

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ РЕГИСТРАЦИОННАЯ КАРТА БОЛЬНОГО

Номер исследовательского центра:

Порядковый номер ИРК:

Дата начала ведения ИРК (ДД/ММ/ГГ): //

ФИО больного: _____

Порядок заполнения ИРК

Название раздела ИРК	Страница	Примечание
Раздел 1. Сведения об ЛПУ (на день обследования отделения)	3	Заполняется на всех больных
Раздел 2. Сведения о больном на день проведения обследования отделения (День X)	4	Заполняется на всех больных
Раздел 2.1. Информация о больном с документированным диагнозом инфекционного заболевания (Группа 1)	8	
Раздел 2.2. Информация о больном с косвенными признаками нозокомиальной инфекции (Группа 2)	18	
Раздел 2.3. Информация о больном, не входящем в Группу 1 и Группу 2	20	
Раздел 3. Информация о нозокомиальных инфекциях на 28-й день от Дня X (либо на день выписки/перевода)	21	Заполняется ТОЛЬКО для больных 1 и 2 групп
Раздел 4. Исход основного заболевания на 28-й день от Дня X (либо на день выписки/перевода)	30	Заполняется для всех больных

Исследование распространенности и клинического значения нозокомиальных инфекций в лечебных учреждениях Российской Федерации

Раздел 1. Сведения об ЛПУ (на день обследования отделения)

Дата внесения сведений об ЛПУ (ЧЧ/ММ/ГГ)	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>
Наименование ЛПУ	
Контингент ЛПУ	<input type="checkbox"/> Взрослые <input type="checkbox"/> Дети (до 14 лет)
Наименование отделения	
Наличие в отделении палат разного профиля	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Профиль обследуемого отделения	<input type="checkbox"/> Терапевтическое
	<input type="checkbox"/> Хирургическое
	<input type="checkbox"/> ОРИТ
	<input type="checkbox"/> Урологическое
	<input type="checkbox"/> Неврологическое
Количество коек в отделении	<input type="text"/> <input type="text"/>
Количество больных в отделении (в 08.00 в день обследования отделения)	

Исследование распространенности и клинического значения нозокомиальных инфекций в лечебных учреждениях Российской Федерации

Раздел 2.

Сведения о больном на день проведения обследования отделения (День X)

Дата заполнения ИРК (ДД/ММ/ГГ)	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>
Наименование отделения	
Профиль отделения	<input type="checkbox"/> Терапевтический <input type="checkbox"/> Хирургический <input type="checkbox"/> ОРИТ <input type="checkbox"/> Урологический <input type="checkbox"/> Неврологический <input type="checkbox"/> Другой: _____
Номер истории болезни	
Инициалы больного (ФИО)	
Пол	<input type="checkbox"/> муж <input type="checkbox"/> жен
Возраст, полных лет	<input type="text"/> <input type="text"/>
Возраст, месяцев (для детей младше 2-х лет)	<input type="text"/> <input type="text"/>
Дата поступления в стационар (ДД/ММ/ГГ)	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>
Дата поступления в отделение (ДД/ММ/ГГ)	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>
Откуда поступил	<input type="checkbox"/> Из другого стационара <input type="checkbox"/> Из другого отделения <input type="checkbox"/> По СМП <input type="checkbox"/> самотек

**Факторы риска развития полирезистентной инфекции
(бактериальной, грибковой)**

Предшествующее применение АМП (в течение 3-х предшествующих месяцев до госпитализации)	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
Предшествующие госпитализации (в течение 3-х предшествующих месяцев до госпитализации)	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
Инвазивные процедуры (во время данной госпитализации)	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
Диагноз инфекционного заболевания при поступлении	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>

Исследование распространенности и клинического значения нозокомиальных инфекций в лечебных учреждениях Российской Федерации

Коморбидные состояния (установленные на дату заполнения карты)

Диабет	Инсулинозависимый СД	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	Инсулинонезависимый СД	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Пульмонология	Обострение ХОБЛ/ хронического бронхита, БА	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	Пневмония	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Органная недостаточность	Печеночная (цирроз печени)	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	Почечная (острая, хроническая)	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	Дыхательная недостаточность	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	ХСН (III и IV)	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Хронические инфекции	НIV инфекция	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	Инфекции МВП	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Онкология	Рак с метастазами	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	Онкогематология	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	Рак без метастазирования	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Другие состояния (вписать)		Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>

Сопутствующая терапия

Стероиды	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Химиотерапия	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>

Основная причина поступления в отделение (выбрать одну)

Нейрохирургические операции, профилактика менингококковой инфекции	<input type="checkbox"/>	Операции на сердце и сосудах, профилактика эндокардита	<input type="checkbox"/>
Менингит, абсцесс мозга и т.д.	<input type="checkbox"/>	Инфекционный эндокардит, инфицирование сосудистых протезов	<input type="checkbox"/>
Травма	<input type="checkbox"/>	Оперативные вмешательства на органах грудной клетки	<input type="checkbox"/>
Отравление	<input type="checkbox"/>	Острый бронхит, обострение ХОБЛ/хронического бронхита, БА	<input type="checkbox"/>
Острое нарушение мозгового кровообращения	<input type="checkbox"/>	Пневмония	<input type="checkbox"/>
Острый коронарный синдром	<input type="checkbox"/>	Сепсис	<input type="checkbox"/>
Операции на органах ЖКТ и брюшной стенке	<input type="checkbox"/>	Пластические операции, протезирование на костях и суставах	<input type="checkbox"/>
Инфекции ЖКТ (сальмонеллез, антибиотик-ассоциированная диарея и др.)	<input type="checkbox"/>	Целлюлит, раны и др. инфекции кожи и подкожно-жировой клетчатки, не затрагивающие	<input type="checkbox"/>

**Исследование распространенности и клинического значения нозокомиальных инфекций в
лечебных учреждениях Российской Федерации**

		костные ткани	
Операции на мочевыводящих путях, профилактика рецидивирующих инфекций МВП	<input type="checkbox"/>	Оперативные вмешательства, инвазивные диагностические манипуляции в акушерстве и гинекологии	<input type="checkbox"/>
Инфекции нижних МВП (цистит и др.)	<input type="checkbox"/>	Инфекции в акушерстве и гинекологии	<input type="checkbox"/>
Инфекции верхних МВП (пиелонефрит, гнойно-деструктивные поражения почек)	<input type="checkbox"/>	Простатит, орхоэпидидимит, ИППП у мужчин	<input type="checkbox"/>
Другая (указать): _____			

