

KANÜL/ KATÉTER-ASSZOCIÁLT FERTŐZÉSEK JELENTÉSI LAPJA V1

(KIVÉVE HÓLYAGKATÉTER)

Kanül/ katéter asszociált fertőzés: minden perifériás (branül, kanül vagy vérvételi), centrális (diagnosztikus, terápiás, dialízis) célú tűszúrás vagy testüregbe (pleurális, peritoneális, liquortérbe) kerülő katéter bevezetése, ill. használata során fellépő fertőzés, mely járhat lokális (bőrpír, cellulitis, phlegmone) vagy szisztémás (szepszis) tünetekkel.

A húgyúti beavatkozások kapcsán fellépő fertőzések jelentésére kérjük, használja az arra kifejlesztett adatlapot.

Adatszolgáltató intézmény* _____ **Osztály azonosítója*** _____

Az esemény azonosítója* _____

Az intézmény, az osztály és az esemény azonosítói a NEVES elektronikus felületén automatikusan generált kódok. Papír alapú adatgyűjtés esetén használható belső azonosítási rendszer, vagy a program által adott kódok. Utóbbi esetben az esemény azonosítója utólagosan, az elektronikus adatrögzítés alkalmával rögzíthető a papíron.

1. A fertőzést elszenvedő személy jellemzői

1.1. Életkor (életév): _____ **1.2. Beteg neve*** Férfi Nő

1.3 Van a betegnek ismert, a fertőzésre hajlamosító állapota?* (több is jelölhető)

- | | | | |
|--|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Akut vagy krónikus gyulladás | <input type="checkbox"/> Fájdalomcsillapító fogyasztás | <input type="checkbox"/> Kiszáradás | <input type="checkbox"/> Nincs |
| <input type="checkbox"/> Cukorbetegség | <input type="checkbox"/> Hipertónia | <input type="checkbox"/> Köszvény | <input type="checkbox"/> Terhesség |
| <input type="checkbox"/> Dohányzás | <input type="checkbox"/> Immunszupprimált állapot | <input type="checkbox"/> Lázas betegség | <input type="checkbox"/> Újszülöttkor |
| <input type="checkbox"/> Elhízás | <input type="checkbox"/> Irradiáció | <input type="checkbox"/> Leromlott állapot | <input type="checkbox"/> Egyéb: _____ |
| <input type="checkbox"/> Előzetes antibiotikus kezelés | <input type="checkbox"/> Keringési betegség | <input type="checkbox"/> Műtét | |
| | | <input type="checkbox"/> Nem ismert | |

1.4. A beteg ismert jellemzői?* (több is jelölhető)

- | | | | |
|---|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Beszédzavar | <input type="checkbox"/> Hallászavar | <input type="checkbox"/> Nincs | <input type="checkbox"/> Egyéb: _____ |
| <input type="checkbox"/> Egyensúlyzavar | <input type="checkbox"/> Inkontinencia | <input type="checkbox"/> Pszichés betegség | |
| <input type="checkbox"/> Érzészavar | <input type="checkbox"/> Látászavar | <input type="checkbox"/> Tanulási nehézség | |
| <input type="checkbox"/> Fájdalom | <input type="checkbox"/> Mozgáskorlátozottság | <input type="checkbox"/> Tudatzavar | |

2. Az esemény idején a beteg ellátásáért felelős szervezeti egység jellemzői

2.1. Milyen egységben történt a katéter/ kanül behelyezése? *

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aktív osztály | <input type="checkbox"/> Egnapos ellátás | <input type="checkbox"/> Műtő | <input type="checkbox"/> Rehabilitációs |
| <input type="checkbox"/> Ápolási | <input type="checkbox"/> Járóbeteg | <input type="checkbox"/> Nappali kórház | <input type="checkbox"/> Vérellátó |
| <input type="checkbox"/> Dialízis | <input type="checkbox"/> Krónikus | <input type="checkbox"/> Patológia | <input type="checkbox"/> Egyéb: _____ |

