ:	СЗ:	СЗ:	СЗ:	СЗ:	СЗ:	СЗ:	СЗ:	СЗ:	СЗ:	СЗ:	СЗ:
3	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> I
	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> II
	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> III

Ступінь запалення (СЗ):

- 0 – біль і симптоми відсутні
- I – біль/ дискомфорт в місці введення катетера
- II – біль/ набряк/ почервоніння в місці введення катетера, зміна кольору сечі
- III – біль/ набряк/ почервоніння/ некроз в місці введення катетера, гнійні/ кров'яністі домішки в сечі

Догляд, день ²¹							
	1	2	3	4	5	6	7
4	<input type="checkbox"/> оцінка необхідності подальшого використання <input type="checkbox"/> промивання фізіологічним розчином <input type="checkbox"/> промивання антисептиком <input type="checkbox"/> промивання АМП <input type="checkbox"/> заміна дренажного мішка ²² <input type="checkbox"/> видалення планово ²³ <input type="checkbox"/> видалення позапланово ²⁴ <input type="checkbox"/> гігієна периуретральної ділянки <input type="checkbox"/> інше (вписати): _____	<input type="checkbox"/> оцінка необхідності подальшого використання <input type="checkbox"/> промивання фізіологічним розчином <input type="checkbox"/> промивання антисептиком <input type="checkbox"/> промивання АМП <input type="checkbox"/> заміна дренажного мішка <input type="checkbox"/> видалення планово <input type="checkbox"/> видалення позапланово <input type="checkbox"/> гігієна периуретральної ділянки <input type="checkbox"/> інше (вписати): _____	<input type="checkbox"/> оцінка необхідності подальшого використання <input type="checkbox"/> промивання фізіологічним розчином <input type="checkbox"/> промивання антисептиком <input type="checkbox"/> промивання АМП <input type="checkbox"/> заміна дренажного мішка <input type="checkbox"/> видалення планово <input type="checkbox"/> видалення позапланово <input type="checkbox"/> гігієна периуретральної ділянки <input type="checkbox"/> інше (вписати): _____	<input type="checkbox"/> оцінка необхідності подальшого використання <input type="checkbox"/> промивання фізіологічним розчином <input type="checkbox"/> промивання антисептиком <input type="checkbox"/> промивання АМП <input type="checkbox"/> заміна дренажного мішка <input type="checkbox"/> видалення планово <input type="checkbox"/> видалення позапланово <input type="checkbox"/> гігієна периуретральної ділянки <input type="checkbox"/> інше (вписати): _____	<input type="checkbox"/> оцінка необхідності подальшого використання <input type="checkbox"/> промивання фізіологічним розчином <input type="checkbox"/> промивання антисептиком <input type="checkbox"/> промивання АМП <input type="checkbox"/> заміна дренажного мішка <input type="checkbox"/> видалення планово <input type="checkbox"/> видалення позапланово <input type="checkbox"/> гігієна периуретральної ділянки <input type="checkbox"/> інше (вписати): _____	<input type="checkbox"/> оцінка необхідності подальшого використання <input type="checkbox"/> промивання фізіологічним розчином <input type="checkbox"/> промивання антисептиком <input type="checkbox"/> промивання АМП <input type="checkbox"/> заміна дренажного мішка <input type="checkbox"/> видалення планово <input type="checkbox"/> видалення позапланово <input type="checkbox"/> гігієна периуретральної ділянки <input type="checkbox"/> інше (вписати): _____	<input type="checkbox"/> оцінка необхідності подальшого використання <input type="checkbox"/> промивання фізіологічним розчином <input type="checkbox"/> промивання антисептиком <input type="checkbox"/> промивання АМП <input type="checkbox"/> заміна дренажного мішка <input type="checkbox"/> видалення планово <input type="checkbox"/> видалення позапланово <input type="checkbox"/> гігієна периуретральної ділянки <input type="checkbox"/> інше (вписати): _____

