**Форма збору даних щодо інфекцій області хірургічного втручання**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **І**  **Д** | **Прізвище, ім’я та по батькові (за наявності) пацієнта:** | | | **Вік: \_\_\_\_**  **Дата народження: \_\_/\_\_/\_\_\_** | **№ медичної карти1: \_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Відділення: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Дата заповнення4:**  **\_\_ / \_\_ / \_\_\_\_\_\_**  **Дата опрацювання5:**  **\_\_ / \_\_ / \_\_\_\_\_\_** |
| **Діагноз2:** | | | **Стать: € Ч € Ж** | **Дослідний номер3: \_\_\_\_\_** |
| **1** | **Назва операції6:** …………………………………………………………………………..…. **Операційна:** …………………………..…  ……………………………………………………**Прізвище, ім’я та по батькові (за наявності) хірурга7:** ……………………………..  **Дата втручання: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_ р. Прізвище, ім’я та по батькові (за наявності) асистента8:** …………….……………. | | | | | |
| **2** | **Індекси ризику** | **Клас ASA9: Вага10:** ………кг   * І – здоровий пацієнт (не курить, зрідка вживає алкоголь); **Зріст:** …….....см * ІІ – пацієнт із легким системним захворюванням (захворювання без суттєвих функціональних обмежень) – наприклад, курець, соціальний алкоголік, вагітна, ожиріння з індексом маси тіла більше 30 та менше 40, компенсований цукровий діабет, контрольована артеріальна гіпертензія, захворювання органів дихання в легкій формі; * ІІІ – пацієнт із тяжким системним захворюванням (захворювання із суттєвим обмеженням функціональних можливостей) – наприклад, неконтрольована артеріальна гіпертензія та субкомпенсований цукровий діабет, хронічне обструктивне захворювання легень, патологічне ожиріння (індекс маси тіла більше 40), активний гепатит, алкогольна залежність або зловживання алкоголем, імплантований кардіостимулятор, помірне зниження фракції серцевого викиду, хронічна ниркова недостатність із необхідністю проведення планового гемодіалізу, ішемічна хвороба серця та анамнестично (більше трьох місяців) перенесені інфаркт міокарду, інсульт, транзиторна ішемічна атака, стан після стентування коронарних артерій), недоношений новонароджений; постконцептуальний вік (сума терміну гестації та віку дитини після народження) менше 60 тижнів; * ІV – пацієнт із тяжким системним захворюванням, яке постійно представляє небезпеку для життя – наприклад, нещодавно перенесені (до трьох місяців) інфаркт міокарду, інсульт, транзиторна ішемічна атака, напад стенокардії; тяжка дисфункція серцевих клапанів, різке зниження фракції серцевого викиду, сепсис, ДВЗ-синдром, гостра або хронічна декомпенсована ниркова недостатність; * V- пацієнт, який помирає (оперативне втручання по життєвим показам) – наприклад, розрив аневризми аорти, тяжка політравма, внутрішньочерепний крововилив, гостра ішемія кишківника при супутній тяжкій кардіальній патології або поліорганній недостатності. | | | | |
| **3** | **Клас рани11:**   * чиста (не проникає у колонізовані мікроорганізмами тканини і порожнини) * чиста забруднена (контрольовано проникає у колонізовані мікроорганізмами тканини і порожнини) * забруднена (місце втручання забруднене потенційно інфікованими виділеннями) * брудна (область втручання інфікована) | | | | |
| **4** | **Початок12:**  **\_\_ / \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_\_**  **Закінчення:**  **\_\_ / \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_\_**  **Тривалість:**  **\_\_\_\_ год. \_\_\_\_ хв.** | **Невідкладність операції:**   * невідкладна – має бути виконана негайно аби врятувати життя * ургентна – має бути виконана протягом 24-48 годин * напів-факультативна – має бути виконана протягом днів-тижнів * факультативна – без часових обмежень | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Периопераційні заходи** | | |
| **5** | **Підготовка пацієнта:**  Доопераційна ванна/душ всього тіла: € так € ні дата: \_\_/\_\_/\_\_\_  Використано: € мило € інший антисептичний засіб  Видалення волосся: € бритва € ножиці € без видалення  Видалення волосся: € вдома € у відділенні € в операційній  Дата видалення волосся: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ р. | **Хірургічна підготовка шкіри:**  € спиртовий розчин хлоргексидину  € спиртовий повідон-йод  € водний розчин хлоргексидину  € водний розчин повідон-йоду  **Після обробки шкіра повністю висохла:** € так € ні |
| **Передопераційна профілактика АМП14:**  € не показана  € показана, але не була проведена через € недоступність15  € інша причина16 (вписати): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Використаний АМП17:**  € амоксицилін + клавулонова к-та € цефазолін € ванкоміцин € ципрофлоксацин € гентаміцин € метронідазол  € пеніцилін € інший: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Доза18: \_\_\_\_\_\_\_\_ мг  Час введення: \_\_\_ : \_\_\_ Повторне введення19: \_\_\_ : \_\_\_ | **Хірургічна обробка рук20:**  € спиртовмісний антисептик € мило + вода  € інший антисептик21: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Тривалість процедури22: \_\_\_** хв |
| **Дренаж/імплант**  Локалізація26: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Тип дренування: € відкритий € закритий  АМП призначений за відсутності інфікованих виділень: € так € ні  Імплант: € металоостеосинтез € сітка  € шкірний трансплант € інше27: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Післяопераційна АМП-терапія:**  АМП-профілактика була закінчена після операції23: € так € ні  Якщо ні, які АМП були призначені24:  АМП 1: Доза: мг  Доз на добу: \_\_\_\_ Курс: \_\_\_ днів  АМП 2: Доза: мг  Доз на добу: \_\_\_\_ Курс: \_\_\_ днів  Причина25: € післяопераційна профілактика € лікування ІОХВ  € виділення з рани/дренажу € інше: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **6** | **Інші заходи28 (описати): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | |

