

NOWE PRZEPISY W SPRAWIE CZYNNIKÓW ALARMOWYCH, REJESTRACJI I RAPORTOWANIA ZAKAŻEŃ SZPITALNYCH

Dr med. Paweł Grzesiowski

**STOWARZYSZENIE HIGIENY LECZNICTWA
FUNDACJA INSTYTUT PROFILAKTYKI ZAKAŻEŃ**

1.03.2012



PODSTAWOWE DEFINICJE (ustawa o chorobach zakaźnych z 2008 r.)



- czynnik alarmowy — biologiczny czynnik chorobotwórczy o szczególnej zjadliwości lub oporności;
- nosiciel — osoba bez objawów choroby zakaźnej, w której organizmie bytują biologiczne czynniki chorobotwórcze, stanowiąca potencjalne źródło zakażenia innych osób;
- zakażenie — wniknięcie do organizmu i rozwój w nim biologicznego czynnika chorobotwórczego;



Rozdział 3: Zakażenia związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych oraz innych czynności, w trakcie wykonywania których dochodzi do naruszenia ciągłości tkanek ludzkich

- Art. 11. 1. Kierownicy zakładów opieki zdrowotnej oraz inne osoby udzielające świadczeń zdrowotnych są obowiązani do podejmowania działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych.**
- 2. Działania, o których mowa w ust. 1, obejmują w szczególności:**
- 1) ocenę ryzyka wystąpienia zakażenia związanego z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych;**
 - 2) monitorowanie czynników alarmowych i zakażeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywanych świadczeń;**
 - 3) opracowanie, wdrożenie i nadzór nad procedurami zapobiegającymi zakażeniom i chorobom zakaźnym związanym z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, w tym dekontaminacji:**
 - a) skóry i błon śluzowych lub innych tkanek,**
 - b) wyrobów medycznych oraz powierzchni pomieszczeń i urządzeń;**
 - 4) stosowanie środków ochrony indywidualnej i zbiorowej w celu zapobieżenia przeniesienia na inne osoby biologicznych czynników chorobotwórczych;**
 - 5) wykonywanie badań laboratoryjnych oraz analizę lokalnej sytuacji epidemiologicznej w celu optymalizacji profilaktyki i terapii antybiotykowej;**
 - 6) prowadzenie kontroli wewnętrznej w zakresie realizacji działań, o których mowa w ust. 1.**



USTAWA '2008

Art. 14.

1. Kierownicy szpitali lub zespołów zakładów opieki zdrowotnej, w skład których wchodzi szpital, są obowiązani do wdrożenia i zapewnienia funkcjonowania systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych, obejmującego:

- 1) powołanie i nadzór nad działalnością zespołu i komitetu kontroli zakażeń szpitalnych;
- 2) ocenę ryzyka i monitorowanie występowania zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych;



USTAWA '2008

- 3) organizację udzielania świadczeń zdrowotnych, w sposób zapewniający:
 - a) zapobieganie zakażeniom szpitalnym i szerzeniu się czynników alarmowych,
 - b) warunki izolacji pacjentów z zakażeniem lub chorobą zakaźną oraz pacjentów szczególnie podatnych na zakażenia szpitalne,
 - c) możliwość wykonywania badań laboratoryjnych w ciągu całej doby,
 - d) wykonywanie badań laboratoryjnych, umożliwiających identyfikację biologicznych czynników chorobotwórczych wywołujących zakażenia i choroby zakaźne, oraz ich weryfikację przez podmioty, o których mowa w art. 9 ust. 2,
 - e) ograniczenie narastania lekooporności biologicznych czynników chorobotwórczych w wyniku niewłaściwego stosowania profilaktyki i terapii antybiotykowej;
- 4) monitorowanie i rejestrację zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych;
- 5) sporządzanie i przekazywanie właściwemu państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala;
- 6) zgłaszanie w ciągu 24 godzin potwierdzonego epidemicznego wzrostu liczby zakażeń szpitalnych państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu.



USTAWA '2008

2. Kierownicy szpitali lub zespołów zakładów opieki zdrowotnej, w skład których wchodzi szpital, są obowiązani do gromadzenia w szpitalu informacji o zakażeniach szpitalnych i czynnikach alarmowych oraz prowadzenia rejestru zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych.
3. W odniesieniu do zakładów opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności, w skład których wchodzi szpital, do powołania zespołu i komitetu kontroli zakażeń szpitalnych są obowiązani dyrektorzy właściwych zakładów karnych i aresztów śledczych.
4. Informacje o zakażeniach szpitalnych i czynnikach alarmowych zawierają:
 - 1) rozpoznanie kliniczne zakażenia szpitalnego lub czynnika alarmowego;
 - 2) charakterystykę podstawowych objawów klinicznych;
 - 3) okoliczności wystąpienia zakażenia, zachorowania lub zgonu z powodu zakażenia szpitalnego lub czynnika alarmowego, ze szczególnym uwzględnieniem czynników ryzyka oraz charakterystyki biologicznego czynnika zakaźnego, oraz inne informacje niezbędne do sprawowania nadzoru epidemiologicznego, zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej.



USTAWA '2008

- 5. Rejestr zawiera następujące dane osób, u których rozpoznano zakażenie szpitalne lub czynnik alarmowy:**
- 1) imię i nazwisko; 2) datę urodzenia; 3) numer PESEL, a w przypadku gdy osobie nie nadano tego numeru – serię i numer paszportu albo numer identyfikacyjny innego dokumentu, na podstawie którego jest możliwe ustalenie danych osobowych; 4) płeć; 5) adres miejsca zamieszkania; 6) rozpoznanie kliniczne zakażenia szpitalnego lub czynnika alarmowego oraz charakterystykę podstawowych objawów klinicznych oraz okoliczności wystąpienia zakażenia, zachorowania lub zgonu z powodu zakażenia szpitalnego lub czynnika alarmowego, ze szczególnym uwzględnieniem czynników ryzyka oraz charakterystyki biologicznego czynnika chorobotwórczego, oraz inne informacje niezbędne do sprawowania nadzoru epidemiologicznego, zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej.
- 6. Rejestr zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych może być prowadzony w formie papierowej lub w systemie elektronicznym, a dane w nim zgromadzone są udostępniane podmiotom, o których mowa w art. 30 ust.1.**
- 7. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:**
- 1) listę czynników alarmowych,
 - 2) sposób prowadzenia rejestru zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych, udostępniania danych nim objętych oraz okres ich przechowywania,
 - 3) wzory oraz sposób sporządzania raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala, o których mowa w ust. 1 pkt 5, oraz tryb i terminy ich przekazywania właściwemu państwowemu powiatowemu inspektorowi Sanitarnemu – mając na względzie zapewnienie skuteczności zapobiegania szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych oraz cele nadzoru epidemiologicznego.



