Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie Al. Wojska Polskiego 37, 10-228 Olsztyn Oddział Kliniczny Radioterapii	**Formularz oceny ryzyka wystąpienia zakażenia szpitalnego**	F-KZ-2-0-6

Nazwisko i imię pacjenta: PESEL:

Nr Ks. Głównej:

Data przyjęcia do szpitala:
Rozpoznanie: ICD 10:

CZYNNIKI RYZYKA W CHWILI PRZYJĘCIA DO SZPITALA ** *właściwe zakreślić*	TAK*
Przeniesienie z innego szpitala, z zakładu opiekuńczo-leczniczego, domu pomocy społecznej itp.* **	
Rany, uraz otwarty, przetoki, odleżyny, zmiany, uszkodzenia skóry * **	
Sztuczne drogi (cewnik moczowy, stomia, cewnik naczyniowy, rurka tchawicza, itp.) * **	
Zabiegi operacyjne / badania inwazyjne wykonane < 3 miesięcy przed hospitalizacją	
Przebyte zakażenia, antybiotykoterapia < 3 m-cy przed hospitalizacją	
Korzystanic z usług w okresie <12 m-cy : zakład fryzjerski, kosmetyczny, stomatologiczny , tatuaż.	
Przewlekłe zakażenia (np. wzw, gruźlica, HIV/AIDS)	
Aktywne ostre zakażenie (np. zakażenie inwazyjne)	
Choroba nowotworowa aktywna/ aktualna radioterapia / chemioterapia / sterydoterapia / inne metody immunosupresji	
Choroby metaboliczne, krążenia, nerek, płuc.	
Uzależnienia, alkoholizm, nikotynizm, inne	
Uraz wielonarządowy /uraz komunikacyjny/chory przyjęty nieprzytomny/ / po zachłyśnięciu / po NZK / unieruchomienie	
Inne	
RAZEM	

* Każda odpowiedź TAK to 1 punkt
** Należy zakreślić rodzaj czynnika
*** **przy zaznaczeniu tych czynników zaleca się pobranie posiewów zgodnie ze wskazaniami do pobierania materiałów mikrobiologicznych - Z-KZ-6-0-1**
> **3 pkt.** wysokie ryzyko wystąpienia zakażenia szpitalnego;

Chorego zakwalifikowano do grupy ryzyka z liczbą punktów ..... .

....
Data wypełnienia Pieczątka i podpis lekarza

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Ja, niżej podpisany, świadomy odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego w brzmieniu: *„Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”* , oświadczam, że udzieliłem/-am prawdziwych informacji lekarzowi sporządzającemu „Formularz oceny ryzyka wystąpienia zakażenia szpitalnego”.

Jednocześnie oświadczam, iż zapoznałem/-am się z treścią w/w formularza, sporządzonego przez lekarza i akceptuję jego treść.

....
Data Czytelny podpis pacjenta