

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 miesiące 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 miesiące przed hospitalizacją		
choroba nowotworowa		
palenie tytoniu inne nałogi		
Inne:		

DATA WYPEŁNIENIA IMIĘ I NAZWISKO, PODPIS OSOBY WYPEŁNIAJĄCEJ