Основная причина пребывания в отделении в день заполнения ИРК

- Совпадает с причиной поступления в отделение
- Не совпадает с причиной поступления в отделение

Если причины поступления и пребывания не совпадают, укажите основную причину пребывания в отделении в день заполнения ИРК (необходимо выбрать одну):

Нейрохирургические операции, профилактика менингококковой инфекции	<input type="checkbox"/>	Операции на сердце и сосудах, профилактика эндокардита	<input type="checkbox"/>
Менингит, абсцесс мозга и т.д.	<input type="checkbox"/>	Инфекционный эндокардит, инфицирование сосудистых протезов	<input type="checkbox"/>
Травма	<input type="checkbox"/>	Оперативные вмешательства на органах грудной клетки	<input type="checkbox"/>
Отравление	<input type="checkbox"/>	Острый бронхит, обострение ХОБЛ/хронического бронхита, БА	<input type="checkbox"/>
Острое нарушение мозгового кровообращения	<input type="checkbox"/>	Пневмония	<input type="checkbox"/>
Острый коронарный синдром	<input type="checkbox"/>	Сепсис	<input type="checkbox"/>
Операции на органах ЖКТ и брюшной стенке	<input type="checkbox"/>	Пластические операции, протезирование на костях и суставах	<input type="checkbox"/>
Инфекции ЖКТ (сальмонеллез, антибиотик-ассоциированная диарея и др.)	<input type="checkbox"/>	Целлюлит, раны и др. инфекции кожи и подкожно-жировой клетчатки, не затрагивающие костные ткани	<input type="checkbox"/>
Операции на мочевыводящих путях, профилактика рецидивирующих инфекций МВП	<input type="checkbox"/>	Оперативные вмешательства, инвазивные диагностические манипуляции в акушерстве и гинекологии	<input type="checkbox"/>
Инфекции нижних МВП (цистит и др.)	<input type="checkbox"/>	Инфекции в акушерстве и гинекологии	<input type="checkbox"/>
Инфекции верхних МВП (пиелонефрит, гнойно-деструктивные поражения)	<input type="checkbox"/>	Простатит, орхоэпидидимит, ИППП у мужчин	<input type="checkbox"/>

**Исследование распространенности и клинического значения нозокомиальных инфекций в
лечебных учреждениях Российской Федерации**

почек)			
Другая (указать): _____			

Категория больного

- Больной имеет документированный диагноз инфекционного заболевания – внебольничной или нозокомиальной инфекции (**Группа 1: заполняется «Раздел 2.1»**)

- Больной не имеет документированного диагноза инфекционного заболевания, но имеет косвенный(е) признак(и) нозокомиальной инфекции (**Группа 2: заполняется «Раздел 2.2»**)

- Больной не имеет документированного диагноза инфекционного заболевания и косвенных признаков нозокомиальной инфекции (**Группа 3: заполняется «Раздел 2.3»**)

**Исследование распространенности и клинического значения нозокомиальных инфекций в
лечебных учреждениях Российской Федерации**

Раздел 2.1.

Информация о больном с документированным диагнозом инфекционного заболевания

Место возникновения инфекционного заболевания

Нозокомиальная инфекция

Внебольничная инфекция

Дата постановки диагноза инфекции: / /

Клинический диагноз инфекции (указать все диагнозы):

Инфекция нижних дыхательных путей	Пневмония	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	ИВЛ-ассоциированная пневмония	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	Бронхит	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Инфекция верхних дыхательных путей и ЛОР органов	Синусит	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	Острый средний отит	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	Тонзиллит/фарингит	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	Другая	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Инфекция мочевыводящих путей	Цистит	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	Пиелонефрит	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	Простатит	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	Другая	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	Неуточненная	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	Катетер-ассоциированная	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Инфекция абдоминальная	Перитонит	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	Абсцесс брюшной полости	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	Аппендицит	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	Дивертикулит	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	Инфекция желчевыводящих путей	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	Абсцесс печени	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>

**Исследование распространенности и клинического значения нозокомиальных инфекций в
лечебных учреждениях Российской Федерации**

	Острый деструктивный панкреатит	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	Другая	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Инфекция кожи и мягких тканей	Послеоперационная раневая инфекция поверхностная	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	Послеоперационная раневая инфекция глубокая	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	Трофические язвы, пролежни	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	Связанная с внутрисосудистым катетером	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Клинический сепсис		Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Инфекция костей и суставов		Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Инфекция органов малого таза	Пельвиоперитонит	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	Сальпингоофарит	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	Эндометриит	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Ангиогенная инфекция и симптоматическая бактериемия	Связанная с внутрисосудистым катетером	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	Тромбофлебит	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	Медиастинит	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Инфекция сердца	Эндокардит	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	Миокардит	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	Перикардит	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Инфекция ЦНС	Менингит	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	Абсцесс	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	Другая	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Инфекция кишечная	Диарея, вызванная <i>Clostridium Difficile</i>	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	Другая	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Другая (уточнить): _____			

**Исследование распространенности и клинического значения нозокомиальных инфекций в
лечебных учреждениях Российской Федерации**

Тяжесть инфекции

Сепсис	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Тяжелый сепсис	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Септический шок	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>

Нарушение функций органов и систем в связи с инфекцией

Дыхательная система	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Сердечно-сосудистая система	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Почки	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Печень	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
ЦНС	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Гемостаз	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Системная воспалительная реакция	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Декомпенсация основного заболевания	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Балл по шкале APACHE II	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Балл по шкале SOFA	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Исследование распространенности и клинического значения нозокомиальных инфекций в
лечебных учреждениях Российской Федерации**

Предшествующее назначение АМП до поступления в отделение (последний курс за предшествующие 3 месяца)

Да
Нет

Если ДА, заполняется таблица:

