

A NEVES JELENTÉSI RENDSZER HÚGYÚTI BEAVATKOZÁST KÖVETŐEN KIALAKULT HÚGYÚTI FERTŐZÉSEK JELENTÉSI LAPJA V1

Húgyúti beavatkozást követő húgyúti fertőzés: diagnosztikus vagy terápiás hólyagkatéterezést, húgycső- vagy húgyhólyagtükrözést, húgyvezeték vagy vesemedence katéterezést követően fellépő húgyúti fertőzés.

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. Nem*** 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"/> Irradiáció | <input type="checkbox"/> Nincs |
| <input type="checkbox"/> Cukorbetegség | <input type="checkbox"/> Hipertónia | <input type="checkbox"/> Keringési betegség | <input type="checkbox"/> Tartós húgyúti katéter |
| <input type="checkbox"/> Dohányzás | <input type="checkbox"/> Húgyúti fejlődési rendellenesség | <input type="checkbox"/> Kiszáradás | <input type="checkbox"/> Terhesség |
| <input type="checkbox"/> Elhízás | <input type="checkbox"/> Immunszupprimált állapot | <input type="checkbox"/> Köszvény | <input type="checkbox"/> Újszülöttkor |
| <input type="checkbox"/> Előzetes antibiotikus kezelés | <input type="checkbox"/> Nem ismert | <input type="checkbox"/> Lázas betegség | <input type="checkbox"/> Egyéb: _____ |
| | | <input type="checkbox"/> Leromlott állapot | |

1.4. Van a betegnek olyan ismert jellemzője, ami hozzájárulhatott a fertőzés bekövetkezéséhez?* (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 húgyúti beavatkozás?*

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

2.2. Milyen szakterületen dolgozó részlegben történt a húgyúti beavatkozás?*

- | | | | |
|--|--|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Aktív, műtétes | <input type="checkbox"/> Csecsemő és gyermekgyógyászat | <input type="checkbox"/> ITO | <input type="checkbox"/> Szülészet és nőgyógyászat |
| <input type="checkbox"/> Aneszteziológia | <input type="checkbox"/> Geriátria | <input type="checkbox"/> Sürgősségi | <input type="checkbox"/> Egyéb: _____ |
| <input type="checkbox"/> Belgyógyászat | | | |

2.3. A betegellátás a húgyúti beavatkozás végzésekor a szokásos létszámmal történt?*

- | | | | |
|-------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| <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 húgyúti beavatkozás, hólyagkatéterezés végzéséről szabályozás?*

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

2.5. Általában milyen gyakorisággal cserélik a húgyúti katétereket az egységben?*

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

2.6. Van az egységben a betegátadásra vonatkozó szabályozás, mely a húgyúti eszközök állapotára is kitér?*

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

2.7. Van az egységben higiénés szabályozás?* Igen Nem Nem ismert

3. Az esemény leírása

3.1. Milyen típusú eszköz használata kapcsán történt a fertőzés?*

- | | | |
|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diagnosztikus katéter | <input type="checkbox"/> Leccapoló/ intermittáló katéter | <input type="checkbox"/> Egyéb: _____ |
| <input type="checkbox"/> Endoszkópos eszköz | <input type="checkbox"/> Tartós hólyagkatéter | |

3.2. Az eszköz alkalmazásának célja*

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diagnosztikus beavatkozás | <input type="checkbox"/> Posztoperatív szövődmény elhárítása | <input type="checkbox"/> Preoperatív előkészítés | <input type="checkbox"/> Terápiás beavatkozás |
| <input type="checkbox"/> Gyógyszeradás | <input type="checkbox"/> Szövetminta vétel | <input type="checkbox"/> Egyéb: _____ | |

NEVES Húgyúti fertőzések adatlapja v1 Érvényes: 2014. október 31-től

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

3.4. A beavatkozás végzésének dátuma* (tartós katéter esetén az első felhelyezés időpontja; év, hónap, nap) _____ / _____ / _____

