

# **DOKUMENTOWANIE KONTROLI WEWNĘTRZNEJ W OBSZARZE PROFILAKTYKI ZAKAŻEŃ SZPITALNYCH**

materiały szkoleniowe  
dla pielęgniarek i położnych – specjalistów do spraw  
epidemiologii lub higieny i epidemiologii,  
członków Zespołów Kontroli Zakażeń Szpitalnych

**Polskie Stowarzyszenie  
Pielęgniarek Epidemiologicznych**

Katowice, 2013 r.

**Zeszyt XII**



# **DOKUMENTOWANIE KONTROLI WEWNĘTRZNEJ W OBSZARZE PROFILAKTYKI ZAKAŻEŃ SZPITALNYCH**

**materiały szkoleniowe  
dla pielęgniarek i położnych – specjalistów do spraw  
epidemiologii lub higieny i epidemiologii,  
członków Zespołów Kontroli Zakażeń Szpitalnych**

ZESZYT XII

Opracował Zespół Konsultantów Wojewódzkich w dziedzinie  
Pielęgniarstwa Epidemiologicznego oraz Zarząd Polskiego  
Stowarzyszenia Pielęgniarek Epidemiologicznych  
w składzie:

mgr **Katarzyna Salik**  
mgr **Krystyna Brońska**  
mgr **Elżbieta Czapska**  
dr n. o zdr. **Barbara Stawarz**  
mgr **Katarzyna Konrad**

Katowice 2013

Recenzenci:

dr n. med. Małgorzata Fleischer

Katedra i Zakład Mikrobiologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

mgr Mirosława Malara

Prezes Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Epidemiologicznych,

Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Pielęgniarstwa Epidemiologicznego

dr n. med. Beata Ochocka

Konsultant Krajowy w dziedzinie Pielęgniarstwa Epidemiologicznego

dr n. przyr. Grzegorz Ziółkowski

Wyższa Szkoła Medyczna w Sosnowcu

## Spis treści

<b>1. WPROWADZENIE .....</b>	<b>5</b>
<b>2. DEFINICJE I POJĘCIA .....</b>	<b>6</b>
<b>3. KONTROLA WEWNĘTRZNA .....</b>	<b>7</b>
<b>4. PODSTAWA PRAWNA .....</b>	<b>9</b>
<b>5. PROPOZYCJE WZORÓW DOKUMENTACJI .....</b>	<b>9</b>
<b>5.1. DOKUMENTACJA DOTYCZĄCA MONITOROWANIA CZYNNIKÓW ALARMOWYCH I ZAKAŻEŃ SZPITALNYCH .....</b>	<b>9</b>
5.1.1. indywidualna karta rejestracji czynnika alarmowego nr 1, 2 .....	9
5.1.2. wewnętrzny rejestr zbiorczy czynników alarmowych .....	13
5.1.3. wewnętrzny rejestr zbiorczy chorób zakaźnych .....	13
5.1.4. indywidualna karta rejestracji zakażenia nr 1, 2 .....	14
5.1.5. raport okresowy o zakażeniach i czynnikach alarmowych zgodnie z aktualnym załącznikiem do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie listy czynników alarmowych, rejestrów zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych oraz raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala (Dz.U. nr 294 poz. 1741) .....	17
<b>5.2. DOKUMENTACJA OCENY RYZYKA WYSTĄPIENIA ZAKAŻENIA .....</b>	<b>18</b>
5.2.1. karta wywiadu epidemiologicznego i oceny ryzyka wystąpienia zakażenia nr 1, 2 .....	18
<b>5.3. DOKUMENTACJA KONTROLI PROCEDUR W ZAKRESIE HIGIENY SZPITALNEJ .....</b>	<b>21</b>
5.3.1. protokół kontroli wewnętrznej stanu sanitarno-higienicznego oddziałów szpitalnych .....	21
5.3.2. protokół kontroli wewnętrznej stanu sanitarno-higienicznego OIT .....	27
5.3.3. protokół kontroli wewnętrznej stanu sanitarno-higienicznego pracowni endoskopowej .....	36
5.3.4. protokół kontroli wewnętrznej stanu sanitarno-higienicznego bloku operacyjnego .....	41
5.3.5. raport zbiorczy z kontroli wewnętrznej stanu sanitarno-higienicznego szpitala nr 1, 2 .....	48

<b>5.4. DOKUMENTACJA KONTROLI PROCEDUR W ZAKRESIE PROFILAKTYKI ZAKAŻEŃ .....</b>	<b>50</b>
5.4.1. protokół kontroli wewnętrznej przestrzegania procedur profilaktyki zakażeń nr 1, 2 .....	50
5.4.2. zbiorczy raport z kontroli przestrzegania procedur profilaktyki zakażeń .....	62
<b>5.5. MIKROBIOLOGICZNA KONTROLA ŚRODOWISKA SZPITALNEGO .....</b>	<b>63</b>
5.5.1. protokół kontroli mikrobiologicznej środowiska szpitalnego nr 1, 2 .....	64
<b>5.6. DOKUMENTOWANIE DZIAŁAŃ ZWIĄZANYCH Z EDUKACJĄ PERSONELU .....</b>	<b>65</b>
5.6.1. program szkolenia dla pielęgniarek, lekarzy i innych grup zawodowych .....	65
5.6.2. program szkolenia personelu pomocniczego .....	67
5.6.3. lista obecności uczestników szkolenia .....	68
<b>5.7. DOKUMENTACJA WYBRANYCH PRZYPADKÓW KLINICZNYCH .....</b>	<b>68</b>
5.7.1. zintegrowana karta opieki nad pacjentem z zakażeniem o etiologii <i>Clostridium difficile</i> .....	68
5.7.2. zintegrowana karta opieki nad pacjentem z zakażeniem o etiologii MRSA ....	71
5.7.3. karta obserwacji miejsca operowanego .....	74
5.7.4. postępowanie w przypadku podejrzenia/zakażenia szczepem KPC(+) .....	75
5.7.5. procedura postępowania w przypadku podejrzenia/wykrycia zakażenia/ kolonizacji szczepem KPC(+) .....	76

## 1. WPROWADZENIE

W publikacji zostały przedstawione propozycje wzorów dokumentów kontroli wewnętrznej dotyczących realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń szpitalnych i chorób zakaźnych. Wzory dokumentów opracowano na podstawie materiałów zebranych z placówek ochrony zdrowia w Polsce przez Zespół Konsultantów Wojewódzkich w dziedzinie Pielęgniarstwa Epidemiologicznego, Konsultanta Krajowego oraz Zarząd Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Epidemiologicznych.

Na podstawie art. 11 Ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. Nr 234, poz. 1570 z późn. zm.), kierownicy zakładów opieki zdrowotnej oraz inne osoby udzielające świadczeń zdrowotnych są obowiązane do podejmowania działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych.

Działania te, o których mowa w ust. 1 przywołanego artykułu obejmują w szczególności:

1. ocenę ryzyka wystąpienia zakażenia związanego z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych;
2. monitorowanie czynników alarmowych i zakażeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywanych świadczeń;
3. opracowanie, wdrożenie i nadzór nad procedurami zapobiegającymi zakażeniom i chorobom zakaźnym związanym z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, w tym dekontaminacji:
  1. skóry i błon śluzowych lub innych tkanek,
  2. wyrobów medycznych oraz powierzchni pomieszczeń i urządzeń,
  3. stosowanie środków ochrony indywidualnej i zbiorowej w celu zapobieżenia przeniesieniu na inne osoby biologicznych czynników chorobotwórczych,
  4. wykonywanie badań laboratoryjnych oraz analizę lokalnej sytuacji epidemiologicznej w celu optymalizacji profilaktyki i terapii antybiotykowej,
  5. prowadzenie kontroli wewnętrznej w zakresie realizacji działań, o których mowa w ust. 1.

Kierownicy zakładów opieki zdrowotnej oraz inne osoby udzielające świadczeń zdrowotnych są zobowiązani do prowadzenia dokumentacji realizacji działań mających na celu zapobieganie zakażeniom szpitalnych oraz z prowadzonych kontroli wewnętrznych.

Podstawową jednostką w szpitalu sprawującą nadzór w tym obszarze jest Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych (ZKZS). Zgodnie z art. 15.1 ustawy z 5 grudnia 2008 roku, do zadań Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych należy:

1. opracowywanie i aktualizacja systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych,

2. prowadzenie kontroli wewnętrznej oraz przedstawianie wyników i wniosków z tej kontroli kierownikowi szpitala i komitetowi zakażeń szpitalnych,
3. szkolenie personelu w zakresie kontroli zakażeń szpitalnych,
4. konsultowanie osób podejrzanych o zakażenie lub chorobę zakaźną oraz tych, u których rozpoznano zakażenie lub chorobę zakaźną.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010 w sprawie zakresu, sposobu i częstotliwości prowadzonych kontroli wewnętrznych w obszarze realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych (Dz.U. Nr 100, poz. 646) zobowiązuje kierownika zakładu opieki zdrowotnej do wyznaczania osób odpowiedzialnych za przeprowadzenie kontroli oraz określa szczegółowy zakres tej kontroli w celu oceny prawidłowości i skuteczności wprowadzonych działań przeciwepidemicznych.

W przypadku szpitali lub ZOZ raport z kontroli jest zatwierdzany przez przewodniczącego zespołu kontroli zakażeń szpitalnych, a następnie przekazywany kierownikowi zakładu i przewodniczącemu komitetu kontroli zakażeń szpitalnych wraz z zaleceniami, wnioskami oraz sugestiami, co do oceny i wyników przeprowadzonej kontroli wewnętrznej.

## 2. DEFINICJE I POJĘCIA

**Kontrola** jest to czynność, polegająca na sprawdzeniu realizacji i ocenie skuteczności działania stanu faktycznego i porównaniu ze stanem wymaganym (wyznaczonym) w normach prawnych, technicznych, ekonomicznych i innych oraz sformułowaniu wniosków, mających na celu zlikwidowanie nieprawidłowości, a także usprawnienie działań i prac kontrolowanej jednostki.

### ***Podstawowe funkcje kontroli:***

- sprawdzanie,
- ocenianie,
- wnioskowanie,
- sugerowanie,
- zalecanie.

### ***Etapy postępowania kontrolnego:***

- stwierdzenie stanu faktycznego badanych czynności, zjawisk, działań itp.,
- porównanie stanu faktycznego ze stanem określonym w normach prawnych, technicznych i innych oraz ustalenie nieprawidłowości od stanu wymaganego,
- ustalenie przyczyn stwierdzonych nieprawidłowości (obiektywnych – niezależnych od działania jednostki kontrolowanej; subiektywnych – zależnych od jej działania),
- ustalenie osoby odpowiedzialnej za stwierdzone nieprawidłowości, tj. straty, szkody i inne negatywne skutki,
- sformułowanie wniosków i zaleceń zmierzających do likwidacji nieprawidłowości, usprawnienia działalności, osiągnięcia lepszych efektów.



**Rodzaje kontroli:**

- kontrola zewnętrzna
- kontrola wewnętrzna

**Kontrola zewnętrzna** to kontrola, przeprowadzana przez organy administracji publicznej w tym organy administracji rządowej takich jak Państwowa Inspekcja Sanitarna zgodnie z Ustawą o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz.U. z 2011 r., nr 212, poz. 1263 z późn. zm.) lub jednostkę nadrzędną (organ zewnętrzny).

**Kontrola wewnętrzna** to kontrola, przeprowadzana przez kierownictwo jednostki lub w jego imieniu przez odpowiednią komórkę np. Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych lub inne wyznaczone do tego celu osoby.

**Kryteria kontroli:**

- zgodność,
- gospodarność,
- rzetelność,
- celowość,
- przejrzystość (transparentność),
- jawność.

### 3. KONTROLA WEWNĘTRZNA

Szczegółowy zakres, sposób i częstotliwość prowadzenia kontroli wewnętrznej określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010 r. w sprawie zakresu, sposobu i częstotliwości prowadzenia kontroli wewnętrznej w obszarze realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych. (Dz.U. nr 100, poz. 646).