Догляд, день ²¹							
8	9	10	11	12	13	14	
<input type="checkbox"/> оцінка необхідності подальшого використання <input type="checkbox"/> промивання фізіологічним розчином <input type="checkbox"/> промивання антисептиком <input type="checkbox"/> промивання АМП <input type="checkbox"/> заміна дренажного мішка <input type="checkbox"/> видалення планово <input type="checkbox"/> видалення позапланово <input type="checkbox"/> гігієна периуретральної ділянки <input type="checkbox"/> інше (вписати): _____	<input type="checkbox"/> оцінка необхідності подальшого використання <input type="checkbox"/> промивання фізіологічним розчином <input type="checkbox"/> промивання антисептиком <input type="checkbox"/> промивання АМП <input type="checkbox"/> заміна дренажного мішка <input type="checkbox"/> видалення планово <input type="checkbox"/> видалення позапланово <input type="checkbox"/> гігієна периуретральної ділянки <input type="checkbox"/> інше (вписати): _____	<input type="checkbox"/> оцінка необхідності подальшого використання <input type="checkbox"/> промивання фізіологічним розчином <input type="checkbox"/> промивання антисептиком <input type="checkbox"/> промивання АМП <input type="checkbox"/> заміна дренажного мішка <input type="checkbox"/> видалення планово <input type="checkbox"/> видалення позапланово <input type="checkbox"/> гігієна периуретральної ділянки <input type="checkbox"/> інше (вписати): _____	<input type="checkbox"/> оцінка необхідності подальшого використання <input type="checkbox"/> промивання фізіологічним розчином <input type="checkbox"/> промивання антисептиком <input type="checkbox"/> промивання АМП <input type="checkbox"/> заміна дренажного мішка <input type="checkbox"/> видалення планово <input type="checkbox"/> видалення позапланово <input type="checkbox"/> гігієна периуретральної ділянки <input type="checkbox"/> інше (вписати): _____	<input type="checkbox"/> оцінка необхідності подальшого використання <input type="checkbox"/> промивання фізіологічним розчином <input type="checkbox"/> промивання антисептиком <input type="checkbox"/> промивання АМП <input type="checkbox"/> заміна дренажного мішка <input type="checkbox"/> видалення планово <input type="checkbox"/> видалення позапланово <input type="checkbox"/> гігієна периуретральної ділянки <input type="checkbox"/> інше (вписати): _____	<input type="checkbox"/> оцінка необхідності подальшого використання <input type="checkbox"/> промивання фізіологічним розчином <input type="checkbox"/> промивання антисептиком <input type="checkbox"/> промивання АМП <input type="checkbox"/> заміна дренажного мішка <input type="checkbox"/> видалення планово <input type="checkbox"/> видалення позапланово <input type="checkbox"/> гігієна периуретральної ділянки <input type="checkbox"/> інше (вписати): _____	<input type="checkbox"/> оцінка необхідності подальшого використання <input type="checkbox"/> промивання фізіологічним розчином <input type="checkbox"/> промивання антисептиком <input type="checkbox"/> промивання АМП <input type="checkbox"/> заміна дренажного мішка <input type="checkbox"/> видалення планово <input type="checkbox"/> видалення позапланово <input type="checkbox"/> гігієна периуретральної ділянки <input type="checkbox"/> інше (вписати): _____	
4	15	16	17	18	19	20	21
<input type="checkbox"/> оцінка необхідності подальшого використання <input type="checkbox"/> промивання фізіологічним розчином <input type="checkbox"/> промивання антисептиком <input type="checkbox"/> промивання АМП <input type="checkbox"/> заміна дренажного мішка <input type="checkbox"/> видалення планово <input type="checkbox"/> видалення позапланово <input type="checkbox"/> гігієна периуретральної ділянки <input type="checkbox"/> інше (вписати): _____	<input type="checkbox"/> оцінка необхідності подальшого використання <input type="checkbox"/> промивання фізіологічним розчином <input type="checkbox"/> промивання антисептиком <input type="checkbox"/> промивання АМП <input type="checkbox"/> заміна дренажного мішка <input type="checkbox"/> видалення планово <input type="checkbox"/> видалення позапланово <input type="checkbox"/> гігієна периуретральної ділянки <input type="checkbox"/> інше (вписати): _____	<input type="checkbox"/> оцінка необхідності подальшого використання <input type="checkbox"/> промивання фізіологічним розчином <input type="checkbox"/> промивання антисептиком <input type="checkbox"/> промивання АМП <input type="checkbox"/> заміна дренажного мішка <input type="checkbox"/> видалення планово <input type="checkbox"/> видалення позапланово <input type="checkbox"/> гігієна периуретральної ділянки <input type="checkbox"/> інше (вписати): _____	<input type="checkbox"/> оцінка необхідності подальшого використання <input type="checkbox"/> промивання фізіологічним розчином <input type="checkbox"/> промивання антисептиком <input type="checkbox"/> промивання АМП <input type="checkbox"/> заміна дренажного мішка <input type="checkbox"/> видалення планово <input type="checkbox"/> видалення позапланово <input type="checkbox"/> гігієна периуретральної ділянки <input type="checkbox"/> інше (вписати): _____	<input type="checkbox"/> оцінка необхідності подальшого використання <input type="checkbox"/> промивання фізіологічним розчином <input type="checkbox"/> промивання антисептиком <input type="checkbox"/> промивання АМП <input type="checkbox"/> заміна дренажного мішка <input type="checkbox"/> видалення планово <input type="checkbox"/> видалення позапланово <input type="checkbox"/> гігієна периуретральної ділянки <input type="checkbox"/> інше (вписати): _____	<input type="checkbox"/> оцінка необхідності подальшого використання <input type="checkbox"/> промивання фізіологічним розчином <input type="checkbox"/> промивання антисептиком <input type="checkbox"/> промивання АМП <input type="checkbox"/> заміна дренажного мішка <input type="checkbox"/> видалення планово <input type="checkbox"/> видалення позапланово <input type="checkbox"/> гігієна периуретральної ділянки <input type="checkbox"/> інше (вписати): _____	<input type="checkbox"/> оцінка необхідності подальшого використання <input type="checkbox"/> промивання фізіологічним розчином <input type="checkbox"/> промивання антисептиком <input type="checkbox"/> промивання АМП <input type="checkbox"/> заміна дренажного мішка <input type="checkbox"/> видалення планово <input type="checkbox"/> видалення позапланово <input type="checkbox"/> гігієна периуретральної ділянки <input type="checkbox"/> інше (вписати): _____	

Примітки.

¹ основний клінічний діагноз пацієнта на момент катетеризації периферичної вени.

² номер медичної карти стаціонарного хворого (форма первинної облікової документації № 003/о «Медична карта стаціонарного хворого № ____», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110 (у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України від 21 січня 2016 року № 29), зареєстрована в Міністерстві юстиції України 12 лютого 2016 року за № 230/28360, форма первинної облікової документації № 097/о «Медична карта новонародженого № ____», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 21 січня 2016 року № 29, зареєстрована в Міністерстві юстиції України 12 лютого 2016 року за № 233/28363, форма первинної облікової документації № 096/о «Історія вагітності та пологів № ____», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 21 січня 2016 року № 29, зареєстрована в Міністерстві юстиції України 12 лютого 2016 року за № 232/28362), або у Реєстрі медичних записів, записів про направлення та рецептів в електронній системі охорони здоров'я)

(далі – медична карта хворого). Номер медичної карти не переноситься до електронного інструменту (програмного забезпечення), який використовується ЗОЗ з метою збереження і аналізу даних рутинного епіднагляду (далі – електронний інструмент).

³ заповнюється при внесенні даних спостереження до електронного інструменту та має відповідати номеру за порядком в ній. Рекомендовано зазначати номер з двох частин (наприклад, 100/22, де 100 – порядковий номер, 22 – поточний рік).

⁴ день, місяць та рік внесення даних з форми до електронного інструменту.

⁵ прізвище, ім'я та по батькові (за наявності) лікаря-епідеміолога ВІК, який відповідальний за збір, верифікацію та обробку даних щодо катетер-асоційованих інфекцій кровотоку в ЗОЗ.

⁶ прізвище, ім'я та по батькові (за наявності) медичного працівника (медичної сестри або лікаря), який встановив катетер.

⁷ якщо сечовий катетер встановлюється вперше протягом поточного перебування в ЗОЗ.

⁸ катетер встановлюється вдруге і наступні рази.

⁹ зазначається виключно при повторному встановленні катетера. Підкреслюється «планово», якщо сечовий катетер замінюється в плановому порядку і про це є відповідний запис в медичній карті хворого або в листку лікарських призначень (форма первинної облікової документації № 003-4/о «Листок лікарських призначень», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 29 травня 2013 року № 435, зареєстрована в Міністерстві юстиції України 17 червня 2013 року за № 990/23522) (далі – листок лікарських призначень), «позапланово» - у всіх випадках, які не відносяться до планової заміни сечового катетера.

¹⁰ по типу Тиман (з жорстким вигнутим кінцем), Малекота - встановлено відповідну систему в цистостомі, пристосування Пеццера зазначається, як Малекота. Підкреслюється «Фолея», якщо встановлено сечовий катетер Фолея: двоходовий – двотрубна система, трьохходовий– тритрубна.

¹¹ зазначається виключно, якщо у виді катетера підкреслено «Фолея». Вписується розмір, який вказано на сечовому катетері (наприклад, 14 F).

¹² матеріал, з якого виготовлено катетер, відповідно до інструкції до сечового катетера. Може бути підкреслено декілька позицій.