USTAWA '2008

1. W skład zespołu kontroli zakażeń szpitalnych wchodzi:
 - 1) lekarz jako przewodniczący zespołu;
 - 2) pielęgniarka lub położna jako specjalista do spraw epidemiologii lub higieny i epidemiologii, w liczbie nie mniejszej niż 1 na 200 łóżek szpitalnych;
 - 3) diagnosta laboratoryjny jako specjalista do spraw mikrobiologii, jeżeli lekarz, wymieniony w pkt 1, nie posiada specjalizacji z dziedziny mikrobiologii lekarskiej,
2. Do zadań zespołu kontroli zakażeń szpitalnych należy:
 - 1) opracowywanie i aktualizacja systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych;
 - 2) prowadzenie kontroli wewnętrznej, o której mowa w art. 11 ust. 2 pkt 6, oraz przedstawianie wyników i wniosków z tej kontroli kierownikowi szpitala i komitetowi zakażeń szpitalnych;
 - 3) szkolenie personelu w zakresie kontroli zakażeń szpitalnych;
 - 4) konsultowanie osób podejrzanych o zakażenie lub chorobę zakaźną oraz tych, u których rozpoznano zakażenie lub chorobę zakaźną.



ROZPORZĄDZENIE

Na podstawie art. 14 ust. 7 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570, z 2009 r. Nr 76, poz. 641 oraz z 2010 r. Nr 107, poz. 679 i Nr 257, poz. 1723) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

- 1) listę czynników alarmowych;
- 2) sposób prowadzenia rejestru zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych, udostępniania danych nim objętych oraz okres ich przechowywania;
- 3) wzory oraz sposób sporządzania raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala oraz tryb i terminy ich przekazywania właściwemu państwowemu inspektorowi sanitarnemu.



ROZPORZĄDZENIE

§ 2. Listę czynników alarmowych określa załącznik nr 1 do rozporządzenia.

§ 3. 1. Rejestr zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych, zwany dalej "rejestrem", jest prowadzony w formie indywidualnych kart rejestracji w porządku chronologicznym lub alfabetycznym.

2. Każda indywidualna karta rejestracji jest oznaczona kolejnym numerem i dotyczy wystąpienia pojedynczego przypadku zakażenia szpitalnego lub czynnika alarmowego, potwierdzonego u osoby hospitalizowanej w toku udokumentowanej konsultacji, o której mowa w art. 15 ust. 2 pkt 4 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, zwanej dalej "ustawą".

3. Dane w rejestrze są przechowywane przez okres nie krótszy niż 20 lat.



ROZPORZĄDZENIE

§ 4. Dane z rejestru są udostępniane:

1) do wglądu w szpitalu;

2) przez sporządzanie kopii:

a) papierowych, poświadczonych za zgodność z oryginałem, przez kierownika, o którym mowa w art. 14 ust. 2 ustawy, zwanego dalej "Kierownikiem", lub osobę przez niego upoważnioną,

b) w formie pliku elektronicznego.



ROZPORZĄDZENIE

§ 5. 1. Raporty o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala, sporządzane w postaci tabel, których układ jest określony we wzorach raportów zawartych w załącznikach nr 2-4 do rozporządzenia, obejmują:

- 1) raport wstępny o podejrzeniu lub wystąpieniu ogniska epidemicznego, którego wzór jest określony w załączniku nr 2 do rozporządzenia;
- 2) raport końcowy z wygaszenia ogniska epidemicznego, którego wzór jest określony w załączniku nr 3 do rozporządzenia;
- 3) raport okresowy obejmujący okres nie dłuższy niż rok kalendarzowy, którego wzór jest określony w załączniku nr 4 do rozporządzenia.



ROZPORZĄDZENIE

2. Kierownik przekazuje z urzędu właściwemu państwowemu inspektorowi sanitarnemu:

1) raport, o którym mowa w ust. 1 pkt 1 - w terminie 24 godzin od powzięcia podejrzenia lub stwierdzenia wystąpienia ogniska Epidemicznego;

2) raport, o którym mowa w ust. 1 pkt 2 - w terminie do 30 dni od daty zakończenia wygaszenia ogniska epidemicznego;

3) raport, o którym mowa w ust. 1 pkt 3 - w terminie 30 dni od dnia jego sporządzenia, a jeżeli raport obejmuje okres roku kalendarzowego, nie później niż do dnia 15 lutego następnego roku kalendarzowego.



ROZPORZĄDZENIE

§ 6. Rejestry zakażeń zakładowych prowadzone przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia stają się rejestrem.

§ 7. Raport roczny o zakażeniach zakładowych i drobnoustrojach alarmowych za 2011 r. sporządza Kierownik na podstawie wzoru raportu rocznego o zakażeniach zakładowych i drobnoustrojach alarmowych określonego w dotychczasowych przepisach i przekazuje właściwemu państwowemu inspektorowi sanitarnemu do dnia 15 lutego 2012 r.

§ 8. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2012 r.