Занесено в базу даних: € так € ні

Прізвище, ім’я та по батькові (за наявності) епідеміолога: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Примітки**.

1 номер медичної карти стаціонарного хворого (форма первинної облікової документації № 003/о «Медична карта стаціонарного хворого № \_\_\_\_», затверджена наказом Міністерства охорони здоров’я України від 14 лютого 2012 року № 110 (у редакції наказу Міністерства охорони здоров’я України від 21 січня 2016 року № 29), зареєстрована в Міністерстві юстиції України 12 лютого 2016 року за № 230/28360, форма первинної облікової документації № 097/о «Медична карта новонародженого № \_\_\_\_», затверджена наказом Міністерства охорони здоров’я України від 21 січня 2016 року № 29, зареєстрована в Міністерстві юстиції України 12 лютого 2016 року за № 233/28363, форма первинної облікової документації № 096/о «Історія вагітності та пологів № \_\_\_», затверджена наказом Міністерства охорони здоров’я України від 21січня 2016 року № 29, зареєстрована в Міністерстві юстиції України 12 лютого 2016 року за № 232/28362), або у Реєстрі медичних записів, записів про направлення та рецептів в електронній системі охорони здоров’я) (далі – медична карта хворого). Номер медичної карти не переноситься до електронного інструменту (програмного забезпечення), який використовується ЗОЗ з метою збереження і аналізу даних рутинного епіднагляду (далі – електронний інструмент).

2  основний клінічний діагноз пацієнта на момент проведення хірургічного втручання. У випадках якщо основний клінічний діагноз не є показанням до проведення оперативного втручання, необхідно зазначати два діагнози за наступною формою: основний клінічний діагноз / діагноз, який є причиною проведення оперативного втручання (наприклад, лімфобластний лейкоз / гострий апендицит).

3 дослідний номер заповнюється при внесенні даних цієї форми до електронного інструменту та має відповідати номеру за порядком в ній. Рекомендовано зазначати номер з двох частин (наприклад, 11/25, де 11 – порядковий номер, 25 – поточний рік).