¹³ підкреслюється лише одна (найбільш відповідна) позиція відповідно до медичної карти хворого.

¹⁴ підкреслюється лише одна позиція: «відкрита» - сечовий катетер не з'єднано герметично зі збиральним/дренажним мішком; «закрита» - сечовий катетер герметично з'єднано зі збиральним мішком; «з асептичним картриджем» - сечовий катетер з'єднано герметично зі збиральним/дренажним мішком та наявний асептичний картридж між сечовим катетером (сечовим міхуром) і збиральним/дренажним мішком; «інше» і зазначається тип та/або особливості дренажної системи, якщо жодна з вищеперерахованих позицій не підходить або не повністю описує дренажну систему.

¹⁵ підкреслюється «не встановлено» або «встановлено», якщо під час використання сечового катетера та протягом 7 днів після його видалення, лікарем-епідеміологом або лікуючим лікарем не встановлено/встановлено катетер-асоційовану інфекцію сечовивідних шляхів, яка безпосередньо пов'язана з даним катетером. В разі підкреслення «встановлено» зазначається день, місяць і рік встановлення катетер-асоційованої інфекції сечовивідних шляхів.

¹⁶ день, місяць і рік взяття сечі для посіву на поживні середовища, на основі якого було встановлено катетер-асоційовану інфекцію сечовивідних шляхів.

¹⁷ кількість днів лікування катетер-асоційованої інфекції сечовивідних шляхів від дати встановлення катетер-асоційованої інфекції сечовивідних шляхів до дня закінчення лікування катетер-асоційованої інфекції сечовивідних шляхів або смерті пацієнта.

¹⁸ клас ASA визначається на основі даних, які отримані на момент поточного поступлення пацієнта в ЗОЗ та зазначені в медичній карті хворого.

¹⁹ вага та зріст пацієнта використовуються для розрахунку його індексу маси тіла.

²⁰ відзначається за результатами огляду пацієнта у відповідний день (відмітити можна лише один з наведених ступенів запалення).

²¹ відмітки проставляються в залежності від комплексу проведених заходів по догляду за сечовим катетером відповідно до медичної карти хворого або іншого документа, що визначає процедури догляду за сечовими катетерами, затвердженого керівником закладу, може відмічатися декілька пунктів в один день догляду. Якщо захід з догляду проведено поза датою збору даних (наприклад, у неробочий день), помітка щодо його проведення робиться в день отримання даних (ретроспективно)..

²² відмічається, якщо в медичній карті хворого або в іншому документі, що визначає процедури догляду за сечовими катетерами, затвердженому керівником закладу, зазначено на дату збору даних проведення заміни збирального/дренажного мішка. Якщо заміна відбулася позапланово або поза датою збору даних (наприклад, у неробочий день), помітка щодо проведення заміни збирального/дренажного мішка робиться в день отримання даних (ретроспективно).

²³ відмічається, якщо в медичній карті хворого або в іншому документі, що визначає процедури догляду за сечовими катетерами, затвердженому керівником закладу, при постановці катетера було зазначено дату планового видалення сечового катетера і таке видалення виконано в поточний день. Якщо видалення відбулося поза датою збору даних (наприклад, у неробочий день) помітка щодо проведення видалення катетера робиться в день отримання даних (ретроспективно).

²⁴ відмічається, якщо в медичній карті хворого або в іншому документі, що визначає процедури догляду за сечовими катетерами, затвердженому керівником закладу, при постановці катетера не було зазначено дату планового видалення сечового катетера і таке видалення виконано в поточний день. Якщо видалення відбулося поза датою збору даних (наприклад, у неробочий день) помітка щодо проведення видалення катетера робиться в день отримання даних (ретроспективно).

²⁵ будь-які інші заходи з догляду за сечовим катетером, які зазначені в медичній карті хворого, листку лікарських призначень або в іншому документі, що визначає процедури догляду за сечовими катетерами, затвердженому керівником закладу, та відмітка щодо виконання яких на поточний день наявна.

Додаток 4
до Порядку здійснення
епідеміологічного нагляду та
ведення обліку інфекційних
хвороб, пов'язаних з
наданням медичної допомоги
(підпункт 3 пункту 6 розділу II,
пункт 7 розділу II)

Форма збору даних щодо вентилятор-асоційованих пневмоній

I Д	Прізвище, ім'я та по батькові (за наявності) пацієнта, якому проведено інтубацію з ШВЛ:	Вік: _____ років Дата народження: __/__/____	№ медичної карти ¹ : _____ Відділення: _____	Дата опрацювання ⁴ : __/__/____
	Діагноз ² :	Стать: <input type="checkbox"/> Ч <input type="checkbox"/> Ж	Дослідний номер ³ : _____	Прізвище, ім'я та по батькові (за наявності) епідеміолога: _____
1	Дата інтубації/екстубації ⁵ : __/__/____ р. / __/__/____ р. Прізвище, ім'я та по батькові (за наявності) лікаря ⁶ : Прізвище, ім'я та по батькові (за наявності) м/с ⁷ : Діаметр інтубаційної трубки (вказати) ⁸ : _____ Номер партії інтубаційної трубки ⁹ (вказати): _____ Складна інтубація ¹⁰ (підкреслити): так / ні Інтубація (підкреслити): перша / повторна (вказати дату першої інтубації) ¹¹ : __/__/____ р. Екстубація/трахеостомія запланована ¹² (вказати дату): __/__/____ р. Тип інтубаційної трубки ¹³ (підкреслити): звичайна / ультратонка поліуретанова/ вкрита сріблом / вкрита АМП / інше (вписати): _____ Манжета ¹⁴ (підкреслити): з дренажним портом / наявна / відсутня / інше (вказати): _____ Трахеостомія (дата втручання/дата видалення): __/__/____ р. / __/__/____ р. Дослідний номер форми збору даних щодо ІОХВ ¹⁵ : _____ ВАП ¹⁶ (підкреслити): не встановлено / встановлено (зазначити дату): __/__/____ р. Посів мокроти ¹⁷ (вказати дату): __/__/____ р. Збудник(и) вказати: _____ Посів взято шляхом ¹⁸ (підкреслити): бронхо-альвеолярний лаваж / санація / пасивне відкашлювання / інше (вписати): _____ Посів крові ¹⁹ (вказати дату): __/__/____ р. Збудник(и) вказати: _____ Днів лікування ВАП ²⁰ (вказати): _____ Вихід ВАП (підкреслити): одужання / смерть внаслідок ВАП / смерть пацієнта внаслідок іншої патології			
2	Клас ASA ²¹ : <input type="checkbox"/> I – здоровий пацієнт (не курить, зрідка вживає алкоголь); Вага ²² : кг <input type="checkbox"/> II – пацієнт із легким системним захворюванням (захворювання без суттєвих функціональних обмежень) – наприклад, курець, соціальний алкоголік, вагітна, ожиріння з індексом маси тіла більше 30 та менше 40, компенсований цукровий діабет, контрольована артеріальна гіпертензія, захворювання органів дихання в легкій формі; Зріст: см <input type="checkbox"/> III – пацієнт із тяжким системним захворюванням (захворювання із суттєвим обмеженням функціональних можливостей) – наприклад, неконтрольована артеріальна гіпертензія та субкомпенсований цукровий діабет, хронічне обструктивне захворювання легень, патологічне ожиріння (індекс маси тіла більше 40), активний гепатит, алкогольна залежність або зловживання алкоголем, імплантований кардіостимулятор, помірне зниження фракції серцевого викиду, хронічна ниркова недостатність із необхідністю проведення планового гемодіалізу, ішемічна хвороба серця та анамністично (більше трьох місяців) перенесені інфаркт міокарду, інсульт, транзиторна ішемічна атака, стан після стентування коронарних артерій, недоношений новонароджений; постконцептуальний вік (сума терміну гестації та віку дитини після народження) менше 60 тижнів; <input type="checkbox"/> IV – пацієнт із тяжким системним захворюванням, яке постійно представляє небезпеку для життя – наприклад, нещодавно перенесені (до трьох місяців) інфаркт міокарду, інсульт, транзиторна ішемічна атака, напад стенокардії; тяжка дисфункція серцевих клапанів, різке зниження фракції серцевого викиду, сепсис, ДВЗ-синдром, гостра або хронічна декомпенсована ниркова недостатність; <input type="checkbox"/> V- пацієнт, який помирає (оперативне втручання по життєвим показам) – наприклад, розрив аневризми аорти, тяжка політравма, внутрішньочерепний крововилив, гостра ішемія кишківника при супутній тяжкій кардіальній патології або поліорганній недостатності.			