AKTUALNA WIEDZA MEDYCZNA

LISTA CZYNNIKÓW ALARMOWYCH

- 1) gronkowiec złocisty (*Staphylococcus aureus*) oporny na metycylinę (MRSA) lub glikopeptydy (VISA lub VRSA) lub oksazolidynony;
- 2) enterokoki (*Enterococcus spp.*) oporne na glikopeptydy (VRE) lub oksazolidynony;
- 3) pałeczki Gram-ujemne *Enterobacteriaceae spp.* wytwarzające beta-laktamazy o rozszerzonym spektrum substratowym (np. ESBL, AMPc, KPC) lub oporne na karbapenemy lub inne dwie grupy leków lub polimyksyny;



AKTUALNA WIEDZA MEDYCZNA

- 4) pałeczka ropy błękitnej (*Pseudomonas aeruginosa*) oporna na karbapenemy lub inne dwie grupy leków lub polimyksyny;
- 5) pałeczki niefermentujące *Acinetobacter* spp. odporne na karbapenemy lub inne dwie grupy leków lub polimyksyny;
- 6) szczepy chorobotwórcze laseczki beztlenowej *Clostridium difficile* oraz wytwarzane przez nie toksyny A i B;
- 7) laseczka beztlenowa *Clostridium perfringens*;
- 8) dwoinka zapalenia płuc (*Streptococcus pneumoniae*) oporna na cefalosporyny III generacji lub penicylinę;



AKTUALNA WIEDZA MEDYCZNA

- 9) grzyby *Candida* odporne na flukonazol lub inne leki z grupy azoli lub kandyd;
10) grzyby *Aspergillus*;
11) rotavirus (rotavirus);
12) norowirus (norovirus);
13) wirus syncytialny (respiratory syncytial virus);
14) wirus zapalenia wątroby typu B;
15) wirus zapalenia wątroby typu C;
16) wirus nabytego niedoboru odporności u ludzi (HIV);
17) biologiczne czynniki chorobotwórcze izolowane z krwi lub płynu mózgowo-rdzeniowego, odpowiedzialne za uogólnione lub inwazyjne zakażenia.



(pieczęć podmiotu leczniczego)

Raport wstępny o podejrzeniu lub wystąpieniu ogniska epidemicznego¹⁾



Nazwa podmiotu leczniczego

Adres Telefon/faks

1. Data i godzina powzięcia podejrzenia wystąpienia ogniska epidemicznego		2. Data i godzina potwierdzenia epidemicznego wzrostu liczby zakażeń		
3. Nazwy jednostek organizacyjnych podmiotu leczniczego objętych podejrzeniem wystąpienia ogniska epidemicznego				
4. Łączna liczba pacjentów podejrzanych o zakażenie w ognisku epidemicznym i narażonych na zakażenie w ognisku epidemicznym z podziałem na jednostki organizacyjne podmiotu leczniczego ²⁾				
4.1. Nazwy jednostek organizacyjnych podmiotu leczniczego objętych podejrzeniem wystąpienia ogniska epidemicznego	4.2. Liczba pacjentów podejrzanych o zakażenie w ognisku epidemicznym	4.3. Liczba pacjentów narażonych na zakażenie w ognisku epidemicznym	4.4. Liczba zgonów	4.5. Liczba personelu z objawami zakażenia w ognisku epidemicznym
5. Postać kliniczna lub postaci kliniczne zakażenia w ognisku epidemicznym lub charakterystyka objawów klinicznych (w przypadku większej liczby postaci klinicznych podać liczbę pacjentów z poszczególnymi postaciami zakażenia)				
5.1. Nazwy jednostek organizacyjnych podmiotu leczniczego objętych podejrzeniem wystąpienia ogniska epidemicznego	5.2. Postać kliniczna zakażenia / charakterystyka objawów klinicznych		5.3. Liczba pacjentów	
6. Biologiczny czynnik chorobotwórczy podejrzewany o wywołanie ogniska epidemicznego oraz jego charakterystyka (w tym lekooporność)				

Raport końcowy z wygaszenia ogniska epidemicznego¹⁾

Nazwa podmiotu leczniczego

Adres Telefon/faks

I. Dane ogólne

1. Data wystąpienia pierwszego zakażenia w ognisku epidemicznym ²⁾		2. Data wystąpienia ostatniego zakażenia w ognisku epidemicznym ³⁾		3. Data zakończenia czynności podejmowanych w celu wygaszenia ogniska epidemicznego	
4. Nazwy jednostek organizacyjnych podmiotu leczniczego objętych ogniskiem epidemicznym oraz liczba pacjentów, u których stwierdzono zakażenie objawowe biologicznym czynnikiem chorobotwórczym lub kolonizację biologicznym czynnikiem chorobotwórczym ⁴⁾					
4.1. Nazwa jednostki organizacyjnej podmiotu leczniczego	4.2. Liczba pacjentów z zakażeniem w ognisku epidemicznym	4.3. Liczba pacjentów z kolonizacją biologicznym czynnikiem chorobotwórczym (jeśli wykonano)	4.4. Liczba zgonów	4.5. Liczba personelu z zakażeniem w ognisku epidemicznym	
5. Postać kliniczna zakażenia w ognisku epidemicznym z podziałem na jednostki organizacyjne podmiotu leczniczego					
6.1. Nazwa jednostki organizacyjnej podmiotu leczniczego			6.2. Postać kliniczna zakażenia w ognisku epidemicznym		
7. Podstawa potwierdzenia ogniska epidemicznego ⁵⁾					

WZÓR

Raport okresowy¹⁾

za okres od do

Nazwa podmiotu leczniczego

Adres Telefon/faks

I. Wykaz biologicznych czynników chorobotwórczych, które stwierdzono w jednostkach organizacyjnych podmiotu leczniczego²⁾

L.p.	Nazwa jednostki organizacyjnej podmiotu leczniczego	Liczba łóżek ³⁾	Liczba hospitalizacji ⁴⁾	% wykorzystania łóżek ⁴⁾	Liczba badań mikrobiologicznych u pacjentów ⁵⁾	Biologiczny czynnik chorobotwórczy ⁶⁾	Liczba pacjentów z zakażeniem wywołanym biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, o którym mowa w kolumnie 7		Wskaźnik lekoopomnych czynników alarmowych ⁸⁾
							wykrytym przed przyjęciem lub w badaniu pobranym do 72 godzin od przyjęcia do podmiotu leczniczego ⁷⁾	wykrytym w badaniu pobranym po upływie co najmniej 72 godzin od przyjęcia do podmiotu leczniczego ⁷⁾	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1						gronkowiec złocisty (<i>Staphylococcus aureus</i>) oporny na metycylinę (MRSA) lub glikopeptydy			