	1	2	3	4
МНН				
ТН				
Разовая доза (г)¹				
Суточная доза (г)				
Курсовая доза до текущей даты (г)				
Кратность приема²				
Путь ведения	Парент. <input type="checkbox"/> Пероральн. <input type="checkbox"/> Ректальн. <input type="checkbox"/> Ингаляц. <input type="checkbox"/>	Парент. <input type="checkbox"/> Пероральн. <input type="checkbox"/> Ректальн. <input type="checkbox"/> Ингаляц. <input type="checkbox"/>	Парент. <input type="checkbox"/> Пероральн. <input type="checkbox"/> Ректальн. <input type="checkbox"/> Ингаляц. <input type="checkbox"/>	Парент. <input type="checkbox"/> Пероральн. <input type="checkbox"/> Ректальн. <input type="checkbox"/> Ингаляц. <input type="checkbox"/>
Показание	Терапия <input type="checkbox"/> Профилактик. <input type="checkbox"/>	Терапия <input type="checkbox"/> Профилактик. <input type="checkbox"/>	Терапия <input type="checkbox"/> Профилактик. <input type="checkbox"/>	Терапия <input type="checkbox"/> Профилактик. <input type="checkbox"/>
Адекватность назначения АМП	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>

¹ Для комбинированных АМП указывается суммарная доза входящих компонентов, например: ко-тримоксазол 0,96 г; для комбинаций с ингибиторами бета-лактамаз – указывается ТОЛЬКО доза бета-лактама (например, для амоксициллин/клавуланат 500/125 мг регистрируется доза амоксициллина – 0,5 г).

² При введении препарата каждые 16 часов указывается 1,5 суточной дозы, каждые 36 часов – 0,67, каждые 48 часов – 0,5 суточной дозы.

Бактериологическое исследование до поступления в отделение (за предшествующие 3 месяца)

Да
Нет

**Исследование распространенности и клинического значения нозокомиальных инфекций в
лечебных учреждениях Российской Федерации**

Клинические и лабораторные параметры больного (данные за последние сутки)

Признак	Значение
Температура тела (максимальная за сутки), °С	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
ЧСС (максимальная за сутки)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Адс (максимальное за сутки)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Адд (максимальное за сутки)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Адс (минимальное за сутки)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Адд (минимальное за сутки)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
ЦВД (максимальное за сутки)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Терапия вазопрессорами	
Допамин	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
Норадреналин	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
Мезатон	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
Адреналин	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
Наличие центрального венозного катетера	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
Наличие артериального катетера	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
ЧД (мах за сутки)	<input type="text"/> <input type="text"/>
РаО ₂	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Интубация	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
Трахеостома	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
Инвазивная вентиляция легких	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
Количество лейкоцитов, $\times 10^9$ (максимальное за сутки)	<input type="text"/> <input type="text"/>
С-реактивный белок, ммоль/л	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Прокальцитонин, нг/мл	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>

**Исследование распространенности и клинического значения нозокомиальных инфекций в
лечебных учреждениях Российской Федерации**

АМТ в отделении (на дату заполнения карты)

	1	2	3	4	5
МНН					
ТН					
Разовая доза (г)¹					
Суточная доза (г)					
Курсовая доза до текущей даты (г)					
Кратность приема²					
Путь введения	Парент. <input type="checkbox"/> Пероральн. <input type="checkbox"/> Ректальн. <input type="checkbox"/> Ингаляц. <input type="checkbox"/>	Парент. <input type="checkbox"/> Пероральн. <input type="checkbox"/> Ректальн. <input type="checkbox"/> Ингаляц. <input type="checkbox"/>	Парент. <input type="checkbox"/> Пероральн. <input type="checkbox"/> Ректальн. <input type="checkbox"/> Ингаляц. <input type="checkbox"/>	Парент. <input type="checkbox"/> Пероральн. <input type="checkbox"/> Ректальн. <input type="checkbox"/> Ингаляц. <input type="checkbox"/>	Парент. <input type="checkbox"/> Пероральн. <input type="checkbox"/> Ректальн. <input type="checkbox"/> Ингаляц. <input type="checkbox"/>
Показание	Терапия <input type="checkbox"/> Профилактик. <input type="checkbox"/>	Терапия <input type="checkbox"/> Профилактик. <input type="checkbox"/>	Терапия <input type="checkbox"/> Профилактик. <input type="checkbox"/>	Терапия <input type="checkbox"/> Профилактик. <input type="checkbox"/>	Терапия <input type="checkbox"/> Профилактик. <input type="checkbox"/>
Адекватность назначения АМП	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>

¹ Для комбинированных АМП указывается суммарная доза входящих компонентов, например: ко-тримоксазол 0,96 г; для комбинаций с ингибиторами бета-лактамаз – указывается ТОЛЬКО доза бета-лактама (например, для амоксициллин/клавуланат 500/125 мг регистрируется доза амоксициллина – 0,5 г).

² При введении препарата каждые 16 часов указывается 1,5 суточной дозы, каждые 36 часов – 0,67, каждые 48 часов – 0,5 суточной дозы.

Микробиологическое исследование (назначение на день заполнения карты)

Да
Нет

Результаты микробиологического исследования

1. Грамположительные бактерии

Высевание флоры	Чувствительность к АМП	Источник
Staphylococcus aureus Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Оксациллин-Ч <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/>	кровь <input type="checkbox"/> моча <input type="checkbox"/> мокрота <input type="checkbox"/> бронхо-альвеол. Лаваж <input type="checkbox"/> отделяемое раны <input type="checkbox"/> другое: _____ <input type="checkbox"/>
Staphylococcus spp. Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Оксациллин-Ч <input type="checkbox"/> Оксациллин-У <input type="checkbox"/>	кровь <input type="checkbox"/> моча <input type="checkbox"/> мокрота <input type="checkbox"/> бронхо-альвеол. Лаваж <input type="checkbox"/> отделяемое раны <input type="checkbox"/> другое: _____ <input type="checkbox"/>
Streptococcus pneumoniae Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>		кровь <input type="checkbox"/> моча <input type="checkbox"/> мокрота <input type="checkbox"/> бронхо-альвеол. Лаваж <input type="checkbox"/> отделяемое раны <input type="checkbox"/> другое: _____ <input type="checkbox"/>
Streptococcus pyogenes Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>		кровь <input type="checkbox"/> моча <input type="checkbox"/> мокрота <input type="checkbox"/> бронхо-альвеол. Лаваж <input type="checkbox"/> отделяемое раны <input type="checkbox"/> другое: _____ <input type="checkbox"/>
Enterococcus faecalis Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Ампициллин-Ч <input type="checkbox"/> Ампициллин-У <input type="checkbox"/> Ванкомицин-У <input type="checkbox"/>	кровь <input type="checkbox"/> моча <input type="checkbox"/> мокрота <input type="checkbox"/> бронхо-альвеол. Лаваж <input type="checkbox"/> отделяемое раны <input type="checkbox"/> другое: _____ <input type="checkbox"/>
Enterococcus faecium Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Ванкомицин-Ч <input type="checkbox"/> Ванкомицин-У (VRE) <input type="checkbox"/>	кровь <input type="checkbox"/> моча <input type="checkbox"/> мокрота <input type="checkbox"/> бронхо-альвеол. Лаваж <input type="checkbox"/> отделяемое раны <input type="checkbox"/> другое: _____ <input type="checkbox"/>
Streptococcus spp. Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>		кровь <input type="checkbox"/> моча <input type="checkbox"/> мокрота <input type="checkbox"/> бронхо-альвеол. Лаваж <input type="checkbox"/> отделяемое раны <input type="checkbox"/> другое: _____ <input type="checkbox"/>

