

1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ						
(110) Ημερομηνία Καταγραφής: ____ / ____ / ____			(111) Υπεύθυνος Καταγραφής:			
(112) Κλινική / Μονάδα (ολογράφως ή σύντημηση): [.....]			(113) Ειδικότητα Κλινικής / Μονάδας: [.....]			
(114) Νοσοκομείο:			(115) Αριθμός Εντύπου: [.....]			
2. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ						
(211) Αριθμός Μητρώου Ασθενούς: [.....]			(212) Φύλο: Άρρεν <input type="checkbox"/> , Θήλυ <input type="checkbox"/>			
(213) Ηλικία: [.....] έτη ή (214) [.....] μήνες, αν < 2 ετών			(215) Εισαγωγή Νοσ/μείο: Επείγουσα <input type="checkbox"/> , Προγρ/νη <input type="checkbox"/> , ΑΓΝ <input type="checkbox"/>			
(216) Ημερομηνία Εισαγωγής Νοσ/μείο: ____ / ____ / ____			(217) Ημερομηνία Εισαγωγής Κλινική: ____ / ____ / ____			
(218) Ειδικότητα Α/Θ: [.....]			(219) Βάρος γέννησης, αν < 30 ημερών: [.....] γραμμάρια			
3. ΠΑΡΕΜΒΑΤΙΚΕΣ ΣΥΣΚΕΥΕΣ (την Ημέρα Καταγραφής)						
(311) Ουροκαθετήρας: Ναι <input type="checkbox"/> , Όχι <input type="checkbox"/>		(314) Επεμβατική Μηχανική Υποστήριξη Αναπνοής (ΕΜΥΑ): Ναι <input type="checkbox"/> , Όχι <input type="checkbox"/>				
(312) Περιφερικός Αγγειακός Καθετήρας: Ναι <input type="checkbox"/> , Όχι <input type="checkbox"/>		(315) Διασωλήνωση (με ή χωρίς ΕΜΥΑ): Ναι <input type="checkbox"/> , Όχι <input type="checkbox"/>				
(313) Κεντρικός Αγγειακός Καθετήρας: Ναι <input type="checkbox"/> , Όχι <input type="checkbox"/>						
4. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ (τις τελευταίες 30 ημέρες)						
(401) Επέμβαση: Όχι <input type="checkbox"/> , Επέμβαση NHSN <input type="checkbox"/> , Άλλη επέμβαση <input type="checkbox"/> , ΑΓΝ <input type="checkbox"/> (402) Ημερομηνία Επ/σης: ____ / ____ / ____						
(403) Περιγραφή Επέμβασης NHSN: [.....]						
5. ΑΤΟΜΙΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ / ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ (πριν τη λοίμωξη για ασθενείς με ΝΛ)						
(502) Σοβαρότητα Υποκείμενης Νόσου (Δείκτης McCabe): μη-θανατηφόρος <input type="checkbox"/> , τελικά θανατηφόρος (1 – 5 έτη) <input type="checkbox"/> , ταχεία θανατηφόρος (< 1 έτος) <input type="checkbox"/> , ΑΓΝ <input type="checkbox"/>						
(503) Ουδετεροπενία: Ναι <input type="checkbox"/> , Όχι <input type="checkbox"/> , ΑΓΝ <input type="checkbox"/>		(504) Αγγειακή Εγκεφαλική Νόσος: Ναι <input type="checkbox"/> , Όχι <input type="checkbox"/> , ΑΓΝ <input type="checkbox"/>				
(505) HIV λοίμωξη: Ναι <input type="checkbox"/> , Όχι <input type="checkbox"/> , ΑΓΝ <input type="checkbox"/>		(506) Χρόνια Πνευμονοπάθεια: Ναι <input type="checkbox"/> , Όχι <input type="checkbox"/> , ΑΓΝ <input type="checkbox"/>				
(507) Ημιπληγία: Ναι <input type="checkbox"/> , Όχι <input type="checkbox"/> , ΑΓΝ <input type="checkbox"/>		(508) Νόσος Συνδυετικού Ιστού: Ναι <input type="checkbox"/> , Όχι <input type="checkbox"/> , ΑΓΝ <input type="checkbox"/>				
(509) Ανοϊκή Συνδρομή: Ναι <input type="checkbox"/> , Όχι <input type="checkbox"/> , ΑΓΝ <input type="checkbox"/>		(510) Συμφορ. Καρδιακή Ανεπάρκεια: Ναι <input type="checkbox"/> , Όχι <input type="checkbox"/> , ΑΓΝ <input type="checkbox"/>				