3.5. A beavatkozás végzésének időpontja (24 órás formátum) _____ óra/ _____ perc

3.6. A beavatkozás végzésének napja*

Munkanap Munkaszüneti nap Nem ismert

3.7. A beavatkozás végzésének napszaka*

Nappal Nem ismert Ügyeletben

3.8. A húgyúti beavatkozás végzésének helye*

Ambulancia Kezelő Kórterem Műtő Egyéb: _____

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

Igen Nem Nem ismert

3.10. Az intézményi tartózkodás ideje alatt történt katéter csere? *

Igen Nem Nem ismert

3.11. Ha történt, a legutolsó dokumentált katétercsere dátuma? (év, hónap, nap)

_____ / _____ / _____

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

3.13. A fertőzés észlelésének időpontja (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. Az alkalmazott katéter anyaga*

Gumi Műanyag Szilikon vagy szilikonozott Egyéb: _____

3.17. A fertőzés típusa *

Akut cisztitis Aszimptómás bakteriuria Egyéb: _____

Akut pyelonephritis Nem ismert

3.18. Hogyan és milyen körülmények mellett történt a húgyúti beavatkozás?* (több is jelölhető)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> A katéter kezelése/ ápolása nem aszeptikus módon | <input type="checkbox"/> Nem megfelelő lemosás | <input type="checkbox"/> Nem steril eszköz |
| <input type="checkbox"/> Fertőzött genitáliák | <input type="checkbox"/> Nem megfelelő méretű eszköz | <input type="checkbox"/> Sérült genitáliák |
| <input type="checkbox"/> Immunszupprimált beteg | <input type="checkbox"/> Nem megfelelő rögzítés | <input type="checkbox"/> Többszöri próbálkozás az eszköz bevezetésére |
| <input type="checkbox"/> Lejárt eszköz | <input type="checkbox"/> Nem megfelelő síkosító | <input type="checkbox"/> Traumatikus beavatkozás |
| <input type="checkbox"/> Nem használtak síkosítót | <input type="checkbox"/> Nem megfelelő típusú eszköz | <input type="checkbox"/> Egyéb: _____ |
| <input type="checkbox"/> Nem kooperáló beteg | <input type="checkbox"/> Nem rendeltetésszerű eszközhasználat | |

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"/> Közepes (rövid ideig fennálló károsodás – további kezelési igény, vagy beavatkozás szükségessége) | <input type="checkbox"/> Súlyos (maradandó, vagy hosszútávon fennálló károsodás) |
| <input type="checkbox"/> Enyhe (minimális károsodás – a beteg fokozott megfigyelést, hosszabb kezelést igényelt) | <input type="checkbox"/> 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)

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ájulás, eszméletvesztés | <input type="checkbox"/> Fájdalom | <input type="checkbox"/> Gyomor-bél panaszok (hányinger, hányás, hasmenés) | <input type="checkbox"/> Láz (>38 °C) |
| <input type="checkbox"/> Allergia | <input type="checkbox"/> Folyadék-, vérveszteség | <input type="checkbox"/> Halál | <input type="checkbox"/> Nem ismert |
| <input type="checkbox"/> Anafilaxia | | <input type="checkbox"/> Hipotermia (<35 °C) | <input type="checkbox"/> Váratlan állapotromlás |
| <input type="checkbox"/> Bőr/szöveti sérülés | | | <input type="checkbox"/> Egyéb: _____ |

4.4. A fertőzést követően szükséges beavatkozás/vizsgálat

(pl. szakorvosi ellátás/konzílium, kontroll és kiegészítő laborvizsgálatok, radiológiai vizsgálatok)

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

NEVES Húgyúti fertőzések adatlapja v1 Érvényes: 2014. október 31-től

I.V. antimikrobás szer Nem kezelték Egyéb: _____

Katéter csere Orális antimikrobás szer

4.6. Milyen ellátás vált szükségessé a fertőzés miatt?*

Fekvőbeteg Járóbeteg Nem ismert

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

Igen Nem Nem értelmezhető

5. Az esemény részletes leírása

5.1. Az 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)

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

5.3. Amennyiben az 5.2. kérdésben felsorolt tényezők valamelyike szerepet játszott az esemény kialakulásában, kérjük, valamennyit részletezze az alábbiakban

5.4. Véleménye szerint milyen intézkedésekkel lehetett volna a beavatkozást követően kialakult húgyúti fertőzést megelőzni?

(szervezési, adminisztratív intézkedések, munkakörülmények javítása, higiénés szabályok betartása)

6. Kitöltés

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

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