(VISA lub VRSA) lub oksazolidynony			
enterokoki (<i>Enterococcus</i> spp.) odporne na glikopeptydy (VRE) lub oksazolidynony			
pałeczki Gram-ujemne (<i>Enterobacteriaceae</i>) wytwarzające beta-laktamazy o rozszerzonym spektrum substratowym (np. ESBL, AMPc, KPC) lub odporne na karbapenemy lub inne dwie grupy leków lub polimyksyny			
pałeczka ropy błękitnej (<i>Pseudomonas aeruginosa</i>) oporna na karbapenemy lub inne dwie grupy leków lub polimyksyny			
pałeczki niefermentujące <i>Acinetobacter</i> spp. odporne na karbapenemy lub inne dwie grupy leków lub polimyksyny			
laseczka beztlenowa <i>Clostridium difficile</i> - szczepy chorobotwórcze lub wykrycie toksyny			
laseczka beztlenowa <i>Clostridium perfringens</i>			
dwoinka zapalenia płuc (<i>Streptococcus pneumoniae</i>) oporna na cefalosporyny III			

					generacji lub penicylinę			
					grzyby <i>Candida</i> odporne na flukonazol			
					grzyby <i>Aspergillus</i>			
					rotawirus (rotavirus)			
					norowirus (norovirus)			
					wirus zapalenia wątroby typu B ⁹⁾			
					wirus zapalenia wątroby typu C ⁹⁾			
					wirus nabytego niedoboru odporności u ludzi (HIV) ⁹⁾			

Objaśnienia:

- ¹⁾ Tabelę należy rozbudowywać w zależności od liczby jednostek organizacyjnych podmiotu leczniczego oraz ilości zamieszczanych w niej informacji.
- ²⁾ Wykazać jedynie zakażenia objawowe, nie należy wykazywać przypadków zakażeń bezobjawowych (kolonizacji/nosicielstwa).
- ³⁾ Według raportów dla NFZ lub stanu faktycznego na ostatni dzień okresu, za jaki sporządzany jest raport.
- ⁴⁾ Z uwzględnieniem ruchu pacjentów między jednostkami organizacyjnymi podmiotu leczniczego.
- ⁵⁾ Należy uwzględnić izolację biologicznego czynnika chorobotwórczego z pojedynczej próbki materiału pobranej od pacjenta oraz uwzględnić oddzielnie badania bakteriologiczne, mykologiczne oraz wirusologiczne. Nie należy uwzględniać badań serologicznych.
- ⁶⁾ Jeżeli w jednostce organizacyjnej podmiotu leczniczego nie wystąpiły zakażenia wywołane danym biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, wymienionym w kolumnie 7, przy sporządzeniu raportu należy w kolumnach 7, 8, 9 i 10 usunąć wiersze, które dotyczą tego biologicznego czynnika chorobotwórczego.
- ⁷⁾ W przypadku gdy wywołane biologicznym czynnikiem chorobotwórczym zakażenie lub zachorowanie podlega obowiązkowi indywidualnego zgłoszenia na podstawie art. 27 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570, z 2009 r. Nr 76, poz. 641 oraz z 2010 r. Nr 107, poz. 679 i Nr 257, poz. 1723), liczba przypadków wykazanych w kolumnie 9, powinna być zgodna z liczbą przypadków potwierdzonych zakażeń i zachorowań wywołanych tym czynnikiem, które podlegają indywidualnemu zgłoszeniu do właściwego państwowego inspektora sanitarnego.
- ⁸⁾ Obliczyć według wzoru: liczba pacjentów z zakażeniem wywołanym czynnikiem alarmowym hospitalizowanych w okresie objętym raportem x 100/liczba wszystkich pacjentów hospitalizowanych w okresie raportowania z zakażeniem wywołanym biologicznym czynnikiem chorobotwórczym należącym do tego samego gatunku niezależnie od lekowrażliwości – dotyczy czynników alarmowych wymienionych w pkt 1-5, 8 i 9 załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie listy czynników alarmowych, rejestrów zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych oraz raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala (Dz. U. Nr 294, poz. 1741).
- ⁹⁾ Wykryte u osób z zakażeniem ostrym oraz, o ile badanie laboratoryjne nie było nigdy wcześniej wykonywane, u osób z zakażeniem przewlekłym.

II. Ocena sytuacji epidemiologicznej podmiotu leczniczego w okresie sprawozdawczym¹⁾

Ocena zagrożeń epidemiologicznych	Podjęte działania w zakresie zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych
1	2

.....
(podpis i pieczęć Kierownika)

¹⁾ Tabelę należy rozbudowywać w zależności od liczby jednostek organizacyjnych podmiotu leczniczego oraz ilości zamieszczanych w niej informacji.

AKTUALNA WIEDZA

- Jak praktycznie numerować karty w rejestrze zakażeń?
 - Rekomenduje się numerowanie CHRONOLOGICZNE, REJESTR JEST JEDEN, NUMERY KOLEJNE SĄ ZGODNIE Z DATĄ ZAŁOŻENIA INDYWIDUALNEJ KARTY, ALE MOŻLIWE JEST PRZECHOWYWANIE KART W PODZBIORACH ZBIORACH NP. ODDZIAŁOWYCH LUB MIESIĄCAMI
 - REKOMENDUJE SIĘ PODZIAŁ REJESTRU NA 2 PODROZDZIAŁY - ZAKAŻENIA SZPITALNE ORAZ CZYNNIKI ALARMOWE, KARTA MOŻE BYĆ TA SAMA
 - NUMERACJA W KAZDYM ROZDZIALE POWINNA BYĆ ODDZIELNA NP. 1/ZS/2012 DLA ZAKAŻEŃ SZPITALNYCH ORAZ 1/AP/2012 DLA PATOGENÓW ALARMOWYCH

Karta rejestracji podejrzenia zakażenia szpitalnego/czynnika alarmowego/zakażenia szpitalnego (właściwe zakreślić) nr.....