2.2. Milyen szakterületen dolgozó részlegben történt a katéter/ kanül behelyezése?*

- | | | | |
|--|--|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aneszteziológia | <input type="checkbox"/> Csecsemő és gyermekgyógyászat | <input type="checkbox"/> Geriátria | <input type="checkbox"/> Műtés |
| <input type="checkbox"/> Belgyógyászat | <input type="checkbox"/> Diagnosztikai | <input type="checkbox"/> ITO | <input type="checkbox"/> Sürgősségi |
| | | <input type="checkbox"/> Laboratórium | <input type="checkbox"/> Egyéb: _____ |

2.3. A betegellátás a szokásos létszámmal történt a beavatkozás idején? *

- | | | | |
|-------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Igen | <input type="checkbox"/> Kevesebb dolgozóval | <input type="checkbox"/> Nem ismert | <input type="checkbox"/> Több dolgozóval |
|-------------------------------|--|-------------------------------------|--|

2.4. Van az egységben a kanülök/ katéterek használatával kapcsolatos szabályozás? *

- | | | |
|-------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Igen | <input type="checkbox"/> Nem ismert | <input type="checkbox"/> Nincs |
|-------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|

2.5. Van az egységben a betegátadásra vonatkozó szabályozás, mely a kanülök/katéterek állapotának átadására is kitér? *

- | | | |
|-------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Igen | <input type="checkbox"/> Nem ismert | <input type="checkbox"/> Nincs |
|-------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|

2.6. Van az egységben higiénés szabályozás?*

- | | | |
|-------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Igen | <input type="checkbox"/> Nem ismert | <input type="checkbox"/> Nincs |
|-------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|

2.7. Általában milyen gyakorisággal ellenőrzik a fertőzés kialakításában szerepet játszó eszközt és a szűrőcsatornát az egységben? *

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ha a beteg szól | <input type="checkbox"/> Naponta | <input type="checkbox"/> Néhány naponta | <input type="checkbox"/> Nem ismert |
| <input type="checkbox"/> Hetente | <input type="checkbox"/> Naponta többször | <input type="checkbox"/> Nem ellenőrzik | <input type="checkbox"/> Tünetek jelentkezése esetén |

2.8. Általában milyen gyakorisággal cserélik a fertőzés kialakításában szerepet játszó eszközt az egységben? *

- | | | |
|----------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hetente | <input type="checkbox"/> Néhány naponta | <input type="checkbox"/> Nem ismert |
| <input type="checkbox"/> Naponta | <input type="checkbox"/> Nem cserélik | <input type="checkbox"/> Szövődmény esetén |

3. Az esemény leírása

3.1. Milyen típusú eszköz használata során következett be a fertőzés?*

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Branül | <input type="checkbox"/> Gerinccsapoló tű | <input type="checkbox"/> Intrakraniális kanül/
drén | <input type="checkbox"/> Pleurális drén |
| <input type="checkbox"/> Centrális vénás kanül | <input type="checkbox"/> Injekciós tű | <input type="checkbox"/> Peritoneális kanül/
drén | <input type="checkbox"/> Vértvételi tű |
| <input type="checkbox"/> Dialízis kanül | <input type="checkbox"/> Intervenció
radiológiai eszköz | <input type="checkbox"/> Egyéb: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Eda kanül | | | |

3.2. Az alkalmazott eszköz használatának célja* (több is jelölhető)

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anesztézia | <input type="checkbox"/> pleurális folyadék,
stb.) | <input type="checkbox"/> Intervenció
diagnosztika | <input type="checkbox"/> Kontrasztanyag
beadás |
| <input type="checkbox"/> Dialízis | | <input type="checkbox"/> Intrakraniális
beavatkozás | <input type="checkbox"/> Mintavétel (vér,
liquor) |
| <input type="checkbox"/> Egyéb mintavétel
(vizelet,
amniocentézis, ascites, | <input type="checkbox"/> I.V. vagy egyéb
testüregebe történő
gyógyszerbeadás | <input type="checkbox"/> Invazív monitorizálás | <input type="checkbox"/> Egyéb: _____ |