**Исследование распространенности и клинического значения нозокомиальных инфекций в
лечебных учреждениях Российской Федерации**

Другие Грамположительные Да: _____ <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>		кровь <input type="checkbox"/> моча <input type="checkbox"/> мокрота <input type="checkbox"/> бронхо-альвеол. Лаваж <input type="checkbox"/> отделяемое раны <input type="checkbox"/> другое: _____ <input type="checkbox"/>
--	--	---

2. Грамотрицательные бактерии

Высевание флоры	Чувствительность к АМП	Источник
<i>Haemophilus influenzae</i> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>		кровь <input type="checkbox"/> моча <input type="checkbox"/> мокрота <input type="checkbox"/> бронхо-альвеол. лаваж <input type="checkbox"/> отделяемое раны <input type="checkbox"/> другое: _____ <input type="checkbox"/>
<i>Escherichia coli</i> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	БЛРС- <input type="checkbox"/> БЛРС+ <input type="checkbox"/>	кровь <input type="checkbox"/> моча <input type="checkbox"/> мокрота <input type="checkbox"/> бронхо-альвеол. лаваж <input type="checkbox"/> отделяемое раны <input type="checkbox"/> другое: _____ <input type="checkbox"/>
<i>Klebsiella spp.</i> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	БЛРС- <input type="checkbox"/> БЛРС+ <input type="checkbox"/>	кровь <input type="checkbox"/> моча <input type="checkbox"/> мокрота <input type="checkbox"/> бронхо-альвеол. лаваж <input type="checkbox"/> отделяемое раны <input type="checkbox"/> другое: _____ <input type="checkbox"/>
<i>Proteus mirabilis</i> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	БЛРС- <input type="checkbox"/> БЛРС+ <input type="checkbox"/>	кровь <input type="checkbox"/> моча <input type="checkbox"/> мокрота <input type="checkbox"/> бронхо-альвеол. лаваж <input type="checkbox"/> отделяемое раны <input type="checkbox"/> другое: _____ <input type="checkbox"/>
<i>Proteus vulgaris</i> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>		кровь <input type="checkbox"/> моча <input type="checkbox"/> мокрота <input type="checkbox"/> бронхо-альвеол. лаваж <input type="checkbox"/> отделяемое раны <input type="checkbox"/> другое: _____ <input type="checkbox"/>
<i>Enterobacter spp.</i> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>		кровь <input type="checkbox"/> моча <input type="checkbox"/> мокрота <input type="checkbox"/> бронхо-альвеол. лаваж <input type="checkbox"/> отделяемое раны <input type="checkbox"/> другое: _____ <input type="checkbox"/>
<i>Serratia marcescens</i> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>		кровь <input type="checkbox"/> моча <input type="checkbox"/> мокрота <input type="checkbox"/> бронхо-альвеол. лаваж <input type="checkbox"/>

**Исследование распространенности и клинического значения нозокомиальных инфекций в
лечебных учреждениях Российской Федерации**

		отделяемое раны <input type="checkbox"/> другое: _____ <input type="checkbox"/>
Morganella morganii Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>		кровь <input type="checkbox"/> моча <input type="checkbox"/> мокрота <input type="checkbox"/> бронхо-альвеол. лаваж <input type="checkbox"/> отделяемое раны <input type="checkbox"/> другое: _____ <input type="checkbox"/>
Salmonella spp. Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>		кровь <input type="checkbox"/> моча <input type="checkbox"/> мокрота <input type="checkbox"/> бронхо-альвеол. лаваж <input type="checkbox"/> отделяемое раны <input type="checkbox"/> другое: _____ <input type="checkbox"/>
Pseudomonas aeruginosa Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Карбапенем-Ч <input type="checkbox"/> Карбапенем-У <input type="checkbox"/>	кровь <input type="checkbox"/> моча <input type="checkbox"/> мокрота <input type="checkbox"/> бронхо-альвеол. лаваж <input type="checkbox"/> отделяемое раны <input type="checkbox"/> другое: _____ <input type="checkbox"/>
Pseudomonas spp. Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>		кровь <input type="checkbox"/> моча <input type="checkbox"/> мокрота <input type="checkbox"/> бронхо-альвеол. лаваж <input type="checkbox"/> отделяемое раны <input type="checkbox"/> другое: _____ <input type="checkbox"/>
Stenotrophomonas maltophilia Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>		кровь <input type="checkbox"/> моча <input type="checkbox"/> мокрота <input type="checkbox"/> бронхо-альвеол. лаваж <input type="checkbox"/> отделяемое раны <input type="checkbox"/> другое: _____ <input type="checkbox"/>
Acinetobacter spp. Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Карбапенем-Ч <input type="checkbox"/> Карбапенем-У <input type="checkbox"/>	кровь <input type="checkbox"/> моча <input type="checkbox"/> мокрота <input type="checkbox"/> бронхо-альвеол. лаваж <input type="checkbox"/> отделяемое раны <input type="checkbox"/> другое: _____ <input type="checkbox"/>
Burkholderia cepacia Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>		кровь <input type="checkbox"/> моча <input type="checkbox"/> мокрота <input type="checkbox"/> бронхо-альвеол. лаваж <input type="checkbox"/> отделяемое раны <input type="checkbox"/> другое: _____ <input type="checkbox"/>
Providencia spp. Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>		кровь <input type="checkbox"/> моча <input type="checkbox"/> мокрота <input type="checkbox"/> бронхо-альвеол. лаваж <input type="checkbox"/> отделяемое раны <input type="checkbox"/>

**Исследование распространенности и клинического значения нозокомиальных инфекций в
лечебных учреждениях Российской Федерации**