Примітки.

1. трахеостомія – хірургічне втручання, рутинний епідеміологічний нагляд за яким проводиться окремо. Якщо пацієнту замінено інтубаційну трубку на трахеостому, форма збору даних щодо вентилятор-асоційованих пневмоній продовжується, при цьому додатково заповнюється форма щодо збору даних за інфекцією області хірургічного втручання.

2. неінвазивна вентиляція легень не підпадає під збір даних щодо вентилятор-асоційованих пневмоній, оскільки при цьому відсутній комплекс чинників, які сприяють розвитку вентилятор-асоційованої пневмонії.

¹ номер медичної карти стаціонарного хворого (форма первинної облікової документації № 003/о «Медична карта стаціонарного хворого № ____», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110 (у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України від 21 січня 2016 року № 29), зареєстрована в Міністерстві юстиції України 12 лютого 2016 року за № 230/28360, форма первинної облікової документації № 097/о «Медична карта новонародженого № ____», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 21 січня 2016 року № 29, зареєстрована в Міністерстві юстиції України 12 лютого 2016 року за № 233/28363, форма первинної облікової документації № 096/о «Історія вагітності та пологів № ____», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 21 січня 2016 року № 29, зареєстрована в Міністерстві юстиції України 12 лютого 2016 року за № 232/28362), або у Реєстрі медичних записів, записів про направлення та рецептів в електронній системі охорони здоров'я (далі – медична карта хворого). Номер медичної карти не переноситься до електронного інструменту (програмного забезпечення), який використовується ЗОЗ з метою збереження і аналізу даних рутинного епіднагляду (далі – електронний інструмент).

² основний клінічний діагноз пацієнта на момент інтубації з штучною вентиляцією легень.

³ заповнюється при внесенні інформації з цієї форми збору даних до електронного інструменту та має відповідати номеру за порядком в ній. Рекомендовано зазначити номер з двох частин (наприклад, 23/22, де 23 – порядковий номер, 22 – поточний рік).

⁴ день, місяць та рік внесення даних з форми до електронного інструменту.

⁵ день, місяць та рік інтубації з переходом на штучну вентиляцію легень і день, місяць та рік припинення штучної вентиляції легень з використанням інвазивних пристроїв, а саме:

дата екстубації з наступною трахеостомією і продовженням штучної вентиляції легень не є датою екстубації;

дата припинення штучної вентиляції легень з використанням трахеостоми є датою екстубації;

дата припинення штучної вентиляції легень із залишенням трахеостоми (наприклад, трахеостомія при неоперабельних пухлинах гортані) є датою екстубації;

дата екстубації з наступною неінвазивною штучною вентиляцією легень є датою екстубації;

дата екстубації з наступною реінтубацією протягом наступних 48 годин не є датою екстубації і не потребує оформлення нової форми збору даних щодо вентилятор-асоційованих пневмоній;

дата інтубації, яку було проведено протягом 48 годин після екстубації, не є датою інтубації і в даній формі зазначається в розділі «Догляд, дні», як «інше» із зазначенням «інтубація після екстубації протягом 48 годин».

⁶ прізвище, ім'я та по батькові (за наявності) лікаря, який встановив інтубаційну трубку (провів інтубацію), про що наявний запис в медичній картці хворого.

⁷ прізвище, ім'я та по батькові (за наявності) медичного працівника (сестри медичної), який асистував під час встановлення інтубаційної трубки (проведення інтубації).

⁸ діаметр інтубаційної трубки, який вказано в інструкції до виробу або в іншому супровідному документі та/або на видимій частині інтубаційної трубки, який залишився видимим після встановлення.

⁹ номер партії, який вказаний на інтубаційній трубці (заборонено визначати номер партії по упаковці, інструкції або інших супровідних документів до виробу).

¹⁰ підкреслюється «так», якщо в медичній карті хворого в протоколі інтубації (постановки інтубаційної трубки) зазначено, що інтубація була складною. Необхідно підкреслити «ні», якщо в медичній карті в протоколі інтубації (постановки інтубаційної трубки) зазначено, що інтубація була не складною або не зазначена складність проведення інтубації (постановки інтубаційної трубки).

¹¹ підкреслити «перша», якщо інтубаційна/трахеостомічна трубка встановлюється вперше протягом поточного перебування в ЗОЗ, або «повторно», якщо інтубаційна/трахеостомічна трубка встановлюється другий і наступні рази із зазначенням дати (день, місяць та рік) першої інтубації/трахеостомії.

¹² запланована дата екстубації/трахеостомії (день, місяць і рік), яка зазначена в медичній карті хворого, в листку лікарських призначень (форма № 003-4/о «Листок лікарських призначень»), затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 29 травня 2013 року № 435, зареєстрована в Міністерстві юстиції України 17 червня 2013 року за № 990/23522) (далі – листок лікарських призначень) або в іншому документі, що визначає процедури догляду за пацієнтами, які знаходяться на штучній вентиляції легень, затвердженому керівником закладу.

