

EUROPEJSKI PROGRAM MONITOROWANIA ZAKAŻEŃ  
*CLOSTRIDIUM DIFFICILE*

Protokół v2.2

Formularze



## Formularz H: Dane szpitalne

Kod szpitala: \_\_\_\_\_

**Typ szpitala:**

- Powiatowy/miejski
- Wojewódzki/regionalny
- Kliniczny/universytecki
- specjalistyczny; (proszę określić specjalność: \_\_\_\_\_)

**Okres monitorowania:** Od \_\_\_ / \_\_\_ / 20\_\_\_ (dd/mm/yyyy) do: \_\_\_ / \_\_\_ / 20\_\_\_ (dd/mm/yyyy)

**Proszę określić dane dla okresu monitorowania:**

Zmienna	Liczba
Liczba łóżek	
Liczba przyjęć/wypisów	
Liczba osobodni	
Liczba przypadków CDI związanych z opieką zdrowotną	
Liczba przypadków pozaszpitalnych CDI lub nieznanego pochodzenia	
Liczba nawrotowych przypadków CDI	
Liczba próbek kału badanych w kierunku CDI	
Liczba próbek kału dodatnich w badaniu w kierunku CDI	

**Czy jakieś oddziały wykluczono z monitorowania?:**

- Nie (zalecane)
- Tak (NIEzalecane)

Proszę określić wykluczone oddziały: \_\_\_\_\_

**Diagnostyka w kierunku *Clostridium difficile* prowadzona jest:**

**Zgodnie z rekomendacjami ESCMID [5]\*:**

- Badanie przesiewowe techniką PCR, potwierdzenie obecności toksyn A/B metodą EIA
- Wykrywanie GDH i toksyn A/B metodą EIA, opcjonalne potwierdzenie PCR lub testem cytotoxycywności
- Wykrywanie GDH metodą EIA, potwierdzenie wykryciem toksyn A/B metodą, ewentualnie dodatkowe potwierdzenie PCR lub testem cytotoxycywności

**Inne:**

- Badanie przesiewowe - GDH, potwierdzenie PCR
- Badanie przesiewowe - GDH, potwierdzenie testem cytotoxycywności
- wyłącznie badanie PCR
- Badanie przesiewowe – wykrywanie toksyn, potwierdzenie PCR lub testem cytotoxycywności
- Wyłącznie test cytotoxycywności
- Wyłącznie wykrywanie toksyn
- Wyłącznie test cytotoxycywności z kału
- Inne, proszę określić: \_\_\_\_\_

\* Crobach MJT, Planche T, Eckert C, et al., European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases: update of the diagnostic guidance document for *Clostridium difficile* infection, Clin Microbiol Infect. 2015 (In press). Will be available here: [https://www.escmid.org/research\\_projects/study\\_groups/clostridium\\_difficile/presentations\\_publications](https://www.escmid.org/research_projects/study_groups/clostridium_difficile/presentations_publications)