		другое: _____ <input type="checkbox"/>
Citrobacter spp. Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>		кровь <input type="checkbox"/> моча <input type="checkbox"/> мокрота <input type="checkbox"/> бронхо-альвеол. лаваж <input type="checkbox"/> отделяемое раны <input type="checkbox"/> другое: _____ <input type="checkbox"/>
Yersinia spp. Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>		кровь <input type="checkbox"/> моча <input type="checkbox"/> мокрота <input type="checkbox"/> бронхо-альвеол. лаваж <input type="checkbox"/> отделяемое раны <input type="checkbox"/> другое: _____ <input type="checkbox"/>
Другие Грамотрицательные Да: _____ <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>		кровь <input type="checkbox"/> моча <input type="checkbox"/> мокрота <input type="checkbox"/> бронхо-альвеол. лаваж <input type="checkbox"/> отделяемое раны <input type="checkbox"/> другое: _____ <input type="checkbox"/>

3. Грибы

Высевание флоры	Чувствительность к АМП	Источник (кровь, мокрота, моча, отделяемое раны)
Candida albicans Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>		кровь <input type="checkbox"/> моча <input type="checkbox"/> мокрота <input type="checkbox"/> бронхо-альвеол. Лаваж <input type="checkbox"/> отделяемое раны <input type="checkbox"/> другое: _____ <input type="checkbox"/>
Candida non-albicans Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>		кровь <input type="checkbox"/> моча <input type="checkbox"/> мокрота <input type="checkbox"/> бронхо-альвеол. Лаваж <input type="checkbox"/> отделяемое раны <input type="checkbox"/> другое: _____ <input type="checkbox"/>
Candida spp. Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>		кровь <input type="checkbox"/> моча <input type="checkbox"/> мокрота <input type="checkbox"/> бронхо-альвеол. Лаваж <input type="checkbox"/> отделяемое раны <input type="checkbox"/> другое: _____ <input type="checkbox"/>

Раздел 2.2.

Информация о больном с косвенными признаками нозокомиальной инфекции

Косвенные признаки нозокомиальной инфекции

Лихорадка свыше 37,5°C	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Лейкоцитоз и/или сдвиг формулы влево	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Лейкопения	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Уровень С-реактивного белка свыше 24 ммоль/л	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Уровень прокальцитонина свыше 0,5 нг/мл	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
CRIS > 4 баллов (для ОРИТ и пациентов на вспомогательной вентиляции)	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Расхождение швов или длительное заживление послеоперационной раны	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Выделение нозокомиальных штаммов бактерий	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>

Предшествующее назначение АМТ до поступления в отделение (последний курс за предшествующие 3 месяца)

Да
Нет

Если ДА, заполняется таблица:

	1	2	3	4
МНН				
ТН				
Разовая доза (г)¹				
Суточная доза (г)				
Курсовая доза до текущей даты (г)				
Кратность приема²				
Путь ведения	Парент. <input type="checkbox"/> Пероральн. <input type="checkbox"/> Ректальн. <input type="checkbox"/> Ингаляц. <input type="checkbox"/>	Парент. <input type="checkbox"/> Пероральн. <input type="checkbox"/> Ректальн. <input type="checkbox"/> Ингаляц. <input type="checkbox"/>	Парент. <input type="checkbox"/> Пероральн. <input type="checkbox"/> Ректальн. <input type="checkbox"/> Ингаляц. <input type="checkbox"/>	Парент. <input type="checkbox"/> Пероральн. <input type="checkbox"/> Ректальн. <input type="checkbox"/> Ингаляц. <input type="checkbox"/>
Показание	Терапия <input type="checkbox"/> Профилактик. <input type="checkbox"/>	Терапия <input type="checkbox"/> Профилактик. <input type="checkbox"/>	Терапия <input type="checkbox"/> Профилактик. <input type="checkbox"/>	Терапия <input type="checkbox"/> Профилактик. <input type="checkbox"/>
Адекватность назначения	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>

**Исследование распространенности и клинического значения нозокомиальных инфекций в
лечебных учреждениях Российской Федерации**

¹ Для комбинированных АМП указывается суммарная доза входящих компонентов, например: ко-тримоксазол 0,96 г; для комбинаций с ингибиторами бета-лактамаз – указывается ТОЛЬКО доза бета-лактама (например, для амоксициллин/клавуланат 500/125 мг регистрируется доза амоксициллина – 0,5 г).

² При введении препарата каждые 16 часов указывается 1,5 суточной дозы, каждые 36 часов – 0,67, каждые 48 часов – 0,5 суточной дозы.

Бактериологическое исследование до поступления в отделение (за предшествующие 3 месяца)

Да

Нет

Клинические и лаборат. параметры больного (данные за последние сутки)

Признак	Значение
Температура тела (максимальная за сутки) °С	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
ЧСС (максимальная за сутки)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Адс (максимальное за сутки)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Адд (максимальное за сутки)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Адс (минимальное за сутки)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Адд (минимальное за сутки)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
ЦВД (максимальное за сутки)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Терапия вазопрессорами:	
Допамин	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
Норадреналин	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
Мезатон	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
Адреналин	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
Наличие центрального венозного катетера	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
Наличие артериального катетера	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
ЧД (мах за сутки)	<input type="text"/> <input type="text"/>
РаО ₂	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Интубация	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
Трахеостома	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
Инвазивная вентиляция легких	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
Количество лейкоцитов, x10 ⁹ (максимальное за сутки)	<input type="text"/> <input type="text"/>
С-реактивный белок, ммоль/л	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Прокальцитонин, нг/мл	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>

Раздел 2.3.