Zgodnie z rozporządzeniem kontrola wewnętrzna obejmuje ocenę prawidłowości i skuteczności:

- 1) ocenę kategorii oraz ilościową ryzyka (ryzyko względne, iloraz szans), czyli prawdopodobieństwa występowania zakażeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych,
- 2) monitorowanie czynników alarmowych i zakażeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywanych świadczeń poprzez walidowany rejestr zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych,
- 3) ocenę procedur zapobiegania zakażeniom i chorobom zakaźnym związanym z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, w tym procedur dekontaminacji,
- 4) stosowanie środków ochrony indywidualnej i zbiorowej,
- 5) wykonywanie badań laboratoryjnych,
- 6) analizę lokalnej sytuacji epidemiologicznej w oparciu o współczynniki epidemiologiczne w badaniach prospektywnych,
- 7) profilaktyki okołoperacyjnej i terapii antybiotykowej zarówno celowanej jak i empirycznej.

Ocena z przeprowadzonej kontroli wewnętrznej powinna mieć swoje uzasadnienie i opierać się na:

- 1) ogólnodostępnych standardach i wytycznych ośrodków referencyjnych,
- 2) zasadach współczesnej wiedzy medycznej,
- 3) wytycznych Konsultantów Krajowych w odpowiednich dziedzinach medycyny znajdujących zastosowanie w działalności świadczeniodawcy, dotyczących zapobiegania oraz zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych.

Wyżej wymienione elementy oceny powinny być uwzględnione w tworzeniu szpitalnych procedur profilaktyki zakażeń. Kontrola wewnętrzna powinna być prowadzona okresowo, jednak nie rzadziej niż co sześć miesięcy. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości, powtórna kontrolę przeprowadza się nie później niż w terminie 3 miesięcy od dnia przekazania raportu.

Kontrola wewnętrzna powinna być przeprowadzana w miejscach udzielania świadczeń zdrowotnych.

#### **Dane umieszczane w raporcie**

Wyniki i wnioski z kontroli należy zamieścić w raporcie, który powinien zawierać:

- 1) cel i zakres kontroli np. na podstawie rejestrów zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych lub realizowanego programu nadzoru nad zakażeniami szpitalnymi,
- 2) imiona i nazwiska osób uczestniczących w kontroli,
- 3) datę przeprowadzenia kontroli,
- 4) opis stanu faktycznego,
- 5) informację o stwierdzonych nieprawidłowościach, analizę i interpretację otrzymanych wyników,
- 6) zalecenia pokontrolne, wnioski oraz ewentualne uwagi co do zmiany realizowanego programu nadzoru nad zakażeniami szpitalnymi w roku bieżącym lub następnym.

W raporcie z kontroli mogą być zawarte także uwagi dotyczące bieżącego stanu sanitarnego placówki, funkcjonalności poszczególnych jednostek pod względem techniczno-sanitarnym, prowadzonych remontów, modernizacji i ich wpływie na pacjentów i warunki pracy personelu. Opracowany Raport z kontroli wewnętrznej, po zatwierdzeniu przez przewodniczącego zespołu kontroli zakażeń szpitalnych, jest przekazywany kierownikowi zakładu oraz przewodniczącemu Komitetowi Kontroli Zakażeń.

#### **Przechowywanie dokumentacji**

Dokumentacja kontroli wewnętrznej powinna być przechowywana w siedzibie zakładu opieki zdrowotnej, przez okres nie krótszy niż 10 lat od dnia zakończenia kontroli.

#### **Udostępnianie dokumentacji z kontroli wewnętrznej**

Dokumentacja jest udostępniana w formie odpisów lub kopii. Może zostać udostępniona po uprzednim przedstawieniu upoważnienia przez osobę uprawnioną do dokonywania kontroli działalności zakładu opieki zdrowotnej lub osobom, które uzyskały pisemną zgodę kierownika podmiotu.

## **4. PODSTAWA PRAWNA**

1. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. nr 234, poz. 1570 z późn. zm.),
2. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U nr 112. poz. 654),
3. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. nr 52 poz. 417.),
4. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia (Dz.U. nr 52 poz. 418),
5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010 r. w sprawie sposobu dokumentowania realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych oraz warunków i okresu przechowywania tej dokumentacji (Dz.U. nr 100, poz. 645),
6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010 r., w sprawie zakresu, sposobu i częstotliwości prowadzenia kontroli wewnętrznej w obszarze realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych. (Dz.U. nr 100, poz. 646),
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie listy czynników alarmowych, rejestrów zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych oraz raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala (Dz.U. nr 294 poz. 1741).

## **5. PROPOZYCJE WZORÓW DOKUMENTACJI**

### **5.1 DOKUMENTACJA DOTYCZĄCA MONITOROWANIA CZYNNIKÓW ALARMOWYCH I ZAKAŻEŃ SZPITALNYCH**

#### **5.1.1 Indywidualna karta rejestracji czynnika alarmowego nr 1, 2**

##### **INDYWIDUALNA KARTA REJESTRACJI CZYNNIKA ALARMOWEGO nr 1**

1. Imię i nazwisko chorego.....
2. Pieczęć oddziału .....
3. Płeć: K/M
4. Data urodzenia \_ \_ \_ \_ \_ nr PESEL \_ \_ \_ \_ \_
5. Data przyjęcia do szpitala \_ \_ \_ \_ \_ Nr Ks. Gł .....
6. Rozpoznanie choroby podstawowej .....

7. Rodzaj badanego materiału:

<input type="checkbox"/> krew	<input type="checkbox"/> wymaz z nosa	<input type="checkbox"/> inne cewniki
<input type="checkbox"/> ropa	<input type="checkbox"/> wymaz z pępka	<input type="checkbox"/> płyn stawowy
<input type="checkbox"/> mocza	<input type="checkbox"/> wydziel. z drzewa oskrzel.	<input type="checkbox"/> wymaz z narządu rodnego
<input type="checkbox"/> płyn mózgowo-rdzeniowy	<input type="checkbox"/> wymaz z gardła	<input type="checkbox"/> płyny z jam ciała...
<input type="checkbox"/> kał	<input type="checkbox"/> wymaz z oka	<input type="checkbox"/> inne...
<input type="checkbox"/> żółć	<input type="checkbox"/> wymaz z ucha	
<input type="checkbox"/> płwocina	<input type="checkbox"/> cewniki śródnaczyniowe	

8. Data izolacji drobnoustroju alarmowego...

9. Rodzaj czynnika alarmowego ...

10. Wywiad kliniczno-epidemiologiczny (*dane z okresu poprzedzającego przyjęcie – 6 m-cy*).

<input type="checkbox"/> cewniki dożylnie	<input type="checkbox"/> leki immunosupresyjne	<input type="checkbox"/> wcześniejsze operacje
<input type="checkbox"/> cewniki moczowe	<input type="checkbox"/> nałogi	<input type="checkbox"/> wszczęcie protezy
<input type="checkbox"/> cewniki zewnątrzoponowe	<input type="checkbox"/> preparaty krwi	<input type="checkbox"/> żywienie pozajelitowe
<input type="checkbox"/> chemioterapia	<input type="checkbox"/> respiratory	<input type="checkbox"/> pracownik ZOZ
<input type="checkbox"/> dializoterapia	<input type="checkbox"/> tlenoterapia	<input type="checkbox"/> inne .....
<input type="checkbox"/> endoskopia	<input type="checkbox"/> wcześniejsza antybiotyk.	.....
<input type="checkbox"/> kontakt z chorym	<input type="checkbox"/> wcześniejsza hospitaliz.	.....

11. Miejsce nabycia drobnoustroju alarmowego:

szpitalny    pozaszpitalny    inny szpital    inne (jakie?) .....

12. Podjęte czynności prewencyjne:

<input type="checkbox"/> izolacja	<input type="checkbox"/> wstrzymanie przyjęć	<input type="checkbox"/> wypis
<input type="checkbox"/> kohortacja	<input type="checkbox"/> farmakoterapia	<input type="checkbox"/> dekontaminacja sali po wypisie
<input type="checkbox"/> przekazanie do oddziału zakaźnego	<input type="checkbox"/> leczenie zabiegowe	

12. Rodzaj zakażenia (*wypełnia lekarz prowadzący*)   brak zakażenia

<input type="checkbox"/> zapalenie płuc	<input type="checkbox"/> zak. miejsca operowanego	<input type="checkbox"/> zak. kości i stawów
<input type="checkbox"/> zak. układu sercowo-naczyniowego	<input type="checkbox"/> zak. dróg moczowych	<input type="checkbox"/> zak. oka
<input type="checkbox"/> zakażenie ucha	<input type="checkbox"/> zak. centr. ukł. nerwowego	<input type="checkbox"/> zak. jamy ustnej
<input type="checkbox"/> zak. przew. pokarmowego	<input type="checkbox"/> zak. jamy nosowo-gardłowej	<input type="checkbox"/> zak. jamy otrzewnowej
<input type="checkbox"/> zak. skóry i tk. miękkich	<input type="checkbox"/> zak. jamy opłucnej	<input type="checkbox"/> zak. narządów j. brzusznej
<input type="checkbox"/> zak. dolnych dróg oddech. (z wyjątkiem zap. płuc)	<input type="checkbox"/> zak. ukł. rozrodczego	<input type="checkbox"/> zakażenie układowe
	<input type="checkbox"/> pierwotne zak. krwi (SEPSA)	<input type="checkbox"/> inne .....

13. Objawy kliniczne (*wypełnia lekarz prowadzący*)   brak objawów klinicznych

1. ....	4. ....
2. ....	5. ....
3. ....	6. ....

	Imię i nazwisko	Stanowisko	Data	Podpis
Kartę zweryfikował i skonsultował: Przew. Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych				

## INDYWIDUALNA KARTA REJESTRACJI CZYNNIKA ALARMOWEGO nr 2

Nazwisko i imię .....  
 PESEL (lub seria i numer paszportu lub nr identyfikacyjny innego dokumentu) .....

Płeć  K  M Data ur. .... Oddział .....

Data przyjęcia .....

Adres miejsca zamieszkania .....

### Rozpoznanie kliniczne czynnika alarmowego (właściwe zaznacz i opisz)

kolonizacja (brak objawów zakażenia)

nosicielstwo (dotyczy: przewód pokarmowy, nozdrza przednie)

1.	gronkowiec złocisty ( <i>Staphylococcus aureus</i> ) oporny na metycylinę (MRSA) lub glikopeptydy (VISA lub VRSA);
2.	enterokoki ( <i>Enterococcus spp.</i> ) odporne na glikopeptydy (VRE) lub oksazolidynony;
3.	pałeczki Gram-ujemne <i>Enterobacteriaceae spp.</i> wytwarzające beta-laktamazy o rozszerzonym spektrum substratowym (np. ESBL) lub odporne na karbapenemy lub dwie grupy leków lub polimyksyny;
3.	pałeczki Gram-ujemne <i>Enterobacteriaceae spp.</i> wytwarzające beta-laktamazy o rozszerzonym spektrum substratowym (np. AMPc) lub odporne na karbapenemy lub dwie grupy leków lub polimyksyny;
3.	pałeczki Gram-ujemne <i>Enterobacteriaceae spp.</i> wytwarzające beta-laktamazy o rozszerzonym spektrum substratowym (np. KPC) lub odporne na karbapenemy lub dwie grupy leków lub polimyksyny;
4.	pałeczka ropy błękitnej ( <i>Pseudomonas aeruginosa</i> ) oporna na karbapenemy lub inne dwie grupy leków lub polimyksyny;
5.	pałeczki niefermentujące <i>Acinetobacter spp.</i> odporne na karbapenemy lub inne dwie grupy leków lub polimyksyny;
6.	szczepy chorobotwórcze laseczki beztlenowej <i>Clostridium difficile</i> oraz wytwarzane przez nie toksyny A i B;
7.	laseczka beztlenowa <i>Clostridium perfringens</i> ;
8.	dwoinka zapalenia płuc ( <i>Streptococcus pneumoniae</i> ) oporna na cefalosporyny III generacji lub penicylinę;
9.	grzyby <i>Candida</i> odporne na flukonazol lub inne leki z grupy azoli lub kandyń;
10.	grzyby <i>Aspergillus</i> ;
11.	rotawirus (rotavirus);
12.	norowirus (norovirus);
13.	wirus syncytialny (respiratory syncytial virus);
14.	wirus zapalenia wątroby typu B;
15.	wirus zapalenia wątroby typu C;
16.	wirus nabytego niedoboru odporności u ludzi (HIV);
17.	biologiczne czynniki chorobotwórcze izolowane z krwi lub płynu mózgowo-rdzeniowego, odpowiedzialne za uogólnione lub inwazyjne zakażenia.

zakażenie – .....  
rodzaj zakażenia

Wywiad kliniczno-epidemiologiczny w zakresie nabytego zakażenia (*charakterystyka podstawowych objawów klinicznych oraz okoliczności wystąpienia zakażenia, zachorowania lub zgonu z powodu czynnika alarmowego*)

Wyniki badań: rodzaj materiału ..... Data pobrania .....

badanie pobrane do **72 godzin** od przyjęcia

badanie pobrane po upływie co najmniej **72 godzin** od przyjęcia do szpitala

**Czynnik alarmowy** (zaznacz krzyżyk w pierwszej kolumnie)

**Charakterystyka biologicznego czynnika chorobotwórczego oraz inne informacje niezbędne do sprawowania nadzoru epidemiologicznego:** .....

