LARYNGOLOGIA I APARATY SŁUCHOWE OŚRODEK ZABIEGOWY I DIAGNOSTYCZNY

UL. DOLNA WILDA 16, 61-552 POZNAŃ

KARTA OCENY RYZYKA WYSTĄPIENIA ZAKAŻENIA PRZY PRZYJĘCIU PACJENTA DO SZPITALA

Imię i nazwisko pacjenta WIEK

Data przyjęcia do szpitala

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| CZYNNIKI RYZYKA W CHWILI PRZYJĘCIA DO SZPITALA | TAK | NIE |
| wiek powyżej 75 lat lub < 2 lat lub ciąża |  |  |
| pobyt w szpitalu w ostatnich 6 miesiącach |  |  |
| zabiegi operacyjne, badania wykonywane w ostatnich 6 miesiącach (stomatologia, ginekologia, chirurgia, urologia, okulistyka, inne) - także w gabinetach prywatnych |  |  |
| zabiegi kosmetyczne (manicure, pedicure, tatuaże, kolczykowanie itp.) |  |  |
| zmiany na skórze (ropne, alergiczne, egzema) / odleżyny/ akupunktura |  |  |
| przewlekłe zakażenie (np. wirusowe zapalenie wątroby, gruźlica, HIV/AIDS) |  |  |
| szczepienie przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby (pełne, niepełne, brak) |  |  |
| przetoczenia preparatów krwiopochodnych <6 m-cy |  |  |
| wcześniej przebyte zakażenia związane ze świadczeniami zdrowotnymi (<12 m-cy) |  |  |
| cukrzyca |  |  |
| przyjmowanie antybiotyków 3 miesięcy przed hospitalizacją |  |  |
| choroba nowotworowa |  |  |
| palenie tytoniu inne nałogi |  |  |
| Inne: |  |  |

DATA WYPEŁNIENIA IMIĘ I NAZWISKO, PODPIS OSOBY WYPEŁNIAJĄCEJ

LARYNGOLOGIA I APARATY SŁUCHOWE OŚRODEK ZABIEGOWY I DIAGNOSTYCZNY

UL. DOLNA WILDA 16, 61-552 POZNAŃ

KARTA OCENY RYZYKA WYSTĄPIENIA ZAKAŻENIA PRZY PRZYJĘCIU PACJENTA DO SZPITALA

Imię i nazwisko pacjenta WIEK

Data przyjęcia do szpitala

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| CZYNNIKI RYZYKA W CHWILI PRZYJĘCIA DO SZPITALA | TAK | NIE |
| wiek powyżej 75 lat lub < 2 lat lub ciąża |  |  |
| pobyt w szpitalu w ostatnich 6 miesiącach |  |  |
| zabiegi operacyjne, badania wykonywane w ostatnich 6 miesiącach (stomatologia, ginekologia, chirurgia, urologia, okulistyka, inne) - także w gabinetach prywatnych |  |  |
| zabiegi kosmetyczne (manicure, pedicure, tatuaże, kolczykowanie itp.) |  |  |
| zmiany na skórze (ropne, alergiczne, egzema) / odleżyny/ akupunktura |  |  |
| przewlekłe zakażenie (np. wirusowe zapalenie wątroby, gruźlica, HIV/AIDS) |  |  |
| szczepienie przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby (pełne, niepełne, brak) |  |  |
| przetoczenia preparatów krwiopochodnych <6 m-cy |  |  |
| wcześniej przebyte zakażenia związane ze świadczeniami zdrowotnymi (<12 m-cy) |  |  |
| cukrzyca |  |  |
| przyjmowanie antybiotyków 3 miesięcy przed hospitalizacją |  |  |
| choroba nowotworowa |  |  |
| palenie tytoniu inne nałogi |  |  |
| Inne: |  |  |

DATA WYPEŁNIENIA IMIĘ I NAZWISKO, PODPIS OSOBY WYPEŁNIAJĄCEJ