## Europejski program monitorowania zakażeń

### *Clostridium difficile*

### Formularz C

**Kod szpitala:** \_\_\_\_\_

**Okres monitorowania:** Od \_\_\_ / \_\_\_ / 20\_\_\_ (dd/mm/yyyy) do: \_\_\_ / \_\_\_ / 20\_\_\_ (dd/mm/yyyy)

**Numer pacjenta:** \_\_\_\_\_

**Wewnętrzny kod pacjenta (optional):** \_\_\_\_\_

**Płeć:**  Mężczyzna  Kobieta

**Wiek w latach:** \_\_\_; jeśli < 2 lat: \_\_\_ w miesiącach.

**Czy pacjent był hospitalizowany w ciągu ostatnich 3. miesięcy?:**

Tak  Nie  Brak danych

Jeśli tak, proszę określić miejsce:  Szpital  ZOL/DPS  Inny

**Data przyjęcia do szpitala (aktualna hospitalizacja):** \_\_\_ / \_\_\_ / 20\_\_\_ (dd/mm/yyyy)

**Identyfikator oddziału :** \_\_\_\_\_

**Specjalność oddziału:** \_\_\_\_\_

**Nazwa oddziału :** \_\_\_\_\_

**Specjalność pacjenta (patrz lista kodów):** \_\_\_\_\_

**Przewidywane przeżycie (wg skali MacCabe):**

- > 5 lat  
 < 5 lat  
 < 1 roku  
 Nieznane

**Czy objawy CDI występowały przy przyjęciu do szpitala?:**  Tak  Nie  Brak danych

**Data pierwszych objawów CDI:** \_\_\_ / \_\_\_ / 20\_\_\_ (dd/mm/yyyy)

**Data uzyskania wyniku badania kału:** \_\_\_ / \_\_\_ / 20\_\_\_ (dd/mm/yyyy)

**Nawrotowe CDI** (dodatni wynik test w kierunku CDI próbki kału biegunkowego pobranej od pacjenta po zakończeniu leczenia CDI > 2 tygodni i < 8 tygodni od poprzedniego epizodu):

Tak  Nie  Nieznany

**Pochodzenie przypadku CDI (zaznaczyć jedną opcję):**

**Związane z opieką zdrowotną** (objawy zakażenia pojawiły się w trzeciej dobie hospitalizacji lub później od przyjęcia do szpitala, LUB do 4 tygodni od wypisania z zakładu opieki zdrowotnej)  
Jeśli tak, proszę określić:  Obecny szpital  Inny szpital  ZOL/DPS  
 Inna jednostka

**Pozaszpitalne** (pacjent przebywał poza zakładem opieki zdrowotnej i nie był z niego wypisany w ciągu ostatnich 12 tygodni, LUB objawy wystąpiły w dniu przyjęcia lub dzień po przyjęciu do szpitala ORAZ nie był rezydentem DPS/ZOL w ciągu ostatnich 12 tygodni)

**Nieznany związek z opieką zdrowotną** (z włączeniem pacjentów wypisanych w ciągu 4-12 tygodni z zakładu opieki zdrowotnej przed wystąpieniem objawów)

**Powikłany przebieg CDI:** (np. przyjęcie do szpitala w celu leczenia pozaszpitalnego CDI, hospitalizacja w OIT z powodu CDI, megacolon toxicum, zabieg operacyjny, zgon)

Tak  Nie  Nieznany

**Śmiertelność:**  Wypisany żywy  zgon związany z CDI  
 Zgon prawdopodobnie związany z CDI  Zgon, brak związku z CDI  
 Zgon, związek z CDI nieznan  Brak danych

**Data wypisu/zgonu:** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_(dd/mm/yyyy)

**Czy wypełniono formularz M dla tego pacjenta?**

Tak  Nie  Brak danych



## Formularz M: Dane dotyczące izolatów

Kod szpitala: \_\_\_\_\_

Kod laboratorium: \_\_\_\_\_

Numer pacjenta: \_\_\_\_\_

Wewnętrzny kod pacjenta : \_\_\_\_\_

Data rozpoczęcia monitowania: od \_\_\_ / \_\_\_ / 20\_\_\_ (dd/mm/yyyy)

Wiek w latach: \_\_\_\_; jeśli <2 lat: \_\_\_\_ miesięcy

Data pobrania próbki: \_\_\_ / \_\_\_ / 20\_\_\_ (dd/mm/yyyy)

### Wyniki:

#### Typowanie przeprowadzono w regionalnym/krajowym laboratorium referencyjnym:

- Tak  
 Nie

PCR-rybotyp izolatu *C. difficile* : \_\_\_\_\_

#### Metoda zastosowana do PCR-rybotypowania:

- Kapilarna PCR  
 Konwencjonalny PCR (żel agarozowy)  
 Inne, proszę podać jakie: \_\_\_\_\_

#### Wytwarzanie toksyn A i/lub B przez szczep

- Dodatni  
 ujemny  
 nieoznaczono

#### Obecność genów toksyny binarnej

- dodatni  
 ujemny  
 nie oznaczono

#### Oznaczenie wrażliwości na antybiotyki przez laboratorium referencyjne (krajowe/lokalne):

- Tak  
 Nie  
 Nie badano

Metronidazol MIC: \_\_\_\_\_ mg/l (metoda): \_\_\_\_\_ SIR: \_\_\_\_\_

Wankomycyna MIC: \_\_\_\_\_ mg/l (metoda): \_\_\_\_\_ SIR: \_\_\_\_\_

Moksifloksacyna MIC: \_\_\_\_\_ mg/l (metoda): \_\_\_\_\_ SIR: \_\_\_\_\_