Czynniki ryzyka do wystąpienia drobnoustroju alarmowego:

wydłużony czas hospitalizacji (*ile dni*) .....

pobyt na OIT .....  antybiotykoterapia .....

kontakt z pacjentem z tym samym drobnoustrojem alarmowym (ta sama sala chorych)

inne czynniki .....

Miejsce nabycia czynnika alarmowego

szpital  inny szpital  pozaszpitalne

Opis podjętych czynności:

**Lecznicych:** .....

**Prewencyjnych:** .....

**Izolacja:** od dnia ..... do dnia .....

kontaktowa .....

oddechowa .....

kropelkowa .....

powietrzna .....

inne (jakie?) .....

Informacje dodatkowe:

np. czy dokonano wpisu w dokumentacji pacjenta jako wyniku konsultacji zgodnie z art. 15 Ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. nr 234, poz. 1570),

.....  
Data i podpis osoby  
wypełniającej kartę

.....  
Data i podpis osoby  
konsultującej/weryfikującej

\* karta jest objęta wewnętrznym zbiorczym rejestrem czynników alarmowych

5.1.2 Wewnętrzny rejestr zbiórczy czynników alarmowych

WEWNĘTRZNY REJESTR ZBIORCZY  
CZYNNIKÓW ALARMOWYCH pałeczki ESBL (+)\*

Data izolacji	Oddział / okres hospitalizacji	Imię i nazwisko oraz numer indywidualnej karty rejestracji	Data urodzenia / PESEL	Nr historii choroby	Rozpoznanie	Izolowany szczep	Rodzaj materiału	Zakażenie	
								Nie do 72 godz.	Tak po 72 godz.
01.09.12	X.XXX	ZZZZZZZZZZZ	YYYY	YY/2012	Ostra białaczka szpikowa	Enterobacter cloacae MBL	wymaz z gardła kal	X	
11.09.12	25.08-5.10.2011	ZZZZZZZZZZZ	YYYY			Enterobacter cloacae ESBL(+)	kal	X	
15.09.12		ZZZZZZZZZZZ	YYYY			Klebsiella oxytoca ESBL(+)	wymaz z gardła kal	X	
21.09.12		ZZZZZZZZZZZ	YYYY			Klebsiella pneumoniae ESBL(+)	kal	X	
<b>23.09.12</b>		<b>112/2012</b>	YYYY			<b>Klebsiella pneumoniae ESBL(+)</b>	<b>mocz</b>		X
30.09.12		ZZZZZZZZZZZ	YYYY			Klebsiella pneumoniae ESBL(+)	kal	X	

.....  
Podpis osoby wypełniającej

\* Wewnętrzny rejestr zbiórczy powinien być prowadzony osobno dla każdego czynnika alarmowego w oparciu o indywidualne karty rejestracji czynnika alarmowego; kumulacja wszystkich wyników badań pacjenta pozwala uniknąć wielokrotnego rejestrowania patogenu alarmowego izolowanego od jednego pacjenta; obrazuje aktualny stan epidemiologiczny.

5.1.3 Wewnętrzny rejestr zbiórczy chorób zakaźnych

ZBIORCZY REJESTR CHOROÓB ZAKAŹNYCH – NA ROK 20...

Lp.	Nazwisko i imię	Pesel/Data urodzenia	Nr hist. choroby	Data przyj.	Rodzaj choroby zakaźnej		Zgłoszenie do specjalisty piel. Epidemiol.		Oddział
					Rozpoznanie	Data zachor.	Data rozpoznania	Data zgłosz.	
I.									

.....  
Podpis osoby wypełniającej

.....  
Podpis Przewodniczącego Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych

### 5.1.4 Indywidualna karta rejestracji zakażenia nr 1, 2

#### INDYWIDUALNA KARTA REJESTRACJI ZAKAŻENIA SZPITALNEGO nr 1

Oddział .....		Data .....	
Nr księgi głównej .....		Nr historii choroby .....	
Nazwisko i imię: .....		Płeć: <input type="checkbox"/> męska <input type="checkbox"/> żeńska	
PESEL .....		Wiek: .....	
Przyjęto: <input type="checkbox"/> z domu <input type="checkbox"/> z innego szpitala <input type="checkbox"/> z innego oddziału			
Przyjęto w trybie: <input type="checkbox"/> nagłym <input type="checkbox"/> planowym			
Data przyjęcia: .....		wypisu: .....	
zgonu: .....			
<input type="checkbox"/> Zakażenie szpitalne		<input type="checkbox"/> zakażenie pozaszpitalne	
<b>Rozpoznanie choroby zasadniczej wg icd 10 .....</b>			
<b>Wywiad epidemiologiczny</b>			
Przebyte choroby:		nosicielstwo:	
	Pacjent	w rodzinie	pacjent
WZW B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HBs Ag <input type="checkbox"/>
WZW C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HBe Ag <input type="checkbox"/>
Inne*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HCV <input type="checkbox"/>
			HIV <input type="checkbox"/>
Szczepienie przeciw WZW B <input type="checkbox"/> pełne <input type="checkbox"/> niepełne <input type="checkbox"/> brak			
* przenoszone drogą krwi			
<b>Zabiegi inwazyjne przed hospitalizacją (w ostatnich 6 miesiącach)</b>			
<input type="checkbox"/> iniekcje domięśniowe <input type="checkbox"/> operacja <input type="checkbox"/> intubacja <input type="checkbox"/> cewniki naczyniowe			
<input type="checkbox"/> iniekcje dożylnie <input type="checkbox"/> biopsja <input type="checkbox"/> respirator <input type="checkbox"/> endoskopia			
<b>Zabiegi:</b> <input type="checkbox"/> ginekolog .....			
<input type="checkbox"/> stomatolog		<input type="checkbox"/> urolog	
		<input type="checkbox"/> okulista	
		<input type="checkbox"/> inne*	
* Inne: zabiegi kosmetyczne, tatuaże, zakładanie kolczyków, akupunktura			
<b>Leczenie szpitalne (w ostatnich 6 miesiącach)</b>			
Szpital: ..... od ..... do .....			
Przyczyna hospitalizacji: .....			
<b>Zabieg operacyjny</b>		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie      data zabiegu...	
		<input type="checkbox"/> planowy <input type="checkbox"/> ze wskazań życiowych	
kolejność zabiegu .....		nr sali operacyjnej .....	
pole operacyjne:		<input type="checkbox"/> czyste <input type="checkbox"/> czyste skażone <input type="checkbox"/> skażone <input type="checkbox"/> brudne	
czas zabiegu .....		operator .....	
profilaktyka antybiotykowa: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie      antybiotyk .....			
czas podania przed zabiegiem .....		droga podania .....	
dawka .....		liczba dawek .....	



**KARTA REJESTRACJI ZAKAŻENIA SZPITALNEGO nr 1**

Zakażenie szpitalne	Data stwierdzenia zakażenia ...
<input type="checkbox"/> zapalenie płuc <input type="checkbox"/> zak. dolnych dróg oddechowych (z wyjątkiem. zap. płuc) <input type="checkbox"/> zak. górnych dróg oddechowych <input type="checkbox"/> zak. j. opłucnowej <input type="checkbox"/> zak. dróg moczowych <input type="checkbox"/> zak. ukł. pokarmowego <input type="checkbox"/> zak. kości i stawów <input type="checkbox"/> zak. miejsca operowanego <input type="checkbox"/> pierwotne zak. krwi (sepsa) <input type="checkbox"/> zak. skóry i tkanek miękkich <input type="checkbox"/> zak. OUN <input type="checkbox"/> zak. ran oparzeniowych <input type="checkbox"/> zak. narządów j. brzusznej <input type="checkbox"/> zak. j. otrzewnowej <input type="checkbox"/> zak. ukł. rozrodczego <input type="checkbox"/> gorączka o nieznannej etiologii <input type="checkbox"/> inne ..... <input type="checkbox"/> inne .....	Rozpoznano na postawie:  <input type="checkbox"/> Objawów Klinicznych ..... ..... Badań biochemicznych <input type="checkbox"/> leukocytoza <input type="checkbox"/> białko CRP  Badań mikrobiologicznych <input type="checkbox"/> bakterie ..... <input type="checkbox"/> grzyby .....  <input type="checkbox"/> Badania wirusologiczne ..... <b>Markery zakażeń wirusowych (wpisać rodzaj / rok)</b> <input type="checkbox"/> WZW A <input type="checkbox"/> WZW B <input type="checkbox"/> WZW C <input type="checkbox"/> CMV <input type="checkbox"/> Inne ..... .....

Wyniki badań mikrobiologicznych				Zastosowane leczenie					
Materiał	Data Badania	Szczepy		antybiotyki	iv	im	po	L. dni	Antybiotyko-terapia celowana
		patogenne	alarmowe*						
<input type="checkbox"/> krew	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
<input type="checkbox"/> mocza	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
<input type="checkbox"/> ropa	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
<input type="checkbox"/> płyn m-r	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
<input type="checkbox"/> .....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
<input type="checkbox"/> .....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

\*Szczepy: MRSA, MLS, VRE, ESBL, IPM/MEMR/ inne zgodnie z aktualnym rozporządzeniem

Czynniki ryzyka			
<input type="checkbox"/> zak. wewnątrzmaciczne <input type="checkbox"/> powikłana ciąża <input type="checkbox"/> powikłany poród <input type="checkbox"/> wcześniactwo <input type="checkbox"/> APGAR pkt. .... <input type="checkbox"/> wady wrodzone przewodu pokarmowego <input type="checkbox"/> wady wrodzone serca i naczyń <input type="checkbox"/> wady wrodzone dróg moczowych <input type="checkbox"/> wady wrodzone OUN <input type="checkbox"/> niedożywienie	<input type="checkbox"/> choroba nowotworowa <input type="checkbox"/> immunosupresja <input type="checkbox"/> transplantacja <input type="checkbox"/> chemioterapia <input type="checkbox"/> transfuzja krwi <input type="checkbox"/> iniekcje domięśniowe <input type="checkbox"/> iniekcje dożylnie <input type="checkbox"/> cewniki naczyniowe <input type="checkbox"/> cewnik moczowy <input type="checkbox"/> cewniki inne...	<input type="checkbox"/> cukrzyca <input type="checkbox"/> otyłość <input type="checkbox"/> tlenoterapia <input type="checkbox"/> implanty <input type="checkbox"/> sterydoterapia <input type="checkbox"/> dysfunkcja lub brak śledziony <input type="checkbox"/> hemodializa <input type="checkbox"/> respirator 1-3 dni <input type="checkbox"/> respirator 4-10 dni <input type="checkbox"/> respirator > 10 dni	Data /dd/mm/rr/  <input type="checkbox"/> dializa otrzewnowa ..... <input type="checkbox"/> bronchoskopia ..... <input type="checkbox"/> gastroskopia ..... <input type="checkbox"/> kolonoskopia ..... <input type="checkbox"/> plazmoforeza ..... <input type="checkbox"/> hemoperfuzja ..... <input type="checkbox"/> biopsja ..... <input type="checkbox"/> inne .....

**Uwagi i uzupełnienia**

Data: ..... podpis lekarza prowadzącego .....

**Dział epidemiologii:**

..... data i podpis przewodniczącego ZKZSz ..... data i podpis mikrobiologa ZKZSz

## KARTA REJESTRACJI ZAKAŻENIA SZPITALNEGO nr 2

Oddział ..... Data założenia karty .....

Imię i nazwisko ..... Płeć:  męska  żeńska

Data urodzenia .....

Data przyjęcia do szpitala .....

z domu  z innego szpitala  z innego oddziału nazwa .....

Numer historii choroby ..... PESEL .....

Rozpoznanie choroby zasadniczej .....