¹³ може бути підкреслено декілька позиції:

«звичайна», якщо жоден із наступних пунктів не характеризує тип інтубаційної трубки;

«ультратонка поліуретанова», якщо в інструкції до інтубаційної трубки зазначено, що вона є ультратонкою та виготовлена з поліуретану;

«вкрита сріблом», якщо в інструкції до інтубаційної трубки зазначено, що поверхня інтубаційної трубки імпрегнована сріблом;

«вкрита АМП», якщо в інструкції до інтубаційної трубки зазначено, що поверхня інтубаційної трубки вкрита антимікробним(и) агентом(ами);

«інше» і зазначається матеріал та/або покриття поверхні інтубаційної трубки, які вказані в інструкції виробника, але відсутні в наведених вище графах.

¹⁴ може бути підкреслено лише одну (найбільш відповідну) позицію:

«з дренажним портом», якщо в інструкції до інтубаційної трубки зазначено, що інтубаційна трубка має манжету та дренажний порт;

«наявна», якщо в інструкції до інтубаційної трубки зазначено, що інтубаційна трубка має манжету;

«відсутня», якщо в інструкції до інтубаційної трубки зазначено, що інтубаційна трубка не має манжети;

«інше» і зазначається характеристики манжети, які вказані в інструкції виробника, але відсутні в наведених вище графах.

¹⁵ заповнюється при внесенні даних спостереження до електронного інструменту та має відповідати дослідному номеру форми збору даних щодо інфекцій області хірургічного втручання (рутинний епідеміологічний нагляд за інфекційними ускладненнями після проведеної трахеостомії, відповідно до додатку 5 до цього Порядку).

¹⁶ підкреслюється «не встановлено» або «встановлено», якщо під час використання інтубаційної/трахеостомічної трубки та протягом 48 годин після її видалення, лікарем-епідеміологом або лікуючим лікарем не було встановлено або було встановлено вентилятор-асоційовану пневмонію, яка безпосередньо пов'язана з даною інтубаційною/трахеостомічною трубкою. В разі зазначення «встановлено» вказується день, місяць і рік встановлення вентилятор-асоційованої пневмонії.

¹⁷ день, місяць і рік взяття мокроти для посіву на поживні середовища, на основі якого було встановлено вентилятор-асоційовану пневмонію.

¹⁸ підкреслюється лише одна (найбільш відповідна) позиція

¹⁹ день, місяць і рік взяття крові для посіву на поживні середовища, якщо даний посів проводився з метою підтвердження/встановлення сепсису, як ускладнення вентилятор-асоційованої пневмонії.

²⁰ кількість днів лікування вентилятор-асоційованої пневмонії від дати встановлення вентилятор-асоційованої пневмонії до дня закінчення лікування безпосередньо вентилятор-асоційованої пневмонії або смерті пацієнта.

²¹ клас ASA визначається на основі даних, які отримані на момент поточного поступлення пацієнта в ЗОЗ та зазначені в медичній карті хворого.

²² вага та зріст пацієнта необхідні для розрахунку індексу маси тіла пацієнта.

²³ відмітки проставляються в залежності від комплексу проведених заходів по догляді за пацієнтом у відповідний день, який знаходиться на штучній вентиляції легень, тобто відзначається декілька заходів в одній графі за інформацією, наявною в медичній карті хворого або в іншому документі, що визначає процедури догляду за пацієнтами, які знаходяться на штучній вентиляції легень, затвердженому керівником закладу.

Якщо пацієнта повторно переведено на інвазивну штучну вентиляцію легень протягом 48 годин (наприклад, повторна інтубація після екстубації), проведені заходи по догляді в дні коли інвазивна штучна вентиляція не проводилася не відзначаються. Дні без інвазивної штучної вентиляції легень не повинні бути враховані при розрахунку епідеміологічних показників щодо вентилятор-асоційованих пневмоній (наприклад, показників розповсюдженості вентилятор-асоційованих пневмоній на кількість днів інтубації).

²⁴ відмічається, якщо в медичній карті хворого або в іншому документі зазначено, що дихальний контур замінюється планово (наприклад, кожні 7 днів) і таку заміну виконано в поточний день. Якщо заміна відбулася поза датою збору даних (наприклад, у неробочий день) помітку щодо проведення заміни дихального контура необхідно зробити в день отримання даних (ретроспективно).

²⁵ відмічається, якщо в медичній карті хворого або в іншому документі не зазначено, що дихальний контур замінюється планово і таку заміну виконано в поточний день. Якщо заміна відбулася поза датою збору даних (наприклад, у неробочий день) помітку щодо проведення заміни дихального контура необхідно зробити в день отримання даних (ретроспективно).

²⁶ будь-які інші заходи з догляду за пацієнтом, який знаходиться на штучній вентиляції легень, що зазначені в медичній карті хворого, листку лікарських призначень або в іншому документі і відмітка щодо виконання яких на поточний день наявна.

Додаток 5
до Порядку здійснення
епідеміологічного нагляду та
ведення обліку інфекційних
хвороб, пов'язаних з наданням
медичної допомоги
(підпункт 4 пункту 6 розділу II,
пункт 7 розділу II)