imię nazwisko, adres zam.		pesel	oddział	nr ks oddz	pleć
rozpoznanie przy przyjęciu (choroba podstawowa, schorzenia towarzyszące)			data przyjęcia do oddziału	data wystąpienia zakażenia szpitalnego/podejrzenia zakażenia/czynnika alarmowego	
			tryb przyjęcia do oddziału planowany / nagły	Zgon (data, przyczyna wg karty zgonu)	
postać kliniczna zakażenia szpitalnego, jeśli dotyczy ZP ZUM ZMO ZOC INNE (jakie).....	procedura medyczna z którą związane jest zakażenie, jeśli dotyczy	kryteria rozpoznania, objawy i przebieg zakażenia, jeśli dotyczy		Czynniki ryzyka ze strony pacjenta	
materiał z którego wyizolowano biologiczny czynnik zakaźny		Data pobrania	Wyniki badań dodatkowych istotnych dla rozpoznania zakażenia szpitalnego	Czynniki ryzyka związane z bieżącą hospitalizacją	
gatunek biologicznego czynnika zakaźnego odpowiedzialnego za zakażenie szpitalne		Data wykonania badania			
lekowrażliwość biologicznego w/w czynnika zakaźnego		Data wydania wyniku			
opis wdrożonego postępowania w celu wyleczenia zakażenia i przerwania dróg transmisji czynnika zakaźnego				Antybiotyki stosowane podczas bieżącej hospitalizacji	
podpis przewodniczącego zespołu kontroli zakażeń szpitalnych	podpis lekarza prowadzącego	podpis mikrobiologa		podpis pielęgniarki epidemiologicznej	
Uwagi					



AKTUALNA WIEDZA

- Do jakiej stacji należy wysyłać raporty okresowe/roczne
- W ZWIĄZKU TYM, ŻE W POLSCE PODSTAWOWA KOMORKA NADZORU EPIDEMIOLOGICZNEGO TO POWIATOWA STACJA SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNA, TO OZNACZA, ŻE RAPORTY NALEŻY PRZESYŁAĆ DO PSSE WŁAŚCIQWEJ DLA LOKALIZACJI SZPITALA. ISTNIEJE MOŻLIWOŚĆ USTALENIA INNEGO TRYBU NA ŻĄDANIE WSSE



AKTUALNA WIEDZA

- Czy rejestrujemy drobnoustroje z zakażeń objawowych lub inwazyjnych według listy czy także z kolonizacji?
- REJESTRACJI PODLEGAJA ZAKAŻENIA OBJAWOWE WYWOŁANE CZYNNIKAMI ALARMOWYMI, ALE MONITORUJEMY WSZYSTKIE SZCZEPY, TAKŻE KOLONIZACJE, CO MUSI BYĆ ODNOTOWANE .
- Rekomendujemy aby dokumentować fakt sprawdzenia kolonizacji np. wpinać do rejestru wynik badania z odpowiednim komentarzem albo wpisywać wyniki kolonizacji w oddzielny plik lub zeszyt.
- Należy odnotować fakt, że pielęgniarka epidemiologiczna sprawdziła pacjenta, ew. wydała jakieś specjalne zalecenia np. izolację. W tekście rozporządzenia zniknął komentarz o rejestracji czynników alarmowych, który był pod listą, na korzyść szczegółowych przepisów w ustawie dotyczących rejestrów tj. w art. 14 ustawy:



AKTUALNA WIEDZA

2. Kierownicy szpitali lub zespołów zakładów opieki zdrowotnej, w skład których wchodzi szpital, są obowiązani do gromadzenia w szpitalu informacji o zakażeniach szpitalnych i czynnikach alarmowych oraz prowadzenia rejestru zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych.
4. Informacje o zakażeniach szpitalnych i czynnikach alarmowych zawierają:
- 1) rozpoznanie kliniczne zakażenia szpitalnego lub czynnika alarmowego;
 - 2) charakterystykę podstawowych objawów klinicznych;
 - 3) okoliczności wystąpienia zakażenia (MOŻNA PRZYJĄĆ INTERPRETACJE ZE TYLKO OBJAWOWEGO, zachorowania lub zgonu z powodu zakażenia szpitalnego lub czynnika alarmowego, ze szczególnym uwzględnieniem czynników ryzyka oraz charakterystyki biologicznego czynnika zakaźnego, oraz inne informacje niezbędne do sprawowania nadzoru epidemiologicznego, zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej).



AKTUALNA WIEDZA

2. Rejestr zawiera następujące dane osób, u których rozpoznano zakażenie szpitalne lub czynnik alarmowy:

- 1) imię i nazwisko;
- 2) datę urodzenia;
- 3) numer PESEL, a w przypadku gdy osobie nie nadano tego numeru – serię i numer paszportu albo numer identyfikacyjny innego dokumentu, na podstawie którego jest możliwe ustalenie danych osobowych;
- 4) płeć;
- 5) adres miejsca zamieszkania;
- 6) rozpoznanie kliniczne zakażenia szpitalnego lub czynnika alarmowego oraz charakterystykę podstawowych objawów klinicznych (!!!) oraz okoliczności wystąpienia zakażenia, zachorowania lub zgonu z powodu zakażenia szpitalnego lub czynnika alarmowego, ze szczególnym uwzględnieniem czynników ryzyka oraz charakterystyki biologicznego czynnika chorobotwórczego, oraz inne informacje niezbędne do sprawowania nadzoru epidemiologicznego, zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej.