**Poród:**  o czasie  przedwczesny  po czasie  
 siłami natury  cięcie cesarskie  waga ..... APGAR .....

**Hospitalizacja:**  nagła  planowa

Poprzedni pobyt w innym szpitalu lub oddziale (do 6 miesięcy)

tak  nie

Kiedy? ..... Gdzie? .....

Czy korzystano z usług pogotowia ratunkowego, gabinetu stomatologicznego:

tak  nie

Kiedy? ..... Gdzie? .....

**Szczepienia ochronne** zgodne z kalendarzem szczepień:  tak  nie

**Operacja:**  tak  nie **data operacji** .....

**Rodzaj operacji** .....

**Czas trwania operacji** .....

**Profilaktyka antybiotykowa:**  tak  nie **nazwa antybiotyku** .....

**Stopień czystości pola operacyjnego:**

czyste  czyste-skażone  skażone  brudne

**Czynniki ryzyka:**  kaniulacja naczyń  cewnikowanie dróg moczowych

sztuczna wentylacja  endoskopia  drenaże  żywienie pozajelitowe

krew i środki krwiopochodne  inne .....

**Zakażenie szpitalne:**  tak  nie

endogenne  egzogenne  **choroba zakaźna**

**Rodzaj zakażenia:**  sepsa  układ moczowy  układ oddechowy

układ pokarmowy  rana operacyjna

skóra  OUN  inne .....

**Rozpoznanie na podstawie:**  badania mikrobiologicznego  obrazu klinicznego

**Rodzaj materiału:**  krew  mocz  pmr  inne .....

**Data badania:** .....

**Rodzaj wyhodowanego szczepu:**

Rodzaj drobnoustroju:		Rodzaj drobnoustroju	
S. aureus: MSSA		Klebsiella spp.	
S. aureus: MRSA		Salmonella spp.	
Enterococcus spp.		Pseudomonas spp.	
Enterococcus: VRE, GRE		Acinetobacter spp.	
E. coli		Candida spp.	
Enterobacter spp.		Inne:	

**Zastosowane leczenie** .....

Postępowanie przeciwepidemiczne:

Izolacja:  tak  nie rodzaj .....

Dezynfekcja:  tak  nie rodzaj środków dezynfekcyjnych .....

Odzież ochronna:  tak  nie rodzaj środków ochronnych .....

Dodatkowe badania:  tak  nie jakie? ...

Zastosowane leczenie .....

Edukacja:  tak  nie  pacjent  personel

Uwagi i uzupełnienia: .....

.....  
 Podpis i pieczętka  
 lekarza prowadzącego

.....  
 podpis i pieczętka  
 Przewodniczącego Zespołu  
 ds. Kontroli Zakażeń Szpitalnych

**5.1.5 Raport okresowy o zakażeniach i czynnikach alarmowych zgodnie z aktualnym załącznikiem do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie listy czynników alarmowych, rejestrów zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych oraz raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala (Dz.U. nr 294, poz. 1741)**

Raport okresowy o zakażeniach i czynnikach alarmowych – jest to wzór ustawowy i nie został zamieszczony w tekście. Wpis został dokonany by obrazował całość przewidzianej dokumentacji.

## 5.2 DOKUMENTACJA OCENY RYZYKA WYSTĄPIENIA ZAKAŻENIA

### 5.2.1 Karta wywiadu epidemiologicznego i oceny ryzyka wystąpienia zakażenia nr 1, 2

#### KARTA WYWIADU EPIDEMIOLOGICZNEGO nr 1

(wypełnić dla każdego nowoprzyjętego pacjenta)

NAZWISKO I IMIĘ: .....		PESEL .....
ODDZIAŁ .....		DATA PRZYJĘCIA .....
Nr Historii Choroby .....		
PRZYJĘTO: <input type="checkbox"/> z domu <input type="checkbox"/> z innego szpitala <input type="checkbox"/> z innego oddziału <input type="checkbox"/> z innego miejsca		
<b>Rozpoznanie choroby zasadniczej:</b> .....		
<b>Przebyte choroby:</b>		<b>Wyniki badań serologicznych</b> (o ile pacjent dysponuje wynikami badań)
	Pacjent	w rodzinie
WZW B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
WZW C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
inne* jakie? .....		
* przenoszone drogą krwi		
Szczepienie przeciw WZW B		
<input type="checkbox"/> pełne	<input type="checkbox"/> niepełne	<input type="checkbox"/> brak
uwagi .....		
<b>Przetaczanie krwi lub preparatów krwiopochodnych w przeszłości</b>		
<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak kiedy? .....		
<b>Zabiegi inwazyjne przed hospitalizacją w ostatnich 6 miesiącach (także w gabinetach prywatnych)</b>		
<input type="checkbox"/> iniekcje dożyłne	<input type="checkbox"/> operacja	<input type="checkbox"/> intubacja
<input type="checkbox"/> cewniki naczyniowe	<input type="checkbox"/> cewnik moczowy	<input type="checkbox"/> iniekcje domięśniowe
<input type="checkbox"/> biopsja	<input type="checkbox"/> respirator	<input type="checkbox"/> endoskopia
<input type="checkbox"/> dawka krwi	<input type="checkbox"/> iniekcje podskórne	<input type="checkbox"/> wlewy kroplowe
<b>zabiegi:</b>		
<input type="checkbox"/> ginekolog	<input type="checkbox"/> urolog	<input type="checkbox"/> okulista
<input type="checkbox"/> stomatolog	<input type="checkbox"/> chirurg	<input type="checkbox"/> inne* jakie? .....
* inne – zabiegi kosmetyczne (manicure, pedicure, tatuaże, zakładanie kolczyków), akupunktura, fryzjer, golenie, itp.		
<b>Leczenie szpitalne (w ostatnich 6 miesiącach)</b>		
Szpital: .....	od .....	do .....
Przyczyna hospitalizacji: .....		
Szpital: .....	od .....	do .....
Przyczyna hospitalizacji: .....		
.....		.....
Data		Podpis lekarza

## KARTA OCENY RYZYKA WYSTĄPIENIA ZAKAŻENIA nr 1

wypełniana w dniu przyjęcia chorego

### Czynniki ryzyka wystąpienia zakażenia u przyjmowanego pacjenta

- Choroba nowotworowa
- Wrodzone niedobory odporności
- Nabyte niedobory odporności
- Wiek powyżej 65 lat
- Cukrzyca
- Dysfunkcja nerek
- Otyłość
- Niedożywienie
- Nałogi .....
- Leczenie immunosupresyjne
- Wcześniejsza antybiotykoterapia
- Dializoterapia
- Implanty
- Inne .....

### Przyjmowany pacjent jako potencjalne źródło zakażenia

Podjęcie choroby infekcyjnej:

- Gruźlica
- Zapalenie płuc
- Zakażenie miejsca operowanego
- Zakażenie – rany inne .....
- Zmiany skórne
- Biegunka
- Inne .....

Data: .....

Podpis lekarza .....

**KARTA WYWIADU EPIDEMIOLOGICZNEGO  
I OCENY RYZYKA WYSTĄPIENIA ZAKAŻENIA nr 2**

Nr Księgi Głównej	Nr Historii Choroby	Oddział	
Nazwisko i imię	Data urodzenia / PESEL	Przyjęcie <input type="checkbox"/> z domu <input type="checkbox"/> inny szpital <input type="checkbox"/> inny oddział	Tryb przyjęcia <input type="checkbox"/> nagły <input type="checkbox"/> planowy
Czy pacjent przyjęty z zakażeniem? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie Jeżeli tak, to z jakim: .....			
Czy pacjent chorował na WZW? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie Wyniki badań serologicznych <input type="checkbox"/> HbsAg      Data ..... <input type="checkbox"/> Anty HCV      Data ..... <input type="checkbox"/> Inne .....			
Szczepienia przeciwko WZW B <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie    liczba dawek 1 2 3 <input type="checkbox"/> data ostatniego szczepienia .....			
Przebyty zabieg chirurgiczny, inny naruszający ciągłość skóry lub transfuzje w ostatnich 6 m-cach <input type="checkbox"/> tak .....			
Hospitalizacja w innych placówkach medycznych w okresie ostatnich 6 m-cy. <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie    Nazwa placówki, data pobytu .....			
Zakażenie lub kolonizacja patogenem alarmowym stwierdzana w badaniach mikrobiologicznych <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie Nazwa patogenu ..... Data izolacji .....			

<b>Ocena ryzyka rozwoju zakażenia szpitalnego w dniu przyjęcia</b>				
Choroba nowotworowa <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		Leki immunosupresyjne <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie .....		
Nikotyzm <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Alkoholizm <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Antybiotykoterapia bezpośrednio przed przyjęciem <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie    nazwa .....		
Cukrzyca <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		Otyłość bmi $\geq 30$ <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Niedożywienie bmi $\leq 18,5$ <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
Niewydolność oddechowa <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Wentylacja mechaniczna <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Niewydolność krążeniowa <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Nieprzytomny <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Obecność cewnika żylnego <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie moczowego <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Niewydolność nerek <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Dializoterapia <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Niewydolność wątroby <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Odleżyny <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Wiek powyżej 65 lat <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Pacjent zakwalifikowany do grupy wysokiego ryzyka <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</b> <i>(Wysoka grupa ryzyka <math>\geq 4 \times</math> tak)</i>				
Data		Podpis lekarza		

Po wypełnieniu karta zostaje włączona do Historii Choroby pacjenta. W przypadku wysokiego ryzyka informację należy przekazać do Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych.

## 5.3 DOKUMENTACJA KONTROLI PROCEDUR W ZAKRESIE HIGIENY SZPITALNEJ

### 5.3.1 Protokół kontroli wewnętrznej oddziałów szpitalnych

#### PROTOKÓŁ KONTROLI WEWNĘTRZNEJ Kontrola stanu sanitarno-higienicznego pomieszczeń szpitalnych i ich wyposażenia – Oddziału Szpitalnego

Miejsce kontroli ..... Data .....

#### I. Gabinet zabiegowy

Kryteria oceny		Punktacja		Uwagi
Data				
1.	Regały, szafki, szafy na leki			
2.	Fotel do pobierania krwi, kozetka			
3.	Tace iniekcyjne, wózki zabiegowe			
4.	Lodówki do przechowywania leków			
5.	Umywalka, bateria			
6.	Dozowniki			
7.	Ściany w części zmywalnej, drzwi			
8.	Okna, żaluzje, parapety, kaloryfery			
9.	Kratki wentylacyjne			
10.	Steláže/pojemniki na odpady medyczne			
11.	Podłogi i cokoły			
12.				
13.				
Suma punktów				
Możliwa liczba punktów 11–13, ND				
Wskaźnik %				

## II. Dyżurka pielęgniarek/gabinet lekarski

Kryteria oceny		Punktacja		Uwagi
		Data		
1.	Krzesła, fotele			
2.	Stoły, szafy, stoliki, biurka, konsole			
3.	Umywalka, bateria			
4.	Dozowniki			
5.	Okna, żaluzje, parapety, drzwi, ściany w części zmywalnej			
6.	Stelaże/pojemniki na odpady medyczne			
7.	Podłogi i cokoły			
8.				
9.				
Suma punktów				
<i>Możliwa liczba punktów 7–9, ND</i>				
<b>Wskaźnik %</b>				

## III. Kuchnia

Kryteria oceny		Punktacja		Uwagi
		Data		
1.	Umywalki, zlew, baterie, ściany w części zmywalnej			
2.	Dozowniki			
3.	Lodówki z zewnątrz i wewnątrz			
4.	Szafki na sprzęty kuchenne			
5.	Naczynia kuchenne, transportowe, sztućce			
6.	Fartuchy, czepki do wydawania posiłków			
7.	Zmywarki, wyparzacze, suche wyjaławiacze,			
8.	Okna, żaluzje, parapety, drzwi			
9.	Podłogi i cokoły			
10.	Wózek serwisowy, stelaż, mopy			
11.				
Suma punktów				
<i>Możliwa liczba punktów 10–11, ND</i>				
<b>Wskaźnik %</b>				



#### IV. Sale chorych

Kryteria oceny		Punktacja				Uwagi
Data						
Numer sali						
1.	Stoliki przyłóżkowe pacjentów					
2.	Powierzchnie dotykowe łóżek					
3.	Pościel					
4.	Stojaki/wysięgniki na kroplówki					
5.	Umywalki, baterie, osłony lamp nad umywalkami, kafelki wokół umywalk					
6.	Dozowniki					
7.	Okna, żaluzje, parapety, drzwi, ściany w części zmywalnej					
8.	Kratki wentylacyjne					
9.	Pojemniki na odpady medyczne					
10.	Podłogi					
11.						
12.						
Suma punktów						
<i>Możliwa liczba punktów 10–12, ND</i>						
<b>Wskaźnik %</b>						

