

# УПИТНИК ЗА ПАЦИЈЕНТА



Република Србија  
МИНИСТАРСТВО  
ЗДРАВЉА

## IV НАЦИОНАЛНА СТУДИЈА ПРЕВАЛЕНЦИЈЕ БОЛНИЧКИХ ИНФЕКЦИЈА И УПОТРЕБЕ АНТИБИОТИКА



Шифра болнице _____	Назив одељења (скраћено)/ ИД јединице: _____	Датум студије: ___ / ___ / 2017.	
<b>Специјалност одељења:</b>			
<input type="checkbox"/> Инт. медицина <i>MED</i>	<input type="checkbox"/> Педијатрија <i>PED</i>	<input type="checkbox"/> Рехабилитација <i>RHB</i>	<input type="checkbox"/> Геријатрија <i>GER</i>
<input type="checkbox"/> Хирургија <i>SUR</i>	<input type="checkbox"/> Неонатологија <i>NEO</i>	<input type="checkbox"/> Проду. леч. и нега <i>LTC</i>	<input type="checkbox"/> Мешовито <i>MIX</i>
<input type="checkbox"/> ЈИЛ <i>ICU</i>	<input type="checkbox"/> Гинекол/акушер. <i>G/O</i>	<input type="checkbox"/> Психијатрија <i>PSY</i>	<input type="checkbox"/> Друго <i>OTH</i>
Број пацијента: _____			
Старост у годинама: _____ (године)	Узраст у месецима: _____ (месеци)		
Пол: <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/> НЕП	Датум хоспитализације: ___ / ___ / 2017.		
Специјалност консулганта/службе: _____			
<b>Хируршка интервенција:</b>			
<input type="checkbox"/> Без операције			
<input type="checkbox"/> Да, минимално инвазивна/не- <i>NHSN</i> хирургија <sup>1</sup> (Ако је одговор <i>Да</i> , уписати датум хируршке интервенције) Датум: ___ / ___ / 2017.			
<input type="checkbox"/> Да, <i>NHSN</i> хирургија - навести шифру <i>NHSN</i> операције <sup>1</sup> _____ (Ако је одговор <i>Да</i> , уписати датум хируршке интервенције) Датум: ___ / ___ / 2017.			
<input type="checkbox"/> Непознато			
<b>McCabe скор:</b>			
<input type="checkbox"/> Нефатална болест	<input type="checkbox"/> Фатална болест		
<input type="checkbox"/> Брзо фатална болест	<input type="checkbox"/> Непознато		
Тежина на рођењу: _____ грама			
Централни васкуларни катетер:	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Непознато		
Периферни васкуларни катетер:	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Непознато		
Уринарни катетер:	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Непознато		
Интубација:	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Непознато		
Пацијент прима антимицробне лекове <sup>2</sup> :	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не (Ако је одговор <i>Да</i> , на другој страни уписати податке о потрошњи антимицробних лекова)		
Пацијент има активну БИ <sup>3</sup> :	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не (Ако је одговор <i>Да</i> , на другој страни уписати податке о БИ)		