4  день, місяць та рік внесення даних в форму збору даних.

5  день, місяць та рік внесення даних з форми до електронного інструменту.

6  назва оперативного втручання із списку, що наведений нижче (зазначається назва оперативного втручання, яке найбільше підходить):

1) видалення аневризми черевного відділу аорти;

2) ампутація кінцівки;

3) оперативне втручання на апендикулярному відростку;

4) постановка шунта для діалізу;

5) хірургія жовчних протоків, печінки і підшлункової залози;

6) хірургія молочної залози;

7) операції на серці;

8) каротидна ендартеректомія;

9) шунтування коронарних артерій із розрізом грудної клітини та донорської ділянки;

10) шунтування коронарної артерії із розрізом лише грудної клітини;

11) хірургія жовчного міхура;

12) хірургія товстого кишківника;

13) краніотомія;

14) кесарів розтин;

15) спонділодез;

16) відкрите лікування перелому;

17) хірургія шлунку;

18) хірургія кил;

19) артропластика кульшового суглобу;

20) пересадка серця;

21) абдомінальна гістеректомія;

22) артропластика колінного суглобу;

23) пересадка нирки;

24) ламінектомія;

25) пересадка печінки;

26) хірургія ділянки шиї;

27) хірургія нирок;

28) хірургія яєчників;

29) оперативні втручання пов’язані із встановленням та обслуговуванням кардіостимулятора;

30) хірургія простати;

31) периферичне судинне шунтування;

32) проктологія;

33) хірургія хребта;

34) хірургія тонкої кишки;

35) хірургія селезінки;

36) торакальна хірургія;

37) хірургія щитовидної та паращитовидної залоз;

38) вагінальна гістеректомія;

39) шунтування шлуночків головного мозку;

40) діагностична лапаротомія.

У випадках якщо пацієнту проводиться одночасно декілька видів оперативних втручань (наприклад, при політравмі), оформляються форми збору даних відповідно до кількості хірургічних бригад.

7 прізвище, ім’я та по батькові (за наявності) лікаря-хірурга, який проводив оперативне втручання. У випадках якщо хірургічна бригада складається з більше ніж двох лікарів хірургів, в графі «Прізвище, ім’я та по батькові (за наявності) хірурга» зазначається Прізвище, ім’я та по батькові (за наявності) керівника хірургічної бригади. У випадках якщо оперативне втручання проводить декілька хірургічних бригад (наприклад, оперативні втручання при політравмі), заповнюються форми збору даних окремо по кожному з втручань.

8 прізвище, ім’я та по батькові (за наявності) лікаря-хірурга, який асистував під час проведення оперативного втручання. У випадках якщо хірургічна бригада складається з більше ніж двох лікарів хірургів в графі «Прізвище, ім’я та по батькові (за наявності) асистента» зазначається Прізвище, ім’я та по батькові (за наявності) заступника керівника хірургічної бригади.

9 клас ASA визначається на основі даних, які отримані на момент поточного поступлення пацієнта в ЗОЗ та зазначені в медичній карті хворого.

10 вага та зріст пацієнта використовуються для розрахунку індексу маси тіла пацієнта.

11 зазначається клас рани відповідно до ризику розвитку ІОХВ (розділ ІІІ Порядку профілактики інфекційних хвороб, пов’язаних із наданням медичної допомоги, в закладах охорони здоров’я, які надають медичну допомогу в стаціонарних умовах, затвердженого цим наказом).

12 день, місяць, рік, година та хвилина початку та закінчення оперативного втручання, які зазначено в медичній карті хворого, тривалість оперативного втручання в годинах і хвилинах.

13 Заповнення розділу 5 «Периопераційні заходи» проводиться відповідно до даних медичної карти хворого.

14 якщо передопераційна антибіотикопрофілактика показана і була проведена, ця графа не заповнюється.