AKTUALNA WIEDZA MEDYCZNA

- Raport okresowy - za jaki okres ?
- RAPORTUJEMY DO PSSE TYLKO LICZBĘ PACJENTÓW Z ZAKAŻENIAMI OBJAWOWYMI. WŁAŚCIWE objaśnienia znajdują się pod Raportem a nie jak poprzednio pod listą.
- REKOMENDUJEMY PROWADZENIE RAPORTOWANIA TAK JAK DOTYCHCZAS, TJ. NIE RZADZIEJ NIŻ DWA RAZY W ROKU DLA KOMITETU KONTROLI ZAKAŻEŃ SZPITALNYCH I KIEROWNIKA SZPITALA, A NIE RZADZIEJ NIŻ RAZ DO ROKU DO PSSE.
- Na podstawie rozporządzenia INSPEKCJA SANITARNA MOŻE USTANOWIĆ INNE TERMINY PRZEKAZYWANIA RAPORTÓW OKRESOWYCH



AKTUALNA WIEDZA MEDYCZNA

- Czy jeżeli w rejestrze są wszystkie drobnoustroje alarmowe z zakażeń objawowych i nosicielstwa, a w raporcie podaje się zakażenia objawowe, to raport zawierać będą tylko niewielką część danych z rejestru?
- TAK, INTENCJĄ USTAWODAWCY JEST ABY SZPITAL MONITOROWAŁ JAK NAJSZERZEJ, NATOMIAST RAPORTOWAŁ DO PSSE TYLKO DANE ISTOTNE Z PUNKTU WIDZENIA ZDROWIA PUBLICZNEGO, TJ. ZAKAŻENIA OBJAWOWE



AKTUALNA WIEDZA MEDYCZNA

- Jak interpretować objaśnienie aby nie uwzględniać badań serologicznych w raporcie okresowym w kolumnie 6 w łącznej liczbie badań, jak odnosić się do rozpoznanych zakażeń HBV, HCV, toksyny Clostridium diff. , rotawirus, norowirus, RSV itp. są wykrywane testami serologicznymi ?
- W aktualnym rozporządzeniu, w raporcie okresowym w kolumnie 6 podaje się tylko łączną liczbę badań mikrobiologicznych celem oszacowania poziomu wykorzystania diagnostyki mikrobiologicznej wg wskaźnika na łóżko/rok lub na pacjenta. Z tej łącznej liczby WYCOFANO BADANIA SEROLOGICZNE, ponieważ w znaczny sposób zawiąły liczbę badań, a nie ma żadnych wskaźników do których można odnieść badania serologiczne.



AKTUALNA WIEDZA MEDYCZNA

Stosowane w UNII EUROPEJSKIEJ wskaźniki badań dotyczą BADAŃ MIKROBIOLOGICZNYCH (BAKTERIOLOGICZNYCH, MYKOLOGICZNYCH, EW. WIRUSOLOGICZNYCH) NA ŁÓŻKO/ROK LUB NA PACJENTA. Natomiast USUNIĘCIE Z KOLUMNY 6 Z ŁĄCZNEJ LICZBY BADAŃ wykonanych w oddziałach NIE MA ŻADNEGO WLYWU NA WYKAZANIE LICZBY PACJENTÓW ZE ŚWIEŻYM ZAKAŻENIEM CZYNNIKAMI ALARMOWYMI WYMIENIONYMI W KOLUMNIE 8 i 9. W tych kolumnach należy umieścić liczbę pacjentów z rozpoznaniem zakażenia potwierdzonym wszelkimi dostępnymi metodami diagnostycznymi.



AKTUALNA WIEDZA MEDYCZNA

- Co oznacza objaśnienie nr 4 " z uwzględnieniem ruchu pacjentów między jednostkami organizacyjnymi podmiotu leczniczego"
- OBJAŚNIENIE OZNACZA ŻE JEŻELI PACJENT PRZEKAZYWANY JEST Z JEDNEGO ODDZIAŁU NA DRUGI TO NALEŻY GO WYKAZAĆ DWUKROTNIEM, W KAŻDYM ODDZIALE OSOBNO



AKTUALNA WIEDZA MEDYCZNA

- Co oznacza wskaźnik w rubryce Nr 10 raportu okresowego, jak go wyliczyć?
- WSKAŹNIK LEKOOPORNYCH CZYNNIKÓW ALARMOWYCH WYLICZA SIĘ NA PODSTAWIE ILORAZU LICZBY PACJENTÓW Z ZAKAŻENIEM OBJAWOWYM WYWOŁANYM CZYNNIKIEM Z OKREŚLONYM MECHANIZMEM OPORNOŚCI IZOLOWANYCH DO WSZYSTKICH PACJENTÓW Z ZAKAŻENIEM OBJAWOWYM WYWOŁANYM PRZEZ CZYNNIK NALEŻĄCY DO TEGO SAMEGO GATUNKU ALE BEZ MECHANIZMU OPORNOŚCI.



AKTUALNA WIEDZA MEDYCZNA

- ❑ W WYLICZENIACH NIE UWZGLĘDNIAMY SZCZEPÓW Z NOSICIELSTWA, NALEŻY BRAĆ POD UWAGĘ TYLKO JEDEN WYNIK POSIEWU NA JEDEN EPIZOD ZAKAŻENIA.
- ❑ MOŻE BYĆ TRUDNE INDYWIDUALNE ODDZIELENIE SZCZEPÓW Z KOLONIZACJI I ZAKAŻEŃ OBJAWOWYCH - NAJŁATWIEJ WYKONAĆ TO POPRZEZ SELEKCJĘ MATERIAŁÓW Z KTÓRYCH WYKONYWANE SĄ POSIEWY T.J. DO ZAKAŻEŃ OBJAWOWYCH ZALICZYĆ MOŻNA DROBNOUSTROJE WYHODOWANE Z KRWI, MOCZU, RAN, INNYCH JAŁOWYCH PŁYNÓW I TKANEK.
- ❑ DO KOLONIZACJI ZALICZAMY WYMAZY Z GARDŁA, NOSA, ODBYTU, POCHWY, SPOJÓWEK ITP.