Форма збору даних щодо інфекцій області хірургічного втручання

I Д	Прізвище, ім'я та по батькові (за наявності) пацієнта:	Вік: _____ Дата народження: __/__/__	№ медичної карти ¹ : _____ Відділення: _____	Дата заповнення ⁴ : __/__/_____ Дата опрацювання ⁵ : __/__/_____ __/__/_____ __/__/_____
	Діагноз ² :	Стать: <input type="checkbox"/> Ч <input type="checkbox"/> Ж	Дослідний номер ³ : _____	
1	Назва операції ⁶ : Операційна: Прізвище, ім'я та по батькові (за наявності) хірурга ⁷ : Дата втручання: __/__/____ р. Прізвище, ім'я та по батькові (за наявності) асистента ⁸ :			
2	Індекси ризику	Клас ASA⁹: <input type="checkbox"/> I – здоровий пацієнт (не курить, зрідка вживає алкоголь); <input type="checkbox"/> II – пацієнт із легким системним захворюванням (захворювання без суттєвих функціональних обмежень) – наприклад, курець, соціальний алкоголік, вагітна, ожиріння з індексом маси тіла більше 30 та менше 40, компенсований цукровий діабет, контрольована артеріальна гіпертензія, захворювання органів дихання в легкій формі; <input type="checkbox"/> III – пацієнт із тяжким системним захворюванням (захворювання із суттєвим обмеженням функціональних можливостей) – наприклад, неконтрольована артеріальна гіпертензія та субкомпенсований цукровий діабет, хронічне обструктивне захворювання легень, патологічне ожиріння (індекс маси тіла більше 40), активний гепатит, алкогольна залежність або зловживання алкоголем, імплантований кардіостимулятор, помірне зниження фракції серцевого викиду, хронічна ниркова недостатність із необхідністю проведення планового гемодіалізу, ішемічна хвороба серця та анамнестично (більше трьох місяців) перенесені інфаркт міокарду, інсульт, транзиторна ішемічна атака, стан після стентування коронарних артерій), недоношений новонароджений; постконцептуальний вік (сума терміну гестації та віку дитини після народження) менше 60 тижнів; <input type="checkbox"/> IV – пацієнт із тяжким системним захворюванням, яке постійно представляє небезпеку для життя – наприклад, нещодавно перенесені (до трьох місяців) інфаркт міокарду, інсульт, транзиторна ішемічна атака, напад стенокардії; тяжка дисфункція серцевих клапанів, різке зниження фракції серцевого викиду, сепсис, ДВЗ-синдром, гостра або хронічна декомпенсована ниркова недостатність; <input type="checkbox"/> V- пацієнт, який помирає (оперативне втручання по життєвим показам) – наприклад, розрив аневризми аорти, тяжка політравма, внутрішньочерепний крововилив, гостра ішемія кишківника при супутній тяжкій кардіальній патології або поліорганній недостатності.		
3		Клас рани¹¹: <input type="checkbox"/> чиста (не проникає у колонізовані мікроорганізмами тканини і порожнини) <input type="checkbox"/> чиста забруднена (контрольовано проникає у колонізовані мікроорганізмами тканини і порожнини) <input type="checkbox"/> забруднена (місце втручання забруднене потенційно інфікованими виділеннями) <input type="checkbox"/> брудна (область втручання інфікована)		
4		Початок¹²: __/__/____ Закінчення: __/__/____ Тривалість: ____ год. ____ хв.	Невідкладність операції: <input type="checkbox"/> невідкладна – має бути виконана негайно аби врятувати життя <input type="checkbox"/> ургентна – має бути виконана протягом 24-48 годин <input type="checkbox"/> напів-факультативна – має бути виконана протягом днів-тижнів <input type="checkbox"/> факультативна – без часових обмежень	

Периопераційні заходи		
5	Підготовка пацієнта: Доопераційна ванна/душ всього тіла: <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні дата: __/__/__ Використано: <input type="checkbox"/> мило <input type="checkbox"/> інший антисептичний засіб Видалення волосся: <input type="checkbox"/> бритва <input type="checkbox"/> ножиці <input type="checkbox"/> без видалення Видалення волосся: <input type="checkbox"/> вдома <input type="checkbox"/> у відділенні <input type="checkbox"/> в операційній Дата видалення волосся: __/__/__ р.	Хірургічна підготовка шкіри: <input type="checkbox"/> спиртовий розчин хлоргексидину <input type="checkbox"/> спиртовий повідон-йод <input type="checkbox"/> водний розчин хлоргексидину <input type="checkbox"/> водний розчин повідон-йоду Після обробки шкіра повністю висухла: <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні
	Передопераційна профілактика АМП¹⁴: <input type="checkbox"/> не показана <input type="checkbox"/> показана, але не була проведена через <input type="checkbox"/> недоступність ¹⁵ <input type="checkbox"/> інша причина ¹⁶ (вписати): _____ Використаний АМП¹⁷: <input type="checkbox"/> амоксицилін + клавулонова к-та <input type="checkbox"/> цефазолін <input type="checkbox"/> ванкомицин <input type="checkbox"/> ципрофлоксацин <input type="checkbox"/> гентаміцин <input type="checkbox"/> метронідазол <input type="checkbox"/> пеніцилін <input type="checkbox"/> інший: _____ Доза ¹⁸ : _____ мг Час введення: __:__:__ Повторне введення ¹⁹ : __:__:__	Хірургічна обробка рук²⁰: <input type="checkbox"/> спиртовмісний антисептик <input type="checkbox"/> мило + вода <input type="checkbox"/> інший антисептик ²¹ : _____ Тривалість процедури²²: __ хв
	Післяопераційна АМП-терапія: АМП-профілактика була закінчена після операції ²³ : <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні Якщо ні, які АМП були призначені ²⁴ : АМП 1: _____ Доза: _____ мг Доз на добу: ____ Курс: __ днів АМП 2: _____ Доза: _____ мг Доз на добу: ____ Курс: __ днів Причина ²⁵ : <input type="checkbox"/> післяопераційна профілактика <input type="checkbox"/> лікування ІОХВ <input type="checkbox"/> виділення з рани/дренажу <input type="checkbox"/> інше: _____	Дренаж/імплант Локалізація ²⁶ : _____ Тип дреноування: <input type="checkbox"/> відкритий <input type="checkbox"/> закритий АМП призначений за відсутності інфікованих виділень: <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні Імплант: <input type="checkbox"/> металоостеосинтез <input type="checkbox"/> сітка <input type="checkbox"/> шкірний трансплант <input type="checkbox"/> інше ²⁷ : _____
6	Інші заходи²⁸ (описати): _____ _____ _____ _____	

Занесено в базу даних: так ні

Прізвище, ім'я та по батькові (за наявності) епідеміолога: _____

Примітки.

¹ номер медичної карти стаціонарного хворого (форма первинної облікової документації № 003/о «Медична карта стаціонарного хворого № ____», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110 (у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України від 21 січня 2016 року № 29), зареєстрована в Міністерстві юстиції України 12 лютого 2016 року за № 230/28360, форма первинної облікової документації № 097/о «Медична карта новонародженого № ____», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 21 січня 2016 року № 29, зареєстрована в Міністерстві юстиції України 12 лютого 2016 року за № 233/28363, форма первинної облікової документації № 096/о «Історія вагітності та пологів № ____», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 21 січня 2016 року № 29, зареєстрована в Міністерстві юстиції України 12 лютого 2016 року за № 232/28362), або у Реєстрі медичних записів, записів про направлення та рецептів в електронній системі охорони здоров'я) (далі – медична карта хворого). Номер медичної карти не переноситься до електронного інструменту (програмного забезпечення), який використовується ЗОЗ з метою збереження і аналізу даних рутинного епідагляду (далі – електронний інструмент).

² основний клінічний діагноз пацієнта на момент проведення хірургічного втручання. У випадках якщо основний клінічний діагноз не є показанням до проведення оперативного втручання, необхідно зазначити два діагнози за наступною формою: основний клінічний діагноз / діагноз, який є причиною проведення оперативного втручання (наприклад, лімфобластний лейкоз / гострий апендицит).