Информация о больном, не входящем в Группу 1 и Группу 2

Предшествующее назначение АМП до поступления в отделение (последний курс за предшествующие 3 месяца)

Да

Нет

Если ДА, заполняется таблица:

	1	2	3	4
МНН				
ТН				
Разовая доза (г)¹				
Суточная доза (г)				
Курсовая доза до текущей даты (г)				
Кратность приема²				
Путь ведения	Парент. <input type="checkbox"/> Пероральн. <input type="checkbox"/> Ректальн. <input type="checkbox"/> Ингаляц. <input type="checkbox"/>	Парент. <input type="checkbox"/> Пероральн. <input type="checkbox"/> Ректальн. <input type="checkbox"/> Ингаляц. <input type="checkbox"/>	Парент. <input type="checkbox"/> Пероральн. <input type="checkbox"/> Ректальн. <input type="checkbox"/> Ингаляц. <input type="checkbox"/>	Парент. <input type="checkbox"/> Пероральн. <input type="checkbox"/> Ректальн. <input type="checkbox"/> Ингаляц. <input type="checkbox"/>
Показание	Терапия <input type="checkbox"/> Профилакт. <input type="checkbox"/>	Терапия <input type="checkbox"/> Профилакт. <input type="checkbox"/>	Терапия <input type="checkbox"/> Профилакт. <input type="checkbox"/>	Терапия <input type="checkbox"/> Профилакт. <input type="checkbox"/>
Адекватность назначения АМП	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>

¹ Для комбинированных АМП указывается суммарная доза входящих компонентов, например: ко-тримоксазол 0,96 г; для комбинаций с ингибиторами бета-лактамаз – указывается ТОЛЬКО доза бета-лактама (например, для амоксициллин/клавуланат 500/125 мг регистрируется доза амоксициллина – 0,5 г).

² При введении препарата каждые 16 часов указывается 1,5 суточной дозы, каждые 36 часов – 0,67, каждые 48 часов – 0,5 суточной дозы.

Исследование распространенности и клинического значения нозокомиальных инфекций в
лечебных учреждениях Российской Федерации

Раздел 3.

**Информация о нозокомиальных инфекциях на 28-й день от Дня X (либо на
день выписки/перевода)**

Заполняется **ТОЛЬКО** для больных 1 и 2 групп!

Дата заполнения (ДД/ММ/ГГ)	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>
Место нахождения больного	Выписан <input type="checkbox"/> Переведен в другое отделение <input type="checkbox"/> Остается в отделении <input type="checkbox"/>
Профиль отделения, куда переведен больной	Терапевтическое <input type="checkbox"/> Хирургическое <input type="checkbox"/> ОРИТ <input type="checkbox"/> Урологическое <input type="checkbox"/> Неврологическое <input type="checkbox"/> Другое: _____ <input type="checkbox"/>

Информация о нозокомиальной инфекции (этиология – бактерии, грибы)

Больной из Группы 1

- Нозокомиальная инфекция прежняя (диагноз как в День X)
- Нозокомиальная инфекция - новый диагноз по отношению к Дню X
Внесите информацию о новой нозокомиальной инфекции ниже!

Больной из Группы 2

- Диагноз нозокомиальной инфекции был установлен в период от Дня X до Дня 28 (либо до дня выписки/перевода) и **актуален** на День 28 (либо на день выписки/перевода)
Внесите информацию о нозокомиальной инфекции ниже!
- Диагноз нозокомиальной инфекции был установлен в период от Дня X до Дня 28 (либо до дня выписки/перевода), на День 28 (либо на день выписки/перевода) **не актуален** (инфекция вылечена)
Внесите информацию о нозокомиальной инфекции ниже!
- Диагноз нозокомиальной инфекции **не был установлен** в период от Дня X до Дня 28 (либо до дня выписки перевода)

**Исследование распространенности и клинического значения нозокомиальных инфекций в
лечебных учреждениях Российской Федерации**

Клинический диагноз нозокомиальной инфекции (указать все диагнозы)

Инфекция нижних дыхательных путей	Пневмония	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	ИВЛ-ассоциированная пневмония	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	Бронхит	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Инфекция верхних дыхательных путей и ЛОР органов	Синусит	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	Острый средний отит	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	Тонзиллит/фарингит	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	Другая	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Инфекция мочевыводящих путей	Цистит	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	Пиелонефрит	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	Простатит	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	Другая	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	Неуточненная	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	Катетер-ассоциированная	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Инфекция абдоминальная	Перитонит	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	Абсцесс брюшной полости	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	Аппендицит	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	Дивертикулит	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	Инфекция желчевыводящих путей	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	Абсцесс печени	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	Острый деструктивный панкреатит	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	Другая	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Инфекция кожи и мягких тканей	Послеоперационная раневая инфекция поверхностная	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	Послеоперационная раневая инфекция глубокая	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>

**Исследование распространенности и клинического значения нозокомиальных инфекций в
лечебных учреждениях Российской Федерации**

	Трофические язвы, пролежни	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	Связанная с внутрисосудистым катетером	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Клинический сепсис		Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Инфекция костей и суставов		Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Инфекция органов малого таза	Пельвиоперитонит	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	Сальпингоофарит	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	Эндометрит	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Ангиогенная инфекция и симптоматическая бактериемия	Связанная с внутрисосудистым катетером	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	Тромбофлебит	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	Медиастинит	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Инфекция сердца	Эндокардит	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	Миокардит	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	Перикардит	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Инфекция ЦНС	Менингит	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	Абсцесс	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	Другая	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Инфекция кишечная	Диарея, вызванная <i>Clostridium difficile</i>	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	Другая	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Другая (уточнить): _____			

Тяжесть нозокомиальной инфекции

Сепсис	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Тяжелый сепсис	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Септический шок	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>

**Исследование распространенности и клинического значения нозокомиальных инфекций в
лечебных учреждениях Российской Федерации**

Клинические и лаборат. параметры больного (данные за последние сутки)

Признак	Значение
Температура тела (максимальная за сутки), °C	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
ЧСС (максимальная за сутки)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
АДс (максимальное за сутки)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
АДд (максимальное за сутки)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
АДс (минимальное за сутки)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
АДд (минимальное за сутки)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
ЦВД (максимальное за сутки)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Терапия вазопрессорами	Допамин Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Норадrenalин Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Мезатон Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Адреналин Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
Наличие центрального венозного катетера	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
Наличие артериального катетера	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
ЧД (мах за сутки)	<input type="text"/> <input type="text"/>
PaO ₂	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Интубация	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
Трахеостома	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
Инвазивная вентиляция легких	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
Количество лейкоцитов, $\times 10^9$ (максимальное за сутки)	<input type="text"/> <input type="text"/>
С-реактивный белок, ммоль/л	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Прокальцитонин, нг/мл	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>

**Исследование распространенности и клинического значения нозокомиальных инфекций в
лечебных учреждениях Российской Федерации**

АМГ в отделении (текущий или последний курс)