(511) Λέμφωμα: Ναι <input type="checkbox"/> , Όχι <input type="checkbox"/> , ΑΓΝ <input type="checkbox"/>		(512) Περιφερική Αγγειακή Νόσος: Ναι <input type="checkbox"/> , Όχι <input type="checkbox"/> , ΑΓΝ <input type="checkbox"/>				
(513) Λευχαιμία: Ναι <input type="checkbox"/> , Όχι <input type="checkbox"/> , ΑΓΝ <input type="checkbox"/>		(514) Έμφραγμα Μυοκαρδίου: Ναι <input type="checkbox"/> , Όχι <input type="checkbox"/> , ΑΓΝ <input type="checkbox"/>				
(515) Χρόνια Νεφρική Νόσος Μέτριας ή Σοβαρής βαρύτητας: Ναι <input type="checkbox"/> , Όχι <input type="checkbox"/> , ΑΓΝ <input type="checkbox"/>						
(516) Σακχαρώδης Διαβήτης: Ναι: Χωρίς συστηματικές επιπλοκές <input type="checkbox"/> , Ναι: Με συστηματικές επιπλοκές <input type="checkbox"/> , Όχι <input type="checkbox"/> , ΑΓΝ <input type="checkbox"/>						
(517) Χρόνια Ηπατική Νόσος: Ναι: Ήπια <input type="checkbox"/> , Ναι: Μέτριας ή σοβαρής βαρύτητας <input type="checkbox"/> , Όχι <input type="checkbox"/> , ΑΓΝ <input type="checkbox"/>						
(518) Συμπαγής Όγκος: Ναι: Μη-μεταστατικός <input type="checkbox"/> , Ναι: Μεταστατικός <input type="checkbox"/> , Όχι <input type="checkbox"/> , ΑΓΝ <input type="checkbox"/>						
6. ΚΥΡΙΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΤΗΝ ΗΜΕΡΑ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ						
(601) Ο ασθενής λαμβάνει Αντιβιοτικά (*): Ναι <input type="checkbox"/> , Όχι <input type="checkbox"/> (αν Ναι, συμπληρώστε τα δεδομένα της ενότητας 8)						
(602) Ο ασθενής έχει Ενεργή Νοσοκομειακή Λοίμωξη (ΝΛ): Ναι <input type="checkbox"/> , Όχι <input type="checkbox"/> (αν Ναι, συμπληρώστε τα δεδομένα των ενότητων 9.1 – 9.3)						
(*) Συμπεριλαμβάνεται η χρήση αντιβιοτικών για χειρουργική προφύλαξη 24 ώρες πριν την ημέρα καταγραφής (8 π.μ. – 8 π.μ)						
7. ΕΚΒΑΣΗ 3 ΜΗΝΕΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ						
(701) Έκβαση: Εξιτήριο <input type="checkbox"/> , Παραμονή <input type="checkbox"/> , Θάνατος <input type="checkbox"/> , ΑΓΝ <input type="checkbox"/>					(702) Ημερομηνία Έκβασης: ____ / ____ / ____	
8. ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΑ (Την ημέρα της καταγραφής. Καταγράφεται η χειρουργική προφύλαξη 24 ώρες πριν.)						
	Όνομασία Δραστικής Ουσίας:	Οδός:	Ένδειξη:	Διάγνωση:	Αιτιολόγηση:	Ημερ/νία έναρξης:
1	(810) [.....]	(811) [.....]	(812) [.....]	(813) [.....]	(814) Ν <input type="checkbox"/> , Ο <input type="checkbox"/>	(815) ____ / ____ / ____
2	(820) [.....]	(821) [.....]	(822) [.....]	(823) [.....]	(824) Ν <input type="checkbox"/> , Ο <input type="checkbox"/>	(825) ____ / ____ / ____
3	(830) [.....]	(831) [.....]	(832) [.....]	(833) [.....]	(834) Ν <input type="checkbox"/> , Ο <input type="checkbox"/>	(835) ____ / ____ / ____
4	(840) [.....]	(841) [.....]	(842) [.....]	(843) [.....]	(844) Ν <input type="checkbox"/> , Ο <input type="checkbox"/>	(845) ____ / ____ / ____
5	(850) [.....]	(851) [.....]	(852) [.....]	(853) [.....]	(854) Ν <input type="checkbox"/> , Ο <input type="checkbox"/>	(855) ____ / ____ / ____