³ дослідний номер заповнюється при внесенні даних цієї форми до електронного інструменту та має відповідати номеру за порядком в ній. Рекомендовано зазначити номер з двох частин (наприклад, 11/25, де 11 – порядковий номер, 25 – поточний рік).

⁴ день, місяць та рік внесення даних в форму збору даних.

⁵ день, місяць та рік внесення даних з форми до електронного інструменту.

⁶ назва оперативного втручання із списку, що наведений нижче (зазначається назва оперативного втручання, яке найбільше підходить):

- 1) видалення аневризми черевного відділу аорти;
- 2) ампутація кінцівки;
- 3) оперативне втручання на апендикулярному відростку;
- 4) постановка шунта для діалізу;
- 5) хірургія жовчних протоків, печінки і підшлункової залози;
- 6) хірургія молочної залози;
- 7) операції на серці;
- 8) каротидна ендартеректомія;
- 9) шунтування коронарних артерій із розрізом грудної клітини та донорської ділянки;
- 10) шунтування коронарної артерії із розрізом лише грудної клітини;
- 11) хірургія жовчного міхура;
- 12) хірургія товстого кишківника;
- 13) краніотомія;
- 14) кесарів розтин;
- 15) спонділодез;
- 16) відкрите лікування перелому;
- 17) хірургія шлунку;
- 18) хірургія кил;
- 19) артропластика кульшового суглобу;
- 20) пересадка серця;
- 21) абдомінальна гістеректомія;
- 22) артропластика колінного суглобу;
- 23) пересадка нирки;
- 24) ламінектомія;
- 25) пересадка печінки;
- 26) хірургія ділянки шиї;
- 27) хірургія нирок;
- 28) хірургія яєчників;
- 29) оперативні втручання пов'язані із встановленням та обслуговуванням кардіостимулятора;
- 30) хірургія простати;
- 31) периферичне судинне шунтування;
- 32) проктологія;
- 33) хірургія хребта;
- 34) хірургія тонкої кишки;
- 35) хірургія селезінки;
- 36) торакальна хірургія;
- 37) хірургія щитовидної та паращитовидної залоз;
- 38) вагінальна гістеректомія;
- 39) шунтування шлуночків головного мозку;
- 40) діагностична лапаротомія.

У випадках якщо пацієнту проводиться одночасно декілька видів оперативних втручань (наприклад, при політравмі), оформляються форми збору даних відповідно до кількості хірургічних бригад.

⁷ прізвище, ім'я та по батькові (за наявності) лікаря-хірурга, який проводить оперативне втручання. У випадках якщо хірургічна бригада складається з більше ніж двох лікарів хірургів, в графі «Прізвище, ім'я та по батькові (за наявності) хірурга» зазначається Прізвище, ім'я та по батькові (за наявності) керівника хірургічної бригади. У випадках якщо оперативне втручання проводить декілька хірургічних бригад (наприклад, оперативні втручання при політравмі), заповнюються форми збору даних окремо по кожному з втручань.

⁸ прізвище, ім'я та по батькові (за наявності) лікаря-хірурга, який асистував під час проведення оперативного втручання. У випадках якщо хірургічна бригада складається з більше ніж двох лікарів хірургів в графі «Прізвище,

ім'я та по батькові (за наявності) асистента» зазначається Прізвище, ім'я та по батькові (за наявності) заступника керівника хірургічної бригади.

⁹ клас ASA визначається на основі даних, які отримані на момент поточного поступлення пацієнта в ЗОЗ та зазначені в медичній карті хворого.

¹⁰ вага та зріст пацієнта використовуються для розрахунку індексу маси тіла пацієнта.

¹¹ зазначається клас рани відповідно до ризику розвитку ІОХВ (розділ III Порядку профілактики інфекційних хвороб, пов'язаних із наданням медичної допомоги, в закладах охорони здоров'я, які надають медичну допомогу в стаціонарних умовах, затвердженого цим наказом).

¹² день, місяць, рік, година та хвилина початку та закінчення оперативного втручання, які зазначено в медичній карті хворого, тривалість оперативного втручання в годинах і хвиликах.

¹³ Заповнення розділу 5 «Периопераційні заходи» проводиться відповідно до даних медичної карти хворого.

¹⁴ якщо передопераційна антибіотикопрофілактика показана і була проведена, ця графа не заповнюється.

¹⁵ вказати «недоступність», якщо антимикробного лікарського засобу не було в наявності.

¹⁶ інша причина вказується, якщо лікарський засіб був в наявності, але його не ввели пацієнту.

¹⁷ заповнюється виключно, якщо передопераційна антибіотикопрофілактика була проведена. Відмічається антибактеріальний лікарський засіб або їх комбінація, що були введені пацієнту з метою проведення передопераційної антибіотикопрофілактики: амоксицилін в поєднанні з клавулановою кислотою, цефазолін, флоксацилін, ванкоміцин, ципрофлоксацин, гентаміцин, метронідазол, пеніцилін; відмічається «інший» та зазначається діюча речовина або речовини антибактеріального(их) препарату(ів), що були введені пацієнту з метою проведення передопераційної антибактеріальної профілактики, якщо у наведеному списку відсутній використаний лікарський засіб.

¹⁸ доза антибактеріального препарату, який було введено пацієнту з метою проведення передопераційної антибіотикопрофілактики в міліграмах; в разі, якщо використовувалися два або більше лікарських засобів (діючих речовин), зазначаються дози всіх засобів через скіну ризику.

¹⁹ заповнюється виключно, якщо антибактеріальний препарат вводився повторно протягом оперативного втручання з метою проведення антибіотикопрофілактики. Зазначається година і хвилина повторного введення антибактеріального(их) препарату(ів).

²⁰ якщо хірургічна обробка рук не проводилася, ця графа не заповнюється.

²¹ якщо використовувався інший антисептичний засіб, який не зазначено в переліку, відмічається «інший антисептик» і вписується його назва або діюча речовина.

²² заповнюється виключно, якщо хірургічна обробка рук проводилася. Вказується тривалість хірургічної обробки рук в хвиликах.

²³ відмічається «так», якщо антибактеріальні препарати не вводилися пацієнту після накладання швів (закриття операційного поля) або «ні», якщо пацієнту продовжили вводити антибактеріальні препарати після закінчення оперативного втручання.

²⁴ АМП 1 та АМП 2 – вказується діюча речовина антибактеріальних лікарських засобів, які були призначені пацієнту в післяопераційному періоді; у випадках, коли антибактеріальних препаратів призначено більше двох, в розділі 6 необхідно додати пункти АМП 3, АМП 4, АМП 5 і т.д. та вписати діючу речовину антибактеріального препарату, дозу введення, дозу на день та днів призначення; якщо антибактеріальний лікарський засіб складається з двох діючих речовин (наприклад, амоксицилін в поєднанні з клавулановою кислотою), їх потрібно зазначити окремо: АМП 1 – амоксицилін, АМП 2 – клавуланова кислота, і подальші підпункти заповнювати відповідно до діючих речовин.