AKTUALNA WIEDZA MEDYCZNA

- PRZYKŁADOWO: W CIĄGU 2011 W ODDZIALE WYKRYTO 20 PACJENTÓW Z OBJAWOWYM ZAKAŻENIEM MRSA, PRZY CZYM UZYSKANO OD NICH 35 WYNIKÓW DODATNICH W KIERUNKU MRSA. W TYM SAMYM OKRESIE W TYM ODDZIALE BYŁO 100 PACJENTÓW Z ZAKAŻENIEM MSSA OD KTÓRYCH IZOLOWANO 200 POSIEWÓW DODATNICH MSSA.
- Do wyliczenia bierzemy następujące dane:
- $[20 \text{ (pacj MRSA+)} \times 100] / [20 \text{ (pacj z MRSA)} + 100 \text{ (pacj z MSSA)}] = 2000/120 = 16,6\%$



AKTUALNA WIEDZA MEDYCZNA

- Czy konsultacje ZKZS są wymagane w przypadku każdego pacjenta ze stwierdzonym drobnoustrojem alarmowym lub zakażeniem szpitalnym?
- JESLI ISTNIEJE PODEJRZENIE ZAKAŻENIA SZPITALNEGO LUB OD PACJENTA WYHODOWANO CZYNNIK ALARMOWY WSKAZANA JEST KAŻDORAZOWO KONSULTACJA W CELU OKREŚLENIA CZY JEST TO PRZYPADKEK PODLEGAJĄCY REJESTRACJI.
- KONSULTACJA MOŻE MIEĆ CHARAKTER WIZYTY U PACJENTA LUB ABNALIUZY DOKUMENTACJI, MOŻE BYĆ PRZEPROWADZONA PRZEZ KAŻDEGO CZŁONKA ZESPOŁU KONTROLI ZAKAŻEŃ SZPITALNYCH W ZAKRESIE WŁAŚCIWYM DLA JEGO KOMPETENCJI. WYNIK KONSULTACJI POWINIEN BYĆ ZAPISANY W DOKUMENTACJI PACJENTA O ILE NIE ZOSTAJE W NIEJ KOPIA KARTY REJESTRACYJNEJ.



AKTUALNA WIEDZA MEDYCZNA

- Czy jako czynniki alarmowe należy zgłaszać wszystkie drobnoustroje izolowane z krwi lub płynu mózgowo-rdzeniowego, jeśli zakażenie jest objawowe, np. w przypadku urosepsy wywołanej E. coli bez ESBL
- TAK, KAŻDE ZAKAŻENIE OBJAWOWE Z DODATNIM POSIEWEM KRWI/PŁYNU M-R NALEŻY REJESTROWAĆ, ALE NIE PODLEGAJĄ ONE RAPORTOWANIU, O ILE NIE ZOSTAŁY WYWOŁANE PRZEZ CZYNNIKI ALARMOWE ZAWARTE W LIŚCIE I FORMULARZU RAPORTU OKRESOWEGO



AKTUALNA WIEDZA MEDYCZNA

Dlaczego na liście rejestrowanych czynników alarmowych znajdują się wszystkie biologiczne czynniki chorobotwórcze izolowane z krwi lub płynu mózgowo - rdzeniowego, odpowiedzialne za uogólnione lub inwazyjne zakażenia, jeżeli nie spełniają wymagań definicji „czynnika alarmowego jako biologicznego czynnika chorobotwórczego o szczególnej zjadliwości lub oporności”; określonej w ustawie z dnia 05 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, póź. 1570 z późn. zm.) i nie podlegają ujęciu w raporcie okresowym - zał. nr 4, po co zakładać indywidualne karty ich rejestracji?



AKTUALNA WIEDZA MEDYCZNA

Zakażenia łóżyska naczyniowego stanowią rzadkie ale groźne schorzenia, które wymagają monitorowania w każdym szpitalu bez względu na to czy zostały wywołane przez patogeny wielooporne czy wrażliwe, szpitalne czy pozaszpitalne. Z dotychczasowych doświadczeń w monitorowaniu tej grupy zakażeń w polskich szpitalach wynika, że największy nacisk był kładziony jedynie na te zakażenia, które były wywołane przez czynniki alarmowe wymienione na liście w przedmiotowym rozporządzeniu. Ponadto według Amerykańskiego i Europejskiego Centrum Kontroli Chorób (CDC, ECDC) monitorowanie szpitalnych zakażeń łóżyska naczyniowego i ich eliminacja jest jednym z priorytetów dla szpitali, a jednocześnie w istotny sposób podkreśla wagę wykonywania posiewów krwi w podejrzeniach zakażeń uogólnionych, których w Polsce wykonuje się zdecydowanie za mało. Jednocześnie, nie ma potrzeby raportowania okresowego tych zakażeń do PSSE, ponieważ najczęściej są to zakażenia sporadyczne, a jeśli byłyby efektem epidemicznego rozprzestrzeniania się czynnika to obowiązuje zgłoszenie ogniska epidemicznego na określonym w rozporządzeniu formularzu.



AKTUALNA WIEDZA MEDYCZNA

Dlaczego rejestracji i raportowaniu nie podlegają biologiczne czynniki chorobotwórcze o szczególnej zjadliwości, np. prątki gruźlicy, wirusy grypy, a podlegają czynniki o zdecydowanie mniejszym znaczeniu epidemiologicznym jak np. grzyby Candida?

Zakażenia grzybicze są rosnącym zagrożeniem w szpitalach na całym świecie i z tego powodu należy wzmóc nadzór nad tymi pacjentami, natomiast zakażenia takie jak gruźlica, grypa są sprawozdawane w ramach zgłoszeń chorób zakaźnych i nie ma potrzeby tworzenia podwójnej sprawozdawczości. Ponadto zakażenia gruźlicą i grypą w największym stopniu mają miejsce w środowisku pozaszpitalnym, a przedmiotowe rozporządzenie dotyczy zakażeń szpitalnych.



AKTUALNA WIEDZA MEDYCZNA

Rejestrowanie i raportowanie różnych mechanizmów oporności w jednej grupie powoduje, że dla celów statystycznych dane są nieczytelne. Czy na pewno pałeczki Gram ujemne (Enterobacteriaceae) wytwarzające beta - laktamazy o rozszerzonym spektrum substratowym ESBL to ten sam mechanizm oporności co KPC?

Określenia wieloopornych pałeczek Gram-ujemnych objętych monitorowaniem w pozycji dotyczącej antybiotyków beta-laktamowych zostało podane na liście w zał. 1 do przedmiotowego rozporządzenia w nawiasie jako przykładowe a nie tożsame - w nawiasie podano różne rodzaje enzymów o poszerzonym spektrum substratowym (ang. skrót to ESBL od extended spectrum beta-lactamase) odpowiedzialnych za oporność na różne antybiotyki beta-laktamowe, w szczególności odpowiedzialnych za nabyte mechanizmy oporności. Intencją ustawodawcy były objęcie rejestracją wszystkich znanych i przyszłych mechanizmów oporności wywoływanej przez enzymy o poszerzonym spektrum substratowym.



AKTUALNA WIEDZA MEDYCZNA

Pytania dotyczące Raportu okresowego - załącznik nr 4
w kolumnie 6 podano wykazanie liczby badań mikrobiologicznych u pacjentów a w objaśnieniu określono, iż mają to być tylko „izolacje biologicznego czynnika chorobotwórczego” - czy to oznacza, że należy w liczbie badań podać tylko ilość badań dodatnich?
Liczba badań mikrobiologicznych zdefiniowana jako izolacja czynnika biologicznego z pojedynczej próbki materiału nie oznacza, że jest to jedynie wynik dodatni - intencją ustawodawcy było wskazanie, że identyfikacja drobnoustroju oraz wykonanie antybiogramu jest liczone jako jedno badanie, co jest istotne dla spójności statystyki, ponieważ w laboratoriach mikrobiologicznych często identyfikacja drobnoustroju i badanie lekowrażliwości są liczone jako dwie odrębne próby. W tej kolumnie należy wpisać liczbę wykonanych w szpitalu badań bakteriologicznych, wirusologicznych i mykologicznych, bez względu na wynik dodatni czy ujemny.



AKTUALNA WIEDZA MEDYCZNA

objaśnienie nr 5 - jeżeli nie uwzględniać badań serologicznych, na podstawie wyników których w większości jednostek są zgłaszane podejrzenia lub rozpoznania zakażeń, chorób zakaźnych (np. WZW typu B, WZW typu C, HIV), to w jaki sposób bez badań tkankowych dokonywać takich rozpoznań aby ująć je w kolumnie 7?

W summarycznej liczbie badań nie należy wymieniać wszystkich badań serologicznych, co w żaden sposób nie wpływa na raportowanie czynników alarmowych wykrytych na podstawie tych badań. Przyczyną eliminacji badań serologicznych z kolumny 6 jest brak jakichkolwiek punktów odniesienia, w odróżnieniu do liczby badań mikrobiologicznych, których wskaźniki na łóżko/rok lub na pacjenta są powszechnie znane i stosowane. W wielu szpitalach badania serologiczne w kierunku np. HBV czy HCV wykonywane są jako przesiewowe, co również wprowadzałoby niespójność w analizach statystycznych. W kolumnie 8 i 9 należy wpisać liczbę zakażeń na podstawie wykonanych badań zgodnie z objaśnieniem nr 9 pod tabelą.



AKTUALNA WIEDZA MEDYCZNA

jeżeli nadal nie ma rozporządzeń wykonawczych do ustawy z dnia 05 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, póź. 1570 z późn. zm) art. 27, określających wykaz zakażeń i chorób zakaźnych podlegających obowiązkowi indywidualnego zgłoszenia, to dlaczego ustawodawca zawarł taki zapis w rozporządzeniu i nie pomyślał, że nie może być realizowane zalecenie ujęte w objaśnieniu póź. 7? Gdyby przyjąć, że będą zgłaszane podejrzenia lub rozpoznania zakażeń, chorób zakaźnych zgodnie z wytycznymi określonymi pismem GIS-u z 16.01.2009r, znak GIS-EP-022-5-WE/09, to i tak liczba zgłoszeń chorób zakaźnych, zakażeń nie będzie zgodna z liczbą zawartą w kolumnie 9

Wydanie powyższego rozporządzenia jest kwestią najbliższego czasu, a nie można tworzyć nowych rozporządzeń w odniesieniu do procesu legislacyjnego innych aktów prawnych. Nie ma żadnego uzasadnienia dla porównywania kolumny 8 i 9 ze zgłoszeniami zakażeń i chorób zakaźnych, gdyż dotyczą różnych populacji pacjentów - w przypadku przedmiotowego rozporządzenia, dotyczą jedynie populacji pacjentów hospitalizowanych.



AKTUALNA WIEDZA MEDYCZNA

jakiemu celowi ma służyć podział pacjentów z zakażeniem wywołanym biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, o którym mowa w kolumnie 7 na wykryty przed przyjęciem lub do 72 godzin od przyjęcia oraz wykryty w badaniu pobranym po upływie co najmniej 72 godzin od przyjęcia do podmiotu leczniczego, jeżeli żadne definicje zakażeń nie ujmują takiej jednostki czasu, tym bardziej 72 godzin? Jeżeli celem jest podział drobnoustrojów alarmowych, na te które powodują zakażenia szpitalne lub pozaszpitalne, to należy za kryterium podziału przyjąć 48 godz. a nie 72 godz. co jest zaznaczone w definicjach europejskich (ECDC)?



AKTUALNA WIEDZA MEDYCZNA

Podział zakażeń na wykryte w ciągu pierwszych 72 godzin od przyjęcia do szpitala oraz później ma na celu przede wszystkim bardziej precyzyjne wskazanie pochodzenia tych zakażeń w kontekście pobytu pacjenta w innym podmiocie prowadzącym działalność leczniczą. Z dotychczasowych obserwacji wynika, że znaczna liczba pacjentów przyjmowana z czynnikami alarmowymi jest do szpitali z innych podmiotów, co nie miało odzwierciedlenia w dotychczasowych formularzach. W szczególności, dotyczyło to ośrodków wyższego stopnia referencyjności, które wykazywały wszystkie czynniki alarmowe w jednej pozycji, co dawało nieprawdziwe sugestie w zakresie ich pochodzenia. Czas 72 godzin został przyjęty jako umowna granica na podstawie analizy aktualnej wiedzy medycznej, w szczególności, iż przywołany przez autorkę pisma czas 48 godzin jako definicja zakażenia szpitalnego nie występuje w aktualnych definicjach zakażeń według CDC z 2010 r. za wyjątkiem zapalenia płuc związanego z terapią respiratorem oraz zakażeń okołoporodowych u noworodków.



DZIĘKUJĘ ZA UWAGĘ!

paolo@fipz.edu.pl

www.shl.org.pl

601 838 939