15 вказати «недоступність», якщо антимікробного лікарського засобу не було в наявності.

16 інша причина вказується, якщо лікарський засіб був в наявності, але його не ввели пацієнту.

17 заповнюється виключно, якщо передопераційна антибіотикопрофілактика була проведена. Відмічається антибактеріальний лікарський засіб або їх комбінація, що були введені пацієнту з метою проведення передопераційної антибіотикопрофілактики: амоксицилін в поєднанні з клавулановою кислотою, цефазолін, клоксацилін, ванкоміцин, ципрофлоксацин, гентаміцин, метронідазол, пеніцилін; відмічається «інший» та зазначається діюча речовина або речовини антибактеріального(их) препарату(ів), що були введені пацієнту з метою проведення передопераційної антибактеріальної профілактики, якщо у наведеному списку відсутній використаний лікарський засіб.

18 доза антибактеріального препарату, який було введено пацієнту з метою проведення передопераційної антибіотикопрофілактики в міліграмах; в разі, якщо використовувалися два або більше лікарських засобів (діючих речовин), зазначаються дози всіх засобів через скісну риску.

19 заповнюється виключно, якщо антибактеріальний препарат вводився повторно протягом оперативного втручання з метою проведення антибіотикопрофілактики. Зазначається година і хвилина повторного введення антибактеріального(их) препарату(ів).

20 якщо хірургічна обробка рук не проводилася, ця графа не заповнюється.

21 якщо використовувався інший антисептичний засіб, який не зазначено в переліку, відмічається «інший антисептик» і вписується його назва або діюча речовина.

22 заповнюється виключно, якщо хірургічна обробка рук проводилася. Вказується тривалість хірургічної обробки рук в хвилинах.

23 відмічається «так», якщо антибактеріальні препарати не вводилися пацієнту після накладання швів (закриття операційного поля) або «ні», якщо пацієнту продовжили вводити антибактеріальні препарати після закінчення оперативного втручання.

24 АМП 1 та АМП 2 – вказується діюча речовина антибактеріальних лікарських засобів, які були призначені пацієнту в післяопераційному періоді; у випадках, коли антибактеріальних препаратів призначено більше двох, в розділі 6 необхідно додати пункти АМП 3, АМП 4, АМП 5 і т.д. та вписати діючу речовину антибактеріального препарату, дозу введення, доз на день та днів призначення; якщо антибактеріальний лікарський засіб складається з двох діючих речовин (наприклад, амоксицилін в поєднанні з клавулановою кислотою), їх потрібно зазначати окремо: АМП 1 – амоксицилін, АМП 2 – клавуланова кислота, і подальші підпункти заповнювати відповідно до діючих речовин.

25 заповнюється виключно, якщо пацієнту продовжили вводити антибактеріальні препарати після закінчення оперативного втручання. Відмічається причина призначення антибактеріальних препаратів пацієнту відповідно до записів в медичній карті хворого: післяопераційна профілактика (відзначається виключно у випадках, коли післяопераційна профілактика проводиться більш тривалий термін в разі трансплантації органів, кардіохірургічних втручань або ендопротезування суглобів), лікування ІОХВ, виділення з рани/дренажу; відмічається «інше» і вписується причина, якщо в наведеному переліку причина призначення антибактеріальної терапії відсутня.

26 локалізація розміщення дренажу/імпланту; якщо дренажів/імплантів декілька, їх необхідно зазначати окремо із зазначенням типу дренування, відомостей щодо призначення АМП і виду імпланту в «інших заходах» (пункт 6 форми).

27 відмітити «інше» і вписати вид/тип імпланту, якщо в наведеному переліку він відсутній.

28 в цьому розділі зазначаються заходи, які важливі з точки зору епідеміологічного нагляду за ІОХВ, але які не увійшли до інших розділів цієї форми збору даних. Крім того, в даний розділ слід вносити дані, які не вмістилися у відповідний розділ форми (наприклад, призначені антибактеріальні засоби та вид імпланту).