²⁵ заповнюється виключно, якщо пацієнту продовжили вводити антибактеріальні препарати після закінчення оперативного втручання. Відмічається причина призначення антибактеріальних препаратів пацієнту відповідно до записів в медичній карті хворого: післяопераційна профілактика (відзначається виключно у випадках, коли післяопераційна профілактика проводиться більш тривалий термін в разі трансплантації органів, кардіохірургічних втручань або ендопротезування суглобів), лікування ІОХВ, виділення з рани/дренажу; відмічається «інше» і вписується причина, якщо в наведеному переліку причина призначення антибактеріальної терапії відсутня.

²⁶ локалізація розміщення дренажу/імпланту; якщо дренажів/імплантів декілька, їх необхідно зазначити окремо із зазначенням типу дренивання, відомостей щодо призначення АМП і виду імпланту в «інших заходах» (пункт б форми).

²⁷ відмітити «інше» і вписати вид/тип імпланту, якщо в наведеному переліку він відсутній.

²⁸ в цьому розділі зазначаються заходи, які важливі з точки зору епідеміологічного нагляду за ІОХВ, але які не увійшли до інших розділів цієї форми збору даних. Крім того, в даний розділ слід вносити дані, які не вмістилися у відповідний розділ форми (наприклад, призначені антибактеріальні засоби та вид імпланту).

Додаток 6
до Порядку здійснення
епідеміологічного нагляду та
ведення обліку інфекційних
хвороб, пов'язаних з наданням
медичної допомоги
(підпункт 4 пункту 6 розділу II,
пункт 7 розділу II)

**Форма збору даних щодо інфекцій області хірургічного
втручання в післяопераційний період**

І Д	Прізвище, ім'я та по батькові (за наявності) пацієнта:	Вік: років Дата народження: .../.../.... р.	№ медичної карти:	Місце проживання:
	Номер телефону пацієнта:			
	Номер телефону контактної особи: Прізвище та ім'я контактної особи:			

Дата поступлення:/...../..... р.

Дата виписки:/...../..... р.

День ¹	Дата	Подія ²	АМП ³	Симптоми ІОХВ ⁴	Прізвище, ім'я та по батькові (за наявності) лікуючого лікаря
1		ОВ			
2-3					
4-5					
6-7					
8-10					
11-14					
15-17					
18-21					
22-25					
26-29					
30				Кінець спостереження за ІОХВ (стандарт)	

Інфекція області хірургічного втручання: так ні

Пацієнт повторно поступив на хірургічне лікування: ні так (причина):

Дата повторної госпіталізації з приводу ІОХВ:/...../..... р. Дата виписки:/...../..... р.

<input type="checkbox"/> Поверхнева ІОХВ <input type="checkbox"/> гнійні виділення із поверхневої післяопераційної рани або <input type="checkbox"/> ідентифіковано мікроорганізм із зразка, що взятий із рани ⁵ або <input type="checkbox"/> післяопераційну рану розкрито повторно та <input type="checkbox"/> наявні симптоми гострого інфекційного захворювання або <input type="checkbox"/> лікуючий лікар встановив діагноз	<input type="checkbox"/> Глибока ІОХВ <input type="checkbox"/> гнійні виділення із глибокої післяопераційної рани або <input type="checkbox"/> післяопераційну рану розкрито повторно та <input type="checkbox"/> ідентифіковано мікроорганізм із зразка, що взятий із рани ⁵ або <input type="checkbox"/> наявні симптоми гострого інфекційного захворювання або <input type="checkbox"/> наявний глибокий запальний процес гнійного характеру, в тому числі абсцес візуально/пункційно/при повторному розтині	<input type="checkbox"/> ІОХВ орган/порожнина <input type="checkbox"/> гнійні виділення по дренажу, який встановлений в порожнину/орган в нормі не колонізований мікроорганізмами або <input type="checkbox"/> при обстеженні (візуалізації) знайдено запальний процес або абсцес в органі/порожнині, що дотичні до оперативного втручання <input type="checkbox"/> ідентифіковано мікроорганізм із зразка, що взятий із органа/порожнини ⁵	
Інші післяопераційні ускладнення: <input type="checkbox"/> неінфекційні місцеві ускладнення в області післяопераційної рани (наприклад, кровотеча або аномальна реакція з боку шкіри) Смерть пацієнта: .../.../..... р. Причина смерті:			
Результати бактеріологічного обстеження*	Зразок взято Дата: .../.../..... вид матеріалу:	Ідентифікований мікроорганізм(и): 1. 2. 3.	Чутливість до АМП: 1. 2. 3.

Дата заповнення форми: .../.../..... р. Форма перевірена⁶: так ні Підпис:

Примітки:

¹ спостереження протягом 30 днів після проведення оперативного втручання.

² взаємодія із пацієнтом починаючи з оперативного втручання (ОВ): видалення/заміна пов'язки (ЗП), огляд лікуючим лікарем в стаціонарі (ОЛ), виписка із стаціонару (ВС), огляд лікуючим лікарем на дому або в амбулаторних умовах (ОД), опитування лікуючим лікарем по телефону (ОТ), повторне поступлення (ПП), повторне оперативне втручання (ПОВ), нагляд завершено (НЗ) із вказанням причини (наприклад, відмова від подальшого лікування або виписка під нагляд сімейного лікаря).

³ для кожної події зазначається дата призначення антимікробного препарату (АМП) та його назва (якщо антибіотик не призначається, необхідно зазначити «ні»).

⁴ зазначаються (при наявності) та відмічаються у відповідній графі (поверхнева/глибока ІОХВ або ІОХВ орган/порожнина): виділення по дренажу (гнійні, кров'яністі, зміна кольору з/на, тощо); біль/болісність в області рани, якщо це є непритаманним симптомом; локальний набряк, почервоніння шкіри, підвищена температура шкіри в області післяопераційної рани; будь-яке погіршення стану хворого як суб'єктивного так і об'єктивного характеру (наприклад, гіпертермія, загальне нездужання, зниження артеріального тиску, підвищення частоти серцевих скорочень тощо).

⁵ більшість післяопераційних ран швидко колонізуються мікроорганізмами, тому виділення збудника має діагностичну цінність лише при правильно взятому зразку для дослідження (матеріал набирається в асептичних умовах лише у пацієнтів, які мають симптоми ІОХВ).

⁶ форма перевіряється та підписується працівником ВІК, який відповідальний за рутинний епіднагляд ІОХВ або статистиком.