3.3. A beteg felvételének dátuma* (év, hónap, nap) _____ / _____ / _____

3.4. Az eszköz alkalmazásának dátuma* (év, hónap, nap) _____ / _____ / _____

3.5. Az eszköz alkalmazásának időpontja (24 órás formátum) _____ óra/ _____ perc

3.6. Az eszköz alkalmazásának napja* Munkanap Munkaszüneti nap Nem ismert

3.7. Az eszköz alkalmazásának napszaka* Nappal Nem ismert Ügyeletben

3.8. Az eszköz alkalmazásának helyszíne*

- | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Ambulancia | <input type="checkbox"/> Kórterem | <input type="checkbox"/> Diagnosztikus egység |
| <input type="checkbox"/> Kezelő | <input type="checkbox"/> Műtő | <input type="checkbox"/> Egyéb: _____ |

3.9. Az eszközt alkalmazó dolgozó beosztása*

- | | | | |
|--|---|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aneszt. Asszisztens | <input type="checkbox"/> Ápolóhallgató | <input type="checkbox"/> Orvostanhallgató | <input type="checkbox"/> Szakorvos |
| <input type="checkbox"/> Ápoló | <input type="checkbox"/> Laborasszisztens | <input type="checkbox"/> Rezidens | <input type="checkbox"/> Egyéb: _____ |

3.10. A beavatkozás során használt eszköz a beteg szükségleteinek megfelelő volt?*

(méret, típus, anyag, stb.)

- | | | |
|-------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Igen | <input type="checkbox"/> Nem | <input type="checkbox"/> Nem ismert |
|-------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|

3.11. Az eszköz használata során el kellett térni a vonatkozó szabályozástól?*

- | | | | |
|-------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Igen | <input type="checkbox"/> Nem | <input type="checkbox"/> Nem ismert | <input type="checkbox"/> Nincs szabályozás |
|-------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|--|

3.12. A fertőzés észlelésének dátuma* (év, hónap, nap) _____ / _____ / _____

3.13. A fertőzés észlelésének időpontja óra (24 órás formátum) _____ óra/ _____ perc

3.14. A fertőzés észlelésének napja* Munkanap Munkaszüneti nap Nem ismert

3.15. A fertőzés észlelésének napszaka* Nappal Nem ismert Ügyeletben

3.16. A fertőzés helye*

- | | | | |
|-------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Comb | <input type="checkbox"/> Kar/ kéz | <input type="checkbox"/> Nyak | <input type="checkbox"/> Törzs/ has |
| <input type="checkbox"/> Fej | <input type="checkbox"/> Láb/ lábfej | <input type="checkbox"/> Szisztémás | <input type="checkbox"/> Egyéb: _____ |

3.17. A fertőzést okozó eszköz sterilizálása*

- | | | | |
|--------------------------------|--|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Egyéb | <input type="checkbox"/> Egyszer használatos | <input type="checkbox"/> Központi sterilizáló | <input type="checkbox"/> Nem ismert |
|--------------------------------|--|---|-------------------------------------|

3.18. Az intézményi tartózkodás ideje alatt történt-e kanül/ katéter csere?*

- | | | |
|-------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Igen | <input type="checkbox"/> Nem | <input type="checkbox"/> Nem ismert |
|-------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|

3.19. A legutóbbi dokumentált kanül/katétercsere dátuma? (év, hónap, nap) _____ / _____ / _____

3.20. Mely tényezők járulhattak hozzá a fertőzés kialakulásához?* (több is jelölhető)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aszepszis nem szabályszerű
alkalmazása a bevezetés során | <input type="checkbox"/> Lejárt sterilitású eszköz | <input type="checkbox"/> Nem szabályszerű katéter
kezelés/ ápolás |
| <input type="checkbox"/> Az eszköz nem megfelelő
dezinficiálása, sterilizálása | <input type="checkbox"/> Nem megfelelő méretű eszköz | <input type="checkbox"/> Nem szabályszerűen tárolt
eszköz |
| <input type="checkbox"/> Fogycékkal élő beteg | <input type="checkbox"/> Nem megfelelő típusú eszköz | <input type="checkbox"/> Többszörös eszköz bevezetési
kísérlet |
| <input type="checkbox"/> Immunszupprimált beteg | <input type="checkbox"/> Nem steril eszköz | <input type="checkbox"/> Traumatikus beavatkozás |
| <input type="checkbox"/> Kahexiás beteg | <input type="checkbox"/> Nem szabályszerű
bőrfertőtlenítés | <input type="checkbox"/> Egyéb: _____ |
| <input type="checkbox"/> Kicsúszott eszköz
visszahelyezése | | |