#### V. Magazyn sprzętu/gospodarczy

Kryteria oceny		Punktacja				Uwagi
Data						
1.	Umywalki, baterie, powierzchnie zmywalne					
2.	Dozownik					
3.	Powierzchnie zmagazynowanego sprzętu					
4.	Szafy, stelaże, regały, podesty					
5.	Kratki wentylacyjne					
6.	Okna, parapety, drzwi, ściany w części zmywalnej					
7.	Podłogi i cokoły					
8.						
Suma punktów						
<i>Możliwa liczba punktów 7–8, ND</i>						
<b>Wskaźnik %</b>						

## VI. Łazienki

Kryteria oceny		Punktacja				Uwagi
Data						
Przynależność – męska/żeńska/służbowa						
1.	Brodzik, wanna, kabiny prysznicowe, umywalki, baterie					
2.	Ściany w części zmywalnej, okna, żaluzje, parapety, drzwi					
3.	Dozowniki					
4.	Kratki wentylacyjne					
5.	Miska i deska klozetowa, zasobnik na wodę					
6.	Szczotki klozetowe					
7.	Pojemniki na odpady medyczne					
8.	Podłogi, cokoły					
9.						
Suma punktów						
<i>Możliwa liczba punktów 8–9, ND</i>						
<b>Wskaźnik %</b>						

## VII. Toalety

Kryteria oceny		Punktacja				Uwagi
Data						
Przynależność – męska/żeńska/służbowa						
1.	Umywalki, baterie, ściany w części zmywalnej					
2.	Dozowniki					
3.	Okna, parapety, ściany, drzwi					
4.	Kratki wentylacyjne					
5.	Miska i deska klozetowa, zasobnik na wodę					
6.	Szczotki klozetowe					
7.	Pojemniki na odpady medyczne					
8.	Podłogi, cokoły					
9.						
Suma punktów						
<i>Możliwa liczba punktów 8–9, ND</i>						
<b>Wskaźnik %</b>						

### VIII. Brudownik

Kryteria oceny		Punktacja		Uwagi
		Data		
1.	Umywalki, zlewy, baterie			
2.	Dozowniki			
3.	Okna, żaluzje, parapety			
4.	Ściany w części zmywalnej, sufity, lampy, drzwi			
5.	Regały, szafki			
6.	Baseny, kaczki, nocniki			
7.	Stelaże/pojemniki na odpady medyczne/brudną bieliznę			
8.	Podłogi i cokoły			
9.	Wózek serwisowy, stelaż			
10.	Mopy prawidłowo przechowywane			
11.				
12.				
Suma punktów				
<i>Możliwa liczba punktów 10–12, ND</i>				
<b>Wskaźnik %</b>				

### IX. Korytarze (ciągi komunikacyjne, klatki schodowe)

Kryteria oceny		Punktacja		Uwagi
		Data		
1.	Okna, żaluzje, parapety			
2.	Ściany, sufity, lampy, tablice informacyjne			
3.	Drzwi, przeszklenia wewnętrzne			
4.	Schody, poręcze			
5.	Podłogi i cokoły			
6.	Wycieraczki, maty			
7.	Winda			
8.				
9.				
Suma punktów				
<i>Możliwa liczba punktów 7–9, ND</i>				
<b>Wskaźnik %</b>				

- Punktacja:** **1** – kryterium zachowane: powierzchnie czyste, bez śladów kurzu i zabrudzeń organicznych  
**0** – kryterium niespełnione  
**ND** – nie dotyczy

Wskaźnik ogólny	
Suma punktów	
Możliwa liczba punktów	
<b>Wskaźnik %</b>	

*Wskaźnik % – sumę punktów podzielić przez możliwą do uzyskania liczbę punktów i pomnożyć przez 100 %*

**Kryterium oceny utrzymania czystości i wdrożenia procedur higienicznych**

Optymalny zakres – 80 % do 100 %

Niezadawalający – poniżej 80 %

Uwagi:

.....  
Uwaga: Protokoły kontroli wewnętrznej są narzędziem oceniającym określone obszary prowadzonej profilaktyki zakażeń szpitalnych i pozostają w dokumentacji Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych.

.....  
Podpisy przedstawicieli kontrolowanej  
komórki organizacyjnej

.....  
Podpisy osób kontrolujących

### 5.3.2 Protokół kontroli wewnętrznej Oddziału Intensywnej Terapii Medycznej

#### PROTOKÓŁ KONTROLI WEWNĘTRZNEJ

Kontrola stanu sanitarno-higienicznego pomieszczeń szpitalnych / stanowisk i ich wyposażenia Oddziału Intensywnej Terapii Medycznej

Miejsce kontroli ..... Data .....

#### I. Sale chorych

Kryteria oceny		Punktacja				Uwagi
Data						
Numer sali						
1.	Stoliki przyłóżkowe pacjentów					
2.	Powierzchnie dotykowe łóżek					
3.	Pościel					
4.	Stojaki/wysięgniki na kroplówki					
5.	Umywalki, baterie, osłony lamp nad umywalkami, kafelki wokół umywalk					
6.	Dozowniki					
7.	Okna, żaluzje, parapety, drzwi, ściany w części zmywalnej					
8.	Kratki wentylacyjne					
9.	Pojemniki na odpady medyczne					
10.	Podłogi					
11.						
12.						
Suma punktów						
Możliwa liczba punktów 10–12, ND						
Wskaźnik %						

#### II. Stanowisko terapii oddechowej/respiratora

Kryteria oceny		Punktacja				Uwagi
Data						
Nr stanowiska						
1.	Powierzchnia zewnętrzna respiratora					
2.	Zestawy do tlenoterapii, prawidłowo skompletowane i używane					
3.	Płyn do nawilżania tlenu sterylny, w gotowych opakowaniach i opisany datą rozpoczęcia używania pojemnika (czas użycia zgodny z zaleceniami producenta)					

*Dalszy ciąg na nast. stronie*

4.	Powierzchnie zestawów/urządzeń monitorujących					
5.	Powierzchnie półek przystanowiskowych					
6.	Gniazda dostępu gazu – tlen, próżnia, powietrze					
7.	Jednorazowe zestawy oddechowe wymieniane są zgodnie z zaleceniami producenta lub zgodnie z wewnętrzną procedurą					
8.	Wymiana zestawu do terapii oddechowej dokumentowana jest w indywidualnej dokumentacji pacjenta					
9.	Aparaty Ambu, zestawy oddechowe wyposażone są w filtry zabezpieczające użyte zgodnie z instrukcją producenta wyrobu					
10.	Odsysanie wszelkich wydzielin prowadzone w systemie otwartym – zamkniętym (właściwe podkreśl)					
11.	Do przepłukiwania cewnika stosowany jałowy płyn					
12.	Cewnik do odsysania w systemie zamkniętym oznaczony datą otwarcia i datą kolejnej wymiany – częstotliwość wymiany zgodnie z zaleceniami producenta					
13.	W systemie otwartym jednorazowe sterylne cewniki do odsysania wymieniona każdorazowo po użyciu					
14.	Dozowniki tlenu wielorazowego użycia (sterylne) są opisane datą napełnienia jałowym płynem i używane max. 24 godziny wyłącznie u jednego chorego					
15.	Przeprowadzenie dezynfekcji respiratora jest udokumentowane					
16.	Aparaty Ambu są dezynfekowane i sterylizowane					
17.	Indywidualne środki ochrony osobistej (maski, okulary, rękawice ochronne) dostępne i stosowane zgodnie z zagrożeniem					
18.	Preparat do dezynfekcji rąk dostępny przy stanowisku					
19.	Przy stanowisku znajdują się pojemniki/worki na odpady medyczne					
20.	Segregacja odpadów medycznych prowadzona zgodnie z obowiązującą procedurą					
21.						
22.						
Suma punktów						
Możliwa liczba punktów 20–22, ND						
<b>Wskaźnik %</b>						

### III. Wózek opatrunkowy/zabiegowy

Kryteria oceny		Punktacja				Uwagi
Data						
Nr wózka						
1.	Łatwo zmywalne powierzchnie bez uszkodzeń					
2.	Wyposażony w profesjonalną waniekę dezynfekcyjną, prawidłowo oznakowaną					
3.	Środki antyseptyczne w oryginalnych opakowaniach, ważne terminy przydatności, naklejki czyste i czytelne					
4.	Sterylny sprzęt wielorazowy, jednorazowy z ważnym terminem przydatności do użycia					
5.	Sterylny sprzęt wielorazowy, jednorazowy w czystych, szczelnych, nieuszkodzonych opakowaniach					
6.	Swobodny dostęp do rękawic sterylnych i niesterylnych (w tym winylowych)					
7.	Sterylny pakiety opatrunkowe w oryginalnych opakowaniach, ważne terminy przydatności					
8.	Sterylny pakiety okolicznościowe do zakładania i pielęgnacji dostępów naczyniowych, w szczelnych opakowaniach, z ważnym terminem przydatności do użycia					
9.	Żel do znieczulania miejscowego np. w przypadku cewnikowania pacjenta sterylny, w jednorazowych opakowaniach					
10.	Sterylny pakiety okolicznościowe np. do cewnikowania pęcherza moczowego, zmiany opatrunku, w szczelnych opakowaniach, z ważnym terminem przydatności do użycia					
11.	Przy wózku prawidłowo oznakowane worki na odpady medyczne					
12.	Pojemni na ostrza, z datą otwarcia					
13.						
14.						
Suma punktów						
Możliwa liczba punktów 12–15, ND						
Wskaźnik %						

#### IV. Wózek reanimacyjny

Kryteria oceny		Punkcja				Uwagi
Data						
Nr wózka						
1.	Łatwo zmywalne powierzchnie bez uszkodzeń					
2.	Leki reanimacyjnej zgodne z listą Ministra Zdrowia, ważne terminy przydatności					
3.	Zestawy do intubacji sterylne, prawidłowo przechowywane					
4.	Preparat miejscowo znieczulający do intubacji w sprayu prawidłowo zabezpieczony po otwarciu, opatrzone datą otwarcia					
5.	Zestaw do tracheostomii sterylny, prawidłowo przechowywany					
6.	Zestaw resuscytacyjny Ambu prawidłowo skompletowany, opakowany i przechowywany					
7.	Zestaw rurek intubacyjnych prawidłowo skompletowany, opakowany i przechowywany					
8.	Środki antyseptyczne w oryginalnych opakowaniach, ważne terminy przydatności, naklejki czyste i czytelne					
9.	Sterylny sprzęt jednorazowy do terapii dożylnych z ważnym terminem przydatności do użycia					
10.	Sterylny sprzęt jednorazowy w opakowaniach szczelnych, nieuszkodzonych, czystych					
11.	Pakiety opatrunkowe w oryginalnych opakowaniach, ważne terminy przydatności,					
12.	Płyny do terapii dożylnych w oryginalnych opakowaniach, ważne terminy przydatności, naklejki czyste i czytelne					
13.	Swobodny dostęp do jednorazowych rękawic sterylnych i diagnostycznych					
14.	Przy wózku prawidłowo oznakowane worki na odpady medyczne					
15.						
16.						
17.						
18.						
Suma punktów						
Możliwa liczba punktów 15–19, ND						
<b>Wskaźnik %</b>						



## V. Stanowisko dializacyjne

Kryteria oceny		Punktacja				Uwagi
Data						
Nr stanowiska						
1.	Wydzielone zostały stanowiska dializacyjne dla pacjentów zakażonych wirusami krwiopochodnymi					
2.	Indywidualne środki ochrony osobistej (maski, okulary, rękawice ochronne) są dostępne i stosowane zgodnie z zagrożeniem					
3.	Preparat do dezynfekcji rąk jest dostępny przy stanowisku					
4.	Woda dializacyjna po RO poddawana jest systematycznym badaniom biochemicznym i bakteriologicznym – ostatni wynik badania z dnia...					
5.	Dializatory stosowane jednorazowo*					
6.	Koncentraty płynów dializacyjnych w kanistrze zużywane są w dniu otwarcia					
7.	Komponenty zasadowe koncentratu dializacyjnego w postaci kapsuły, zawierającej sproszkowany preparat, stosowane są jednorazowo do wykonania jednej dializy					
8.	Dezynfekcja zewnętrznych powierzchni aparatu do dializy wykonywana jest po każdym zabiegu hemodializy i udokumentowana**					
9.	Dezynfekcja termiczno-chemiczna wewnętrzna (układu hydraulicznego) maszyny dializacyjnej wykonywana jest po każdej dializie i udokumentowana					
10.	Dezynfekcja aparatu prowadzona jest przy zastosowaniu preparatu zaleconego w procedurze: ...					
11.	Karty charakterystyki substancji niebezpiecznej używanych preparatów są dostępne i udokumentowane jest zapoznanie się z treścią karty					
12.	Wykonanie dezynfekcji jest odnotowywane w karcie hemodializy (lub karcie dezynfekcji aparatu) – zgodnie z zaleceniem producenta maszyny					
14.	Podkładki pod rękę z przetoką powleczone są w zmywalnym materiałem					
15.	Postępowanie zarówno z czystą, jak i brudną bielizną pościelową jest prawidłowe					
16.	Odpady medyczne prawidłowo segregowane					

*Dalszy ciąg na nast. stronie*

17.	Harmonogram dializ uwzględnia czas potrzebny do przeprowadzenia czynności sanitarno-higienicznych i dezynfekcyjnych na każdym stanowisku					
18.						
19.						
20.						
Suma punktów						
<i>Możliwa liczba punktów 17–20, ND</i>						
<b>Wskaźnik %</b>						

\* lub dedykowane pacjentowi z koniecznością wymiany po 5 cyklach.