	1	2	3	4	5
МНН					
ТН					
Разовая доза (г)¹					
Суточная доза (г)					
Курсовая доза до текущей даты (г)					
Кратность приема²					
Путь ведения	Парент. <input type="checkbox"/> Пероральн. <input type="checkbox"/> Ректальн. <input type="checkbox"/> Ингаляц. <input type="checkbox"/>	Парент. <input type="checkbox"/> Пероральн. <input type="checkbox"/> Ректальн. <input type="checkbox"/> Ингаляц. <input type="checkbox"/>	Парент. <input type="checkbox"/> Пероральн. <input type="checkbox"/> Ректальн. <input type="checkbox"/> Ингаляц. <input type="checkbox"/>	Парент. <input type="checkbox"/> Пероральн. <input type="checkbox"/> Ректальн. <input type="checkbox"/> Ингаляц. <input type="checkbox"/>	Парент. <input type="checkbox"/> Пероральн. <input type="checkbox"/> Ректальн. <input type="checkbox"/> Ингаляц. <input type="checkbox"/>
Показание	Терапия <input type="checkbox"/> Профилактик. <input type="checkbox"/>	Терапия <input type="checkbox"/> Профилактик. <input type="checkbox"/>	Терапия <input type="checkbox"/> Профилактик. <input type="checkbox"/>	Терапия <input type="checkbox"/> Профилактик. <input type="checkbox"/>	Терапия <input type="checkbox"/> Профилактик. <input type="checkbox"/>
Адекватность назначения АМП	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>

¹ Для комбинированных АМП указывается суммарная доза входящих компонентов, например: ко-тримоксазол 0,96 г; для комбинаций с ингибиторами бета-лактамаз – указывается ТОЛЬКО доза бета-лактама (например, для амоксициллин/клавуланат 500/125 мг регистрируется доза амоксициллина – 0,5 г).

² При введении препарата каждые 16 часов указывается 1,5 суточной дозы, каждые 36 часов - 0,67, каждые 48 часов - 0,5 суточной дозы.

Микробиологическое исследование (назначение на день заполнения карты)

Да
Нет

**Исследование распространенности и клинического значения нозокомиальных инфекций в
лечебных учреждениях Российской Федерации**

Результаты микробиологического исследования

1. Грамположительные бактерии

Высевание флоры	Чувствительность к АМП	Источник
Staphylococcus aureus Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Оксациллин-Ч <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/>	кровь <input type="checkbox"/> моча <input type="checkbox"/> мокрота <input type="checkbox"/> бронхо-альвеол. лаваж <input type="checkbox"/> отделяемое раны <input type="checkbox"/> другое: _____ <input type="checkbox"/>
Staphylococcus spp. Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Оксациллин-Ч <input type="checkbox"/> Оксациллин-У <input type="checkbox"/>	кровь <input type="checkbox"/> моча <input type="checkbox"/> мокрота <input type="checkbox"/> бронхо-альвеол. лаваж <input type="checkbox"/> отделяемое раны <input type="checkbox"/> другое: _____ <input type="checkbox"/>
Streptococcus pneumoniae Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>		кровь <input type="checkbox"/> моча <input type="checkbox"/> мокрота <input type="checkbox"/> бронхо-альвеол. лаваж <input type="checkbox"/> отделяемое раны <input type="checkbox"/> другое: _____ <input type="checkbox"/>
Streptococcus pyogenes Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>		кровь <input type="checkbox"/> моча <input type="checkbox"/> мокрота <input type="checkbox"/> бронхо-альвеол. лаваж <input type="checkbox"/> отделяемое раны <input type="checkbox"/> другое: _____ <input type="checkbox"/>
Enterococcus faecalis Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Ампициллин-Ч <input type="checkbox"/> Ампициллин-У <input type="checkbox"/> Ванкомицин-У <input type="checkbox"/>	кровь <input type="checkbox"/> моча <input type="checkbox"/> мокрота <input type="checkbox"/> бронхо-альвеол. лаваж <input type="checkbox"/> отделяемое раны <input type="checkbox"/> другое: _____ <input type="checkbox"/>
Enterococcus faecium Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Ванкомицин-Ч <input type="checkbox"/> Ванкомицин-У (VRE) <input type="checkbox"/>	кровь <input type="checkbox"/> моча <input type="checkbox"/> мокрота <input type="checkbox"/> бронхо-альвеол. лаваж <input type="checkbox"/> отделяемое раны <input type="checkbox"/> другое: _____ <input type="checkbox"/>
Streptococcus spp. Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>		кровь <input type="checkbox"/> моча <input type="checkbox"/> мокрота <input type="checkbox"/> бронхо-альвеол. лаваж <input type="checkbox"/> отделяемое раны <input type="checkbox"/> другое: _____ <input type="checkbox"/>
Другие Грамположительные		кровь <input type="checkbox"/>

**Исследование распространенности и клинического значения нозокомиальных инфекций в
лечебных учреждениях Российской Федерации**

Да: _____ <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>		моча <input type="checkbox"/> мокрота <input type="checkbox"/> бронхо-альвеол. лаваж <input type="checkbox"/> отделяемое раны <input type="checkbox"/> другое: _____ <input type="checkbox"/>
--	--	---

2. Грамотрицательные бактерии

Высевание флоры	Чувствительность к АМП	Источник
<i>Haemophilus influenzae</i> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>		кровь <input type="checkbox"/> моча <input type="checkbox"/> мокрота <input type="checkbox"/> бронхо-альвеол. лаваж <input type="checkbox"/> отделяемое раны <input type="checkbox"/> другое: _____ <input type="checkbox"/>
<i>Escherichia coli</i> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	БЛРС- <input type="checkbox"/> БЛРС+ <input type="checkbox"/>	кровь <input type="checkbox"/> моча <input type="checkbox"/> мокрота <input type="checkbox"/> бронхо-альвеол. лаваж <input type="checkbox"/> отделяемое раны <input type="checkbox"/> другое: _____ <input type="checkbox"/>
<i>Klebsiella spp.</i> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	БЛРС- <input type="checkbox"/> БЛРС+ <input type="checkbox"/>	кровь <input type="checkbox"/> моча <input type="checkbox"/> мокрота <input type="checkbox"/> бронхо-альвеол. лаваж <input type="checkbox"/> отделяемое раны <input type="checkbox"/> другое: _____ <input type="checkbox"/>
<i>Proteus mirabilis</i> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	БЛРС- <input type="checkbox"/> БЛРС+ <input type="checkbox"/>	кровь <input type="checkbox"/> моча <input type="checkbox"/> мокрота <input type="checkbox"/> бронхо-альвеол. лаваж <input type="checkbox"/> отделяемое раны <input type="checkbox"/> другое: _____ <input type="checkbox"/>
<i>Proteus vulgaris</i> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>		кровь <input type="checkbox"/> моча <input type="checkbox"/> мокрота <input type="checkbox"/> бронхо-альвеол. лаваж <input type="checkbox"/> отделяемое раны <input type="checkbox"/> другое: _____ <input type="checkbox"/>
<i>Enterobacter spp.</i> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>		кровь <input type="checkbox"/> моча <input type="checkbox"/> мокрота <input type="checkbox"/> бронхо-альвеол. лаваж <input type="checkbox"/> отделяемое раны <input type="checkbox"/> другое: _____ <input type="checkbox"/>
<i>Serratia marcescens</i> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>		кровь <input type="checkbox"/> моча <input type="checkbox"/> мокрота <input type="checkbox"/> бронхо-альвеол. лаваж <input type="checkbox"/> отделяемое раны <input type="checkbox"/>