4. Az esemény következményei

4.1. A milyen mértékű károsodást szenvedett beteg?*

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> A beteg elhunyt (a betegbiztonsági incidens
következtében) | <input type="checkbox"/> Enyhe (minimális károsodás – a beteg fokozott
megfigyelést, hosszabb kezelést igényelt) |
|--|---|

- Közepes (rövid ideig fennálló károsodás – további kezelési igény, vagy beavatkozás szükségessége) Súlyos (maradandó, vagy hosszútávon fennálló károsodás)
- Nem történt sérülés

4.2. Milyen hatása volt az esetnek a betegre?*

- Anyagi Fizikai Lelki Nem volt hatás Szociális

4.3. Amennyiben fizikai hatása volt, akkor az alábbiak közül melyeket észlelték?* (több is jelölhető)

- Ájulás, eszméletvesztés Fertőzés Halál Trombózis
- Allergia Folyadék-, vérvesztés Hipotermia (<35 °C) Váratlan állapotromlás
- Anafilaxia Gyomor-bél panaszok (hányinger, hányás, hasmenés) Láz (>38 °C) Egyéb: _____
- Bőr/szöveti sérülés Nem ismert Nem tervezett szövet vagy szervpunkció
- Fájdalom

4.4. A fertőzés következtében szükséges beavatkozás/vizsgálat

(pl. elsősegély, szakorvosi ellátás, immunizáció, kontroll- és laborvizsgálatok)

4.5. Az alkalmazott kezelés módja* (több is jelölhető)

- I.V. antimikrobás szer Nem kezelték Egyéb: _____
- Műtét Orális. antimikrobás szer

4.6. Milyen ellátás vált szükségessé a fertőzés miatt?*

- Fekvőbeteg Járóbeteg Nem ismert

4.7. A fertőzés miatt hosszabbá vált-e a kórházi ápolás?*

- Igen Nem Nem értelmezhető

5. Az esemény részletes leírása

5.1. A fertőzés körülményeinek részletes leírása, beleértve az eddig nem azonosított fontos körülményeket és a valószínű kiváltó okokat

5.2. Véleménye szerint mely tényezők vezethettek a fertőzés kialakulásához?* (több is jelölhető)

- Betegtényezők (pl. klinikai állapot, szociális / fizikai / pszichés tényezők, kapcsolati tényezők) Munka és környezeti tényezők (pl. rossz/túlzott adminisztráció, fizikai környezet, túlzott munkaterhelés vagy túlmunka, időnyomás)
- Csapat és szociális tényezők (pl. szerep- és feladat meghatározás, vezetési, szervezeti, kulturális tényezők) Munkával kapcsolatos tényezők (pl. munkautasítások, folyamatleírások hozzáférhetősége)
- Felszerelésekkel és anyagi forrásokkal kapcsolatos tényezők (pl. megfelelő méretű, típusú műszerek, eszközök hozzáférhetősége, használatának bonyolultsága) Nem ismert
- Gyógyszereléssel kapcsolatos tényezők (pl. ha egy vagy több gyógyszer direkt módon hozzájárulhatott az eseményhez) Oktatási és továbbképzési tényezők (pl. a gyakorlati oktatás hozzáférhetősége)
- Kommunikációs tényezők (pl. egyének, csoportok, ill. szervezetek közötti szóbeli, írott és/vagy non-verbális kommunikáció) Szervezeti és stratégiai tényezők (pl. szervezeti struktúra, szerződő fél/ügynökség alkalmazása, szervezeti kultúra)
- Egyéb: _____

5.3. Amennyiben az előző. kérdésben felsorolt tényezők valamelyike szerepet játszott az esemény kialakulásában, kérjük, valamennyit részletezze az alábbiakban

5.4. Véleménye szerint milyen intézkedésekkel lehetett volna a kanül asszociált fertőzést megelőzni? (szervezési, adminisztratív intézkedések, munkakörülmények javítása, munkavédelmi szabályok betartása)

6. Kitöltés

6.1. Kitöltés dátuma (év, hónap, nap) _____ / _____ / _____

6.2. Adatlapot kitöltő(k) szakképzettsége: (pl. szakorvos, szakápoló, adminisztrátor, stb.) _____