\*\* karta dezynfekcji aparatu do dializy zawiera następujące informacje: numer aparatu, datę i godzinę dezynfekcji, rodzaj dezynfekcji, test na pozostałość dezynfektantu, podpis osoby odpowiedzialnej za wykonanie procedury.

## VI. Dyżurka pielęgniarek/gabinet lekarski

Kryteria oceny		Punktacja		Uwagi
		Data		
1.	Krzesła, fotele			
2.	Stoły, szafy, stoliki, biurka, konsole			
3.	Umywalka, bateria			
4.	Dozowniki			
5.	Okna, żaluzje, parapety, drzwi, ściany w części zmywalnej			
6.	Stelaże/pojemniki na odpady medyczne			
7.	Podłogi i cokoły			
8.				
9.				
Suma punktów				
<i>Możliwa liczba punktów 7–9, ND</i>				
<b>Wskaźnik %</b>				

## VII. Magazyn sprzętu/gospodarczy

Kryteria oceny		Punktacja		Uwagi
Data				
1.	Umywalki, baterie, powierzchnie zmywalne			
2.	Dozownik			
3.	Powierzchnie zmagazynowanego sprzętu			
4.	Szafy, stelaże, regały, podesty			
5.	Kratki wentylacyjne			
6.	Okna, parapety, drzwi, ściany w części zmywalnej			
7.	Podłogi i cokoły			
8.	Jednorazowe sterylne zestawy oddechowe prawidłowo przechowywane, ważne terminy przydatności			
9.	Wszelki sterylne jednorazowy/wielorazowy osprzęt przechowywany prawidłowo, ważne terminy przydatności			
10.				
11.				
Suma punktów				
<i>Możliwa liczba punktów 7–8, ND</i>				
<b>Wskaźnik %</b>				

## VIII. Kuchnia

Kryteria oceny		Punktacja		Uwagi
Data				
1.	Umywalki, zlew, baterie, ściany w części zmywalnej			
2.	Dozowniki			
3.	Lodówki z zewnątrz i wewnątrz			
4.	Szafki na sprzęty kuchenne			
5.	Naczynia kuchenne, transportowe, sztucce			
6.	Fartuchy, czepki do wydawania posiłków			
7.	Zmywarki, wyparzacze, suche wyjaławiacze,			
8.	Okna, żaluzje, parapety, drzwi			
9.	Podłogi i cokoły			
10.	Wózek serwisowy, stelaż, mopy			
11.				
Suma punktów				
<i>Możliwa liczba punktów 10–11, ND</i>				
<b>Wskaźnik %</b>				

### IX. Łazienki

Kryteria oceny		Punktacja				Uwagi
Data						
Przynależność – męska/żeńska/służbowa						
1.	Brodzik, wanna, kabiny prysznicowe, umywalki, baterie					
2.	Ściany w części zmywalnej, okna, żaluzje, parapety, drzwi					
3.	Dozowniki					
4.	Kratki wentylacyjne					
5.	Miska i deska klozetowa, zasobnik na wodę					
6.	Szczotki klozetowe					
7.	Pojemniki na odpady medyczne					
8.	Podłogi, cokoły					
9.						
Suma punktów						
<i>Możliwa liczba punktów 8–9, ND</i>						
<b>Wskaźnik %</b>						

### X. Toalety

Kryteria oceny		Punktacja				Uwagi
Data						
Przynależność – męska/żeńska/służbowa						
1.	Umywalki, baterie, ściany w części zmywalnej					
2.	Dozowniki					
3.	Okna, parapety, ściany, drzwi					
4.	Kratki wentylacyjne					
5.	Miska i deska klozetowa, zasobnik na wodę					
6.	Szczotki klozetowe					
7.	Pojemniki na odpady medyczne					
8.	Podłogi, cokoły					
9.						
Suma punktów						
<i>Możliwa liczba punktów 8–9, ND</i>						
<b>Wskaźnik %</b>						

### XI. Brudownik

Kryteria oceny		Punktacja		Uwagi
Data				
1.	Umywalki, zlewy, baterie			
2.	Dozowniki			
3.	Okna, żaluzje, parapety			
4.	Ściany w części zmywalnej, sufity, lampy, drzwi			
5.	Regały, szafki			
6.	Baseny, kaczki, nocniki			
7.	Stelaże/pojemniki na odpady medyczne/brudną bieliznę			
8.	Podłogi i cokoły			
9.	Wózek serwisowy, stelaż			
10.	Mopy prawidłowo przechowywane			
11.				
12.				
Suma punktów				
<i>Możliwa liczba punktów 10–12, ND</i>				
<b>Wskaźnik %</b>				

### XI. Korytarze (ciągi komunikacyjne, klatki schodowe)

Kryteria oceny		Punktacja		Uwagi
Data				
1.	Okna, żaluzje, parapety			
2.	Ściany, sufity, lampy, tablice informacyjne			
3.	Drzwi, przeszklenia wewnętrzne			
4.	Schody, poręcze			
5.	Podłogi i cokoły			
6.	Wycieraczki, maty			
7.	Winda			
8.				
9.				
Suma punktów				
<i>Możliwa liczba punktów 7–9, ND</i>				
<b>Wskaźnik %</b>				

**Punktacja:** 1 – kryterium zachowane: powierzchnie czyste, bez śladów kurzu i zabrudzeń organicznych

0 – kryterium niespełnione

ND – nie dotyczy

Wskaźnik ogólny	
Suma punktów	
Możliwa liczba punktów	
<b>Wskaźnik %</b>	

**Wskaźnik %** – sumę punktów podzielić przez możliwą do uzyskania liczbę punktów i pomnożyć przez 100 %

**Kryterium oceny utrzymania czystości i wdrożenia procedur higienicznych**

Optymalny zakres – 80 % do 100 %

Niezadowolający – poniżej 80 %

Uwagi: .....

.....  
 Podpisy przedstawicieli kontrolowanej  
 komórki organizacyjnej

.....  
 Podpisy osób kontrolujących

**5.3.3 Protokół kontroli wewnętrznej Pracowni Endoskopowej**

**PROTOKÓŁ KONTROLI WEWNĘTRZNEJ**

**Kontrola stanu sanitarno-higienicznego pomieszczeń i wyposażenia –  
 Pracownia Endoskopii**

Miejsce kontroli ..... Data .....

**I. Pracownia górnego odcinka przewodu pokarmowego**

Kryteria oceny		Punktacja		Uwagi
Data				
1.	Szafy na leki i inny sprzęt			
2.	Steláže na materiały sterylne			
3.	Wózki zabiegowe – czyste, uporządkowane			
4.	Lampy			
5.	Tor wizyjny do sprzętu endoskopowego			
6.	Stojaki/wysięgniki na kroplówki			
7.	Okna, żaluzje, parapety, kaloryfery			
8.	Ściany, drzwi			
9.	Kratki wentylacyjne			
10.	Steláže, pojemniki na odpady medyczne			
11.	Podłogi i cokoły			
Suma punktów				
Możliwa liczba punktów 11–ND				
<b>Wskaźnik %</b>				

## II. Pracownia dolnego odcinka przewodu pokarmowego/gabinet zabiegowy

Kryteria oceny		Punktacja		Uwagi
Data				
1.	Szafy na leki, nici i inny sprzęt			
2.	Steláže na materiały sterylne			
3.	Wózki zabiegowe			
4.	Lampy			
5.	Aparatura anestezyjologiczna/chirurgiczna (tor wizyjny)			
6.	Stojaki/wysięgniki na kroplówki			
7.	Okna, żaluzje, parapety, kaloryfery			
8.	Ściany, drzwi			
9.	Kratki wentylacyjne			
10.	Steláže, pojemniki na odpady medyczne			
11.	Podłogi i cokoły			
Suma punktów				
<i>Możliwa liczba punktów 11–ND</i>				
<b>Wskaźnik %</b>				

## III. Myjnia sprzętu

Kryteria oceny		Punktacja		Uwagi
Data				
1.	Szafa do przechowywania endoskopów			
2.	Endoskopy – czyste, prawidłowo przechowywane			
3.	Umywalki, zlewy, baterie, kafelki wokół armatury sanitarnej			
4.	Myjnie automatyczne, myjka ultradźwiękowa			
5.	Dozowniki			
6.	Wanny do dezynfekcji			
7.	Szafka do przechowywania preparatów chemicznych			
8.	Kratki wentylacyjne			
9.	Okna, parapety, kaloryfery, drzwi			
10.	Pojemniki na odpady medyczne			
11.	Podłogi i cokoły			
Suma punktów				
<i>Możliwa liczba punktów 11, ND</i>				
<b>Wskaźnik %</b>				

#### IV. Śluza

Kryteria oceny		Punktacja		Uwagi
Data				
1.	Umywalki, baterie, kafelki wokół umywalk			
2.	Oslona lampy nad umywalką			
3.	Dozowniki			
4.	Pojemniki na odpady medyczne			
5.	Podłogi i cokoły			
Suma punktów				
<i>Możliwa liczba punktów 5, ND</i>				
<b>Wskaźnik %</b>				

#### V. Sala wybudzeń

Kryteria oceny		Punktacja		Uwagi
Data				
1.	Łóżko, pościel			
2.	Stojaki/wysięgniki na kroplówki			
3.	Powierzchnie meblowe			
4.	Dozowniki			
5.	Kratki wentylacyjne			
6.	Okna, parapety, drzwi, ściany w części zmywalnej			
7.	Podłogi i cokoły			
8.	Sprzęt do tlenoterapii			
9.				
Suma punktów				
<i>Możliwa liczba punktów 8–9, ND</i>				
<b>Wskaźnik %</b>				



## VI. Toaleta

Kryteria oceny		Punktacja				Uwagi
Data						
Przynależność – męska/żeńska/służbowa						
1.	Umywalki, baterie, ściany w części zmywalnej					
2.	Dozowniki na mydło i płyn dezynfekcyjny					
3.	Okna, parapety, ściany w części zmywalnej, drzwi					
4.	Kratki wentylacyjne					
5.	Miska i deska klozetowa, zasobnik na wodę					
6.	Szczotki klozetowe					
7.	Pojemniki na odpady medyczne					
8.	Podłogi, cokoły					
9.						
Suma punktów						
<i>Możliwa liczba punktów 8–9, ND</i>						
<b>Wskaźnik %</b>						

## VII. Dyżurka pielęgniarska/lekarska

Kryteria oceny		Punktacja		Uwagi
Data				
1.	Krzeseła, fotele			
2.	Stoły, szafy, stoliki, biurka, konsole			
3.	Umywalka, bateria			
4.	Dozowniki			
5.	Okna, żaluzje, parapety, drzwi, ściany w części zmywalnej			
6.	Stelaże/pojemniki na odpady medyczne			
7.	Podłogi i cokoły			
8.				
Suma punktów				
<i>Możliwa liczba punktów 7–9, ND</i>				
<b>Wskaźnik %</b>				

- Punktacja:** **1** – kryterium zachowane: powierzchnie czyste, bez śladów kurzu i zabrudzeń organicznych  
**0** – kryterium niespełnione  
**ND** – nie dotyczy

Wskaźnik ogólny	
Suma punktów	
Możliwa liczba punktów	
Wskaźnik %	

*Wskaźnik % – sumę punktów podzielić przez możliwą do uzyskania liczbę punktów i pomnożyć przez 100 %*

**Kryterium oceny utrzymania czystości i wdrożenia procedur higienicznych**

Optymalny zakres – 80 % do 100 %

Niezadawalający – poniżej 80 %

Uwagi:

.....

.....  
Podpisy przedstawicieli kontrolowanej  
komórki organizacyjnej

.....  
Podpisy osób kontrolujących

### 5.3.4 Protokół kontroli wewnętrznej Bloku Operacyjnego

#### PROTOKÓŁ KONTROLI WEWNĘTRZNEJ

#### Kontrola stanu sanitarno-higienicznego pomieszczeń i wyposażenia – Blok Operacyjny

Miejsce kontroli ..... Data .....

#### I. Sala operacyjna

Kryteria oceny		Punktacja				Uwagi
		Data				
		Numer sali				
1.	Szafy na leki, nici i inny sprzęt					
2.	Stelaże na materiały sterylne					
3.	Wózki zabiegowe, stoliki					
4.	Lampa operacyjna					
5.	Stół operacyjny					
6.	Aparatura anestezjologiczna i chirurgiczna					
7.	Stojaki/wysięgniki na kroplówki					
8.	Okna, żaluzje, parapety, kaloryfery					
9.	Ściany, drzwi					
10.	Kratki wentylacyjne					
11.	Stelaże, pojemniki na odpady medyczne					
12.	Podłogi i cokoły					
13.						
14.						
Suma punktów						
Możliwa liczba punktów 12–14, ND						
<b>Wskaźnik %</b>						

## II. Myjnia do chirurgicznego mycia rąk

Kryteria oceny		Punktacja		Uwagi
Data				
1.	Umywalki, baterie, kafelki wokół umywalk			
2.	Oslony lamp nad umywalkami, zegar ścienny			
3.	Dozowniki			
4.	Okna, parapety, kaloryfery, drzwi			
5.	Pojemniki na odpady medyczne			
6.	Podłogi i cokoły			
7.				
Suma punktów				
<i>Możliwa liczba punktów 6–7, ND</i>				
<b>Wskaźnik %</b>				

## III. Myjnia narzędzi

Kryteria oceny		Punktacja		Uwagi
Data				
1.	Umywalki, zlewy-myjnie, baterie, kafelki wokół armatury sanitarnej			
2.	Dozowniki			
3.	Wanny do dezynfekcji			
4.	Szafka do przechowywania preparatów chemicznych			
5.	Okna, parapety, kaloryfery, drzwi			
6.	Kratki wentylacyjne			
7.	Pojemniki na odpady medyczne			
8.	Podłogi i cokoły			
9.				
10.				
Suma punktów				
<i>Możliwa liczba punktów 8–10, ND</i>				
<b>Wskaźnik %</b>				

#### IV. Magazyn zasobów czystych i sterylnych

Kryteria oceny		Punktacja		Uwagi
Data				
1.	Umywalki, baterie, powierzchnie zmywalne			
2.	Dozownik			
3.	Powierzchnie zmagazynowanego sprzętu			
4.	Szafy, stelaże, regały, podesty			
5.	Kratki wentylacyjne			
6.	Okna, parapety, drzwi, ściany w części zmywalnej			
7.	Podłogi i cokoły			
8.				
9.				
Suma punktów				
<i>Możliwa liczba punktów 7–9, ND</i>				
<b>Wskaźnik %</b>				

#### V. Dyżurka pielęgniarska/lekarska

Kryteria oceny		Punktacja		Uwagi
Data				
1.	Krzesła, fotele			
2.	Stoły, szafy, stoliki, biurka, konsole			
3.	Umywalka, bateria, strefa rozpryskowa			
4.	Dozowniki			
5.	Okna, żaluzje, parapety, drzwi, ściany w części zmywalnej			
6.	Stelaże/pojemniki na odpady medyczne			
7.	Podłogi i cokoły			
8.				
9.				
Suma punktów				
<i>Możliwa liczba punktów 7–9, ND</i>				
<b>Wskaźnik %</b>				

## VI. Śluza

Kryteria oceny		Punktacja		Uwagi
		Data		
1.	Umywalka, bateria, strefa rozpryskowa			
2.	Dozowniki			
3.	Okna, żaluzje, parapety			
4.	Ściany w części zmywalnej, drzwi sufity, lampy			
5.	Stelaże, pojemniki na odpady medyczne			
6.	Podłogi i cokoły			
7.				
8.				
Suma punktów				
<i>Możliwa liczba punktów 7–9, ND</i>				
<b>Wskaźnik %</b>				

## VII. Przebieralnia

Kryteria oceny		Punktacja		Uwagi
		Data		
1.	Szafy ubraniowe, regały			
2.	Obuwie operacyjne -			
3.	Okna, żaluzje, parapety			
4.	Ściany w części zmywalnej, drzwi sufity, lampy, tablice informacyjne			
5.	Stelaże, pojemniki na odpady medyczne, zużyte ubranie operacyjne			
6.	Podłogi i cokoły			
7.				
8.				
Suma punktów				
<i>Możliwa liczba punktów 7–9, ND</i>				
<b>Wskaźnik %</b>				

### VIII. Łazienka

Kryteria oceny		Punktacja	Uwagi
Data			
<b>Przynależność – męska/żeńską/służbowa</b>			
1.	Brodzik, wanna, kabiny prysznicowe, umywalki, baterie		
2.	Ściany w części zmywalnej, okna, żaluzje, parapety, drzwi		
3.	Dozowniki		
4.	Kratki wentylacyjne		
5.	Miska i deska klozetowa, zasobnik na wodę		
6.	Szczotki klozetowe		
7.	Pojemniki na odpady medyczne		
8.	Podłogi, cokoły		
9.			
Suma punktów			
<i>Możliwa liczba punktów 8–9, ND</i>			
<b>Wskaźnik %</b>			

### IX. Toaleta

Kryteria oceny		Punktacja	Uwagi
Data			
<b>Przynależność – męska/żeńską/służbowa</b>			
1.	Umywalki, baterie, powierzchnie zmywalne		
2.	Dozowniki na mydło i środek do dezynfekcji rąk		
3.	Okna, parapety, ściany w części zmywalnej, drzwi		
4.	Kratki wentylacyjne		
5.	Miska i deska klozetowa, zasobnik na wodę		
6.	Szczotki klozetowe		
7.	Pojemniki na odpady medyczne		
8.	Podłogi, cokoły		
9.			
Suma punktów			
<i>Możliwa liczba punktów 8–9, ND</i>			
<b>Wskaźnik %</b>			

## X. Brudownik

Kryteria oceny		Punktacja		Uwagi
		Data		
1.	Umywalki, zlewy, baterie			
2.	Dozowniki			
3.	Okna, żaluzje, parapety			
4.	Ściany w części zmywalnej, sufity, lampy, drzwi			
5.	Regały, szafki			
6.	Baseny, kaczki			
7.	Stelaże/pojemniki na odpady medyczne/brudną bieliznę			
8.	Podłogi i cokoły			
9.	Wózek serwisowy, stelaż			
10.	Mopy prawidłowo przechowywane			
11.				
12.				
Suma punktów				
<i>Możliwa liczba punktów 10–12, ND</i>				
<b>Wskaźnik %</b>				

## XI. Sala wybudzeń

Kryteria oceny		Punktacja		Uwagi
		Data		
1.	Łóżko, pościel			
2.	Stojaki/wysięgniki na kroplówki			
3.	Powierzchnie meblowe			
4.	Dozowniki			
5.	Kratki wentylacyjne			
6.	Okna, parapety, drzwi, ściany w części zmywalnej			
7.	Podłogi i cokoły			
8.	Sprzęt do tlenoterapii			
9.	Sprzęt anestetyczny			
10.				
Suma punktów				
<i>Możliwa liczba punktów 9–10, ND</i>				
<b>Wskaźnik %</b>				



- Punktacja:** **1** – kryterium zachowane: powierzchnie czyste, bez śladów kurzu i zabrudzeń organicznych  
**0** – kryterium niespełnione  
**ND** – nie dotyczy

Wskaźnik ogólny	
Suma punktów	
Możliwa liczba punktów	
<b>Wskaźnik %</b>	

*Wskaźnik %* – sumę punktów podzielić przez możliwą do uzyskania liczbę punktów i pomnożyć przez 100 %

**Kryterium oceny utrzymania czystości i wdrożenia procedur higienicznych**

Optymalny zakres – 80 % do 100 %

Niezadawalający – poniżej 80 %

Uwagi:

.....

Uwaga: Protokoły kontroli wewnętrznej są narzędziem oceniającym określone obszary prowadzonej profilaktyki zakażeń szpitalnych i pozostają w dokumentacji Zespołu Kontroli Zakażeń.

.....  
Podpisy przedstawicieli  
miejsca kontrolowanego

.....  
Podpisy osób kontrolujących

5.3.5 Zbiorczy Raport z kontroli wewnętrznej

**ZBIORCZY RAPORT Z KONTROLI WEWNĘTRZNYCH za .....**

**Cel i zakres kontroli:** ocena stanu sanitarno-higienicznego pomieszczeń szpitalnych i ich wyposażenia, ocena realizacji procedur

Data kontroli	Nazwa komórki organizacyjnej	Zakres kontroli	Wynik kontroli (opis stanu faktycznego)	Uwagi, zalecenia
	Oddział, jednostka	Powierzchnie pomieszczeń, wyposażenie (wpisać nazwę ocenianej procedury)	Stan sanitarno-higieniczny – (ujęcie procentowa) Ocena realizacji procedur – (ujęcie procentowe)	

**ZBIORCZY RAPORT Z KONTROLI WEWNĘTRZNEJ ZA ROK .....**

**OCENA STANU SANITARNO-HIGIENICZNEGO POMIESZCZEŃ SZPITALNYCH I ICH I WYPOSAŻENIA**

Nazwa pomieszczenia	Nazwa oddziału wskaźnik w %*	Nazwa oddziału wskaźnik w %*	Nazwa oddziału wskaźnik w %*	Nazwa oddziału wskaźnik w %*	Nazwa oddziału wskaźnik w %*
	np. chirurgia ogólna data kontroli .....				
Gabinet zabiegowy	90%				
Dyżurka pielęgniarek / gabinet lekarski	85%				

### **Kryterium oceny utrzymania czystości i wdrożenia procedur higienicznych**

Optymalny zakres – 80 % do 100 %

Niezadowolający – poniżej 80 %

Raport z kontroli wewnętrznej opracował: .....

Data i podpis osoby sporządzającej raport

Raport z kontroli wewnętrznej zatwierdził: .....

Data, podpis Przewodniczącego Zespołu  
Kontroli Zakażeń Szpitalnych

Raport otrzymują:

1. Dyrektor Szpitala: .....

Data, podpis i pieczęć

2. *Przewodniczący Komitetu Kontroli Zakażeń*: .....

Data, podpis i pieczęć

3. *A/A Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych*

Uwagi: Raport zbiorczy przygotowany w oparciu o protokoły kontroli wewnętrznej powinien być przeanalizowany w Zespole Kontroli Zakażeń Szpitalnych w pełnym składzie Zespołu i uzupełniony poprzez analizę epidemiologiczną wraz z uwagami, wnioskami oraz ewentualnymi wariantami decyzyjnymi dla osób upoważnionych do podejmowania określonych decyzji. Raport należy sporządzić w trzech egzemplarzach. Jeden egzemplarz przekazać Dyrektorowi Szpitala, drugi Przewodniczącemu Komitetu Kontroli Zakażeń, trzeci pozostaje w Zespole Kontroli Zakażeń Szpitalnych. Kontrolowanym jednostkom organizacyjnym szpitala należy przesłać dedykowane części raportu.

## 5.4 DOKUMENTACJA KONTROLI PROCEDUR W ZAKRESIE PROFILAKTYKI ZAKAŻEŃ

### 5.4.1 Protokół kontroli wewnętrznej przestrzegania procedur profilaktyki zakażeń

#### PROTOKÓŁ KONTROLI WEWNĘTRZNEJ PRZESTRZEGANIA PROCEDUR PROFILAKTYKI ZAKAŻEŃ NR 1

Miejsce kontroli ..... Data .....

#### I. Postępowanie z obwodową kaniulą naczyniową

Kryteria oceny		Punktacja		Uwagi
		Data		
1.	Personel przestrzega higieny rąk zgodnie z obowiązującym standardem (dezynfekcja każdorazowo przed i po kontakcie z kaniulą)			
2.	Czyste rękawice lateksowe stosowane do zakładania i pielęgnowania, kaniuli obwodowej dedykowane jednemu pacjentowi, zakładane i ściągane przy pacjencie			
3.	Dezynfekcja antyseptykiem na bazie alkoholu miejsca wkłucia, przestrzegany czas ekspozycji			
4.	Stosowany materiał opatrunkowy sterylny			
5.	Dezynfekcję antyseptykiem na bazie alkoholu portów, łączników, każdorazowo przed użyciem			
6.	Wymiana korków każdorazowo po użyciu			
7.	Obserwacja miejsca wprowadzenia kaniuli prowadzona zgodnie z procedurą, dokumentowana w karcie pielęgnacji-historia pielęgnowania			
8.	Drożność kaniuli sprawdzana przy użyciu roztworu 0, 9% NaCl każdorazowo przed podaniem iniekcji, rozpoczęciem płynoterapii			
9.	Plukanie przy użyciu roztworu 0, 9% NaCl kaniuli każdorazowo po podaniu leków np. antybiotyków			
10.	Opatrunek zabezpieczający kaniulę czysty, data założenia kaniuli jest widoczna			
11.	Segregacja opadów zgodnie z obowiązującą procedurą			
Suma punktów				
Możliwa liczba punktów (10–11 pkt)				
Wskaźnik %				

## II. Postępowanie z centralnym cewnikiem naczyniowym

Kryteria oceny		Punktacja		Uwagi
		Data		
1.	Personel przestrzega higieny rąk zgodnie z obowiązującym standardem (dezynfekcja każdorazowo przed i po kontakcie z cewnikiem)			
2.	Sterylny rękawice stosowane do zmian opatrunku, wymiany zestawów do infuzji, dedykowane jednemu pacjentowi, zakładane i ściągane przy pacjencie			
3.	Dezynfekcja antyseptykiem na bazie alkoholu miejsca wkłucia, przestrzegany czas ekspozycji			
4.	Dezynfekcję antyseptykiem na bazie alkoholu portów, łączników, każdorazowo przed użyciem			
5.	Wymiana korków każdorazowo po użyciu			
6.	Płukanie przy użyciu roztworu 0, 9% NaCL cewnika centralnego każdorazowo po podaniu leków np. antybiotyków, strzykawka obj. 10 ml			
7.	Opatrunek zabezpieczający cewnik centralny, przezierny, czysty, data zmiany opatrunku widoczna			
8.	Obserwacja miejsca wprowadzenia cewnika prowadzona zgodnie z procedurą, dokumentowana w karcie pielęgnowania			
9.	Segregacja opadów zgodnie z obowiązującą procedurą			
Suma punktów				
<i>Możliwa liczba punktów (9 pkt)</i>				
<b>Wskaźnik %</b>				

### III. Postępowanie z cewnikiem moczowym

Kryteria oceny		Punktacja		Uwagi
		Data		
1.	Personel przestrzega higieny rąk zgodnie z obowiązującym standardem (dezynfekcja każdorazowo przed i po kontakcie z cewnikiem)			
2.	Czyste rękawice lateksowe stosowane do pielęgnowania cewnika moczowego, dedykowane jednemu pacjentowi, zakładane i ściągane przy pacjencie			
3.	Dezynfekcja antyseptykiem przeznaczonymi do błon śluzowych miejsca wprowadzenia cewnika, przestrzegany czas ekspozycji			
4.	Stosowany materiał opatrunkowy – sterylny			
5.	Dezynfekcję antyseptykiem na bazie alkoholu portów, wszelkich łączników, każdorazowo przed rozłączeniem, podłączeniem systemu drenażującego			
6.	Obserwacja cewnika, dobowy zbiórka moczu prowadzona zgodnie z obowiązującą procedurą, dokumentowana w karcie pielęgnacji/obserwacji			
7.	Wymiana cewnika moczowego zgodnie z zaleceniami producenta lub obowiązującą procedurą			
8.	Płukanie cewnika przy użyciu roztworu 0,9% NaCl (wyłącznie w razie potrzeby)			
9.	Segregacja opadów zgodnie z obowiązującą procedurą			
Suma punktów				
<i>Możliwa liczba punktów (9 pkt)</i>				
<b>Wskaźnik %</b>				

#### IV. Postępowanie z miejscem operowanym / zmiana opatrunku

Kryteria oceny		Punktacja		Uwagi
		Data		
1.	Odpowiedni zestaw opatrunkowy na tacy lub wózku zabiegowym z zachowaniem kierunku od wózka do pacjenta,			
2.	Antyseptyki przeznaczone do skóry i błon śluzowych			
3.	Sterylny pakiet materiałów opatrunkowych w oryginalnych opakowaniach z ważną datą przydatności, dedykowane pacjentowi			
4.	Plaster lub okleina do mocowania opatrunków, nożyczki, miska nerkowata opatrunki			
5.	Sztywny odpowiednio oznaczony pojemnik na ostre odpady medyczne, worki na odpady medyczne			
6.	Personel przestrzega higieny rąk zgodnie z obowiązującym standardem (dezynfekcja każdorazowo przed i po zmianie opatrunku)			
7.	Rękawiczki zabiegowe i pakiety z rękawicami jałowymi w zależności od rodzaju opatrunku			
8.	Rękawiczki niejałowe lub jałowe w założone przy pacjencie			
9.	Opatrunek zdjęty, wyrzucony do worka na odpady medyczne			
10.	Rękawice zdjęte, założona nowa para rękawic			
11.	Obserwacja stanu rany			
12.	Dezynfekcja brzegów rany odpowiednim preparatem antyseptycznym			
13.	Nałożenie i umocowanie sterylnego opatrunku na ranie			
14.	Brudne narzędzia chirurgiczne włożone do roztworu preparatu dezynfekcyjnego			
15.	Segregacja opadów zgodnie z obowiązującą procedurą			
16.	Dokumentacja zabiegu w karcie pielęgnacji			
Suma punktów				
<i>Możliwa liczba punktów (16 pkt)</i>				
<i>Wskaźnik %</i>				

**Punktacja:** 1 – kryterium zachowane: powierzchnie czyste, bez śladów kurzu i zabrudzeń organicznych

0 – kryterium niespełnione

ND – nie dotyczy

<b>Wskaźnik ogólny</b>	
Suma punktów	
<i>Możliwa liczba punktów</i>	
<b>Wskaźnik %</b>	

*Wskaźnik % – sumę punktów podzielić przez możliwą do uzyskania liczbę punktów i pomnożyć przez 100 %*

**Kryterium oceny wdrożenia procedur profilaktyki zakażeń szpitalnych w oddziale**

Optymalny zakres – 80 % do 100 %

Niezadawalający – poniżej 80 %

Uwagi: .....

.....  
 Podpisy przedstawicieli  
 jednostki kontrolowanej

.....  
 Podpisy osób kontrolujących

Uwaga: Protokoły kontroli wewnętrznej są narzędziem oceniającym określone obszary prowadzonej profilaktyki zakażeń szpitalnych, pozostają w dokumentacji Zespołu Kontroli Zakażeń.

Komentarz: Protokół można sporządzić w dwóch egzemplarzach. Jeden pozostaje w Zespole Kontroli Zakażeń Szpitalnych, drugi u kontrolowanego. Lepszym rozwiązaniem wydaje się przekazanie dedykowanej części raportu zbiorczego z kontrolni wewnętrznej jako informacji zwrotnej kontrolowanej jednostce organizacyjnej szpitala.



**PROTOKÓŁ KONTROLI WEWNĘTRZNEJ  
PRZESTRZEGANIA PROCEDUR PROFILAKTYKI ZAKAŻEŃ nr 2**

Miejsce kontroli ..... Data .....

**I. Higiena rąk:** I-a kontrola, data .....

Wyposażenie stanowiska mycia rąk standardowe	Obserwacja/ocena stanowiska/punktacja							Uwagi
	1	2	3	4	5	6	7	
Umywalka z ujęciem ciepłej i zimnej wody								
Dozownik łokciowy na mydło, napełniony								
Dozownik łokciowy na płyn dezynfekcyjny napełniony								
Dozownik na ręczniki jednorazowego użytku napełniony								
Stanowisko do mycia rąk zaopatrzone w piktogramy								
Suma punktów								
<i>Możliwa liczba punktów (5 pkt)</i>								
<b>Wskaźnik %</b>								

Przygotowanie rąk do pracy	Obserwacja/punktacja										Uwagi		
	1L	2L	3L	4L	5L	1P	2P	3P	4P	5P		1S	2S
Skóra rąk bez zmian chorobowych													
Ręce bez bizuterii													
Paznokcie krótkie, bez lakieru i tipsów													
Suma punktów													
<i>Możliwa liczba punktów (3 pkt)</i>													
<b>Wskaźnik %</b>													

L – lekarz; P – pielęgniarka; S – salowa



**II. Środki ochrony osobistej**

Kryteria oceny	Punktacja					Uwagi						
	Data											
Środki ochrony osobistej są dostępne na stanowisku pracy												
Środki ochrony osobistej są odpowiednio przechowywane												
Pojemniki na zużyte środki ochrony osobistej są dostępne na stanowisku pracy												
Suma punktów												
<i>Możliwa liczba punktów (3 pkt)</i>												
<b>Wskaźnik %</b>												
Stosowanie środków ochrony osobistej	Obserwacja/punktacja										Uwagi	
	1L	2L	3L	4L	5L	1P	2P	3P	4P	5P		
Rękawice stosowane podczas zabiegów, w których istnieje ryzyko kontaktu z materiałem zakaźnym												
Rękawice zdejmowane są zaraz po skończeniu czynności, przed opuszczeniem stanowiska pracy												
Fartuchy jednorazowe są dedykowane pacjentowi i wyrzucane bezpośrednio po użyciu												
Maski jednorazowe są stosowane adekwatnie do zagrożenia wyrzucane bezpośrednio po użyciu												
Suma punktów												
<i>Możliwa liczba punktów (3 pkt)</i>												
<b>Wskaźnik %</b>												

### III. Postępowanie ze sprzętem i narzędziami

Kryteria oceny		Punktacja		Uwagi
Data				
1.	Sprzęt wielorazowy poddawany jest dezynfekcji bezpośrednio po użyciu w przeznaczonym do tego celu pojemniku.			
2.	Narzędzia i sprzęt po dezynfekcji transportowany jest w szczelnych wyznaczonych do tego celu pojemnikach do sterylizacji,			
3.	Materiał sterylny przechowywany jest w sposób prawidłowy			
4.	Materiał sterylny ma zachowany termin ważności			
Suma punktów				
<i>Możliwa liczba punktów (4 pkt)</i>				
<b>Wskaźnik %</b>				

### IV. Postępowanie z odpadami

Kryteria oceny		Punktacja		Uwagi
Data				
1.	Segregacja odpadów przeprowadzana jest w miejscu wytwarzania			
2.	Przestrzegana jest kolorystyka worków na odpady medyczne			
3.	Worki z odpadami medycznymi opisane, wypełniane do 2/3 objętości, szczelnie zamknięte, transportowane do wyznaczonych miejsc składowania			
4.	Pojemniki na ostrza są opisane i usuwane nie rzadziej niż co 48 godz. lub po wypełnieniu do 2/3 objętości			
5.	Miejsce segregacji odpadów zaopatrzone w instrukcję stanowiskową			
6.	Stelaże/pojemniki na odpady medyczne sprawne, otwierane pedałowem			
Suma punktów				
<i>Możliwa liczba punktów (6 pkt)</i>				
<b>Wskaźnik %</b>				

### V. Postępowanie z bielizną szpitalną

Kryteria oceny		Punktacja		Uwagi
Data				
1.	Przestrzegany jest podział na rodzaje brudnej bielizny szpitalnej (zabrudzona i zanieczyszczona, skażona)			
2.	Użyta brudna bielizna wkładana do worków foliowych umieszczonych na stelażach lub w pojemnikach			
3.	Worki z brudną bielizną szpitalną wypełnione do 2/3 objętości, prawidłowo oznakowane, szczelnie zamknięte transportowane do miