



**ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΕΝΤΥΠΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΓΚΑΙΡΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ ΜΕΤΡΩΝ ΠΡΟΛΗΨΗΣ  
ΚΑΙ ΕΛΕΓΧΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΓΝΩΣΤΗ ΛΟΙΜΩΞΗ Ή ΑΠΟΙΚΙΣΜΟ ΑΠΟ  
ΠΟΛΥΑΝΘΕΚΤΙΚΟΥΣ ΜΙΚΡΟΑΡΓΑΝΙΣΜΟΥΣ**

Το παρόν έντυπο θα πρέπει να συμπληρώνεται για κάθε νοσηλευόμενο ασθενή με λοίμωξη ή αποικισμό από πολυανθεκτικό μικροοργανισμό που πρόκειται να μεταφερθεί από ένα χώρο παροχής υπηρεσιών υγείας σε έναν άλλο ή όταν εξέρχεται από το νοσοκομείο και να του αποδίδεται μαζί με το ιστορικό νοσηλείας του όταν εξέρχεται από το νοσοκομείο. Σε περιπτώσεις μεταφοράς του ασθενούς κρίνεται αναγκαίο να προηγηθεί η ενημέρωση των τμημάτων υποδοχής καθώς και η αποστολή των αποτελεσμάτων του μικροβιολογικού εργαστηρίου όταν αυτά είναι διαθέσιμα.

**Στοιχεία ασθενή**

Επώνυμο Ασθενή	Όνομα	Ημερομηνία Γέννησης	ΑΜΚΑ	Ημερομηνία εισόδου-εξόδου

**Στοιχεία Νοσηλευτικού Ιδρύματος προέλευσης του ασθενούς**

Νοσηλευτικό Ίδρυμα	Κλινικό Τμήμα	Τηλέφωνα επικοινωνίας

Στοιχεία επικοινωνίας	Όνομα	Τηλέφωνα επικοινωνίας	Fax/ e-mail
Υπεύθυνος θεραπόντων ιατρών			
Πρόεδρος Επιτροπής Νοσ/κών Λοιμώξεων			

**Μικροοργανισμός** (στα σχόλια να αναγράφονται τα στοιχεία με ιδιαίτερη επιδημιολογική σημασία όπως π.χ. η παραγωγή και το είδος καρβαπενεμασών )

Είδος μικροοργανισμού	Γνωστός αποικισμός ή ιστορικό θετικών καλλιιεργειών Σημειώστε ΝΑΙ ή ΟΧΙ	Ενεργός λοίμωξη σημειώστε ΝΑΙ ή ΟΧΙ	Σχόλια
1 Ανθεκτικά στις καρβαπενέμες Εντεροβακτηριακά			
2 Ανθεκτικό στις καρβαπενέμες Acinetobacter spp			
3 Ανθεκτική στις καρβαπενέμες Pseudomonasspp			
4 Ανθεκτικός στην Μεθικιλίνη S. aureus (MRSA)			
5 Ανθεκτικός στα Γλυκοπεπτίδια Enterococcus spp(VRE)			
6 Άλλα			
Ημερομηνία διάγνωσης		Υλικό απομόνωσης	

**Στοιχεία επαγγελματία υγείας που συμπληρώνει το δελτίο**

Όνομα	Ημερομηνία συμπλήρωσης δελτίου	Υπογραφή	Εάν έχει προηγηθεί επ/νία με το τμήμα υποδοχής σημειώστε τα στοιχεία του επ/τία υγείας που θα παραλάβει τον ασθενή