**Исследование распространенности и клинического значения нозокомиальных инфекций в
лечебных учреждениях Российской Федерации**

		другое: _____ <input type="checkbox"/>
Morganella morganii Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>		кровь <input type="checkbox"/> моча <input type="checkbox"/> мокрота <input type="checkbox"/> бронхо-альвеол. лаваж <input type="checkbox"/> отделяемое раны <input type="checkbox"/> другое: _____ <input type="checkbox"/>
Salmonella spp. Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>		кровь <input type="checkbox"/> моча <input type="checkbox"/> мокрота <input type="checkbox"/> бронхо-альвеол. лаваж <input type="checkbox"/> отделяемое раны <input type="checkbox"/> другое: _____ <input type="checkbox"/>
Pseudomonas aeruginosa Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Карбапенем-Ч <input type="checkbox"/> Карбапенем-У <input type="checkbox"/>	кровь <input type="checkbox"/> моча <input type="checkbox"/> мокрота <input type="checkbox"/> бронхо-альвеол. лаваж <input type="checkbox"/> отделяемое раны <input type="checkbox"/> другое: _____ <input type="checkbox"/>
Pseudomonas spp. Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>		кровь <input type="checkbox"/> моча <input type="checkbox"/> мокрота <input type="checkbox"/> бронхо-альвеол. лаваж <input type="checkbox"/> отделяемое раны <input type="checkbox"/> другое: _____ <input type="checkbox"/>
Stenotrophomonas maltophilia Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>		кровь <input type="checkbox"/> моча <input type="checkbox"/> мокрота <input type="checkbox"/> бронхо-альвеол. лаваж <input type="checkbox"/> отделяемое раны <input type="checkbox"/> другое: _____ <input type="checkbox"/>
Acinetobacter spp. Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Карбапенем-Ч <input type="checkbox"/> Карбапенем-У <input type="checkbox"/>	кровь <input type="checkbox"/> моча <input type="checkbox"/> мокрота <input type="checkbox"/> бронхо-альвеол. лаваж <input type="checkbox"/> отделяемое раны <input type="checkbox"/> другое: _____ <input type="checkbox"/>
Burkholderia cepacia Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>		кровь <input type="checkbox"/> моча <input type="checkbox"/> мокрота <input type="checkbox"/> бронхо-альвеол. лаваж <input type="checkbox"/> отделяемое раны <input type="checkbox"/> другое: _____ <input type="checkbox"/>
Providencia spp. Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>		кровь <input type="checkbox"/> моча <input type="checkbox"/> мокрота <input type="checkbox"/> бронхо-альвеол. лаваж <input type="checkbox"/> отделяемое раны <input type="checkbox"/> другое: _____ <input type="checkbox"/>

**Исследование распространенности и клинического значения нозокомиальных инфекций в
лечебных учреждениях Российской Федерации**

Citrobacter spp. Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>		кровь <input type="checkbox"/> моча <input type="checkbox"/> мокрота <input type="checkbox"/> бронхо-альвеол. лаваж <input type="checkbox"/> отделяемое раны <input type="checkbox"/> другое: _____ <input type="checkbox"/>
Yersinia spp. Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>		кровь <input type="checkbox"/> моча <input type="checkbox"/> мокрота <input type="checkbox"/> бронхо-альвеол. лаваж <input type="checkbox"/> отделяемое раны <input type="checkbox"/> другое: _____ <input type="checkbox"/>
Другие Грамотрицательные Да: _____ <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>		кровь <input type="checkbox"/> моча <input type="checkbox"/> мокрота <input type="checkbox"/> бронхо-альвеол. лаваж <input type="checkbox"/> отделяемое раны <input type="checkbox"/> другое: _____ <input type="checkbox"/>

3. Грибы

Высевание флоры	Чувствительность к АМП	Источник (кровь, мокрота, моча, отделяемое раны)
Candida albicans Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>		кровь <input type="checkbox"/> моча <input type="checkbox"/> мокрота <input type="checkbox"/> бронхо-альвеол. лаваж <input type="checkbox"/> отделяемое раны <input type="checkbox"/> другое: _____ <input type="checkbox"/>
Candida non-albicans Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>		кровь <input type="checkbox"/> моча <input type="checkbox"/> мокрота <input type="checkbox"/> бронхо-альвеол. лаваж <input type="checkbox"/> отделяемое раны <input type="checkbox"/> другое: _____ <input type="checkbox"/>
Candida spp. Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>		кровь <input type="checkbox"/> моча <input type="checkbox"/> мокрота <input type="checkbox"/> бронхо-альвеол. лаваж <input type="checkbox"/> отделяемое раны <input type="checkbox"/> другое: _____ <input type="checkbox"/>

Исход нозокомиальной инфекции (от дня X)

<input type="checkbox"/> Разрешение	Дата: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Без динамики	
<input type="checkbox"/> Ухудшение	
<input type="checkbox"/> Улучшение	

Исследование распространенности и клинического значения нозокомиальных инфекций в
лечебных учреждениях Российской Федерации

**Раздел 4. Исход основного заболевания на 28-й день от Дня X (либо на день
выписки/перевода)**

(заполняется для всех больных – из Групп 1, 2, 3)

Исход	Дата (ДД/ММ/ГГ)
<input type="checkbox"/> Выписан	□□ / □□ / □□
<input type="checkbox"/> Продолжает находиться в том же отделении	
<input type="checkbox"/> Перевод в другое отделение	□□ / □□ / □□
<input type="checkbox"/> Перевод в другой стационар	□□ / □□ / □□
<input type="checkbox"/> Смерть	□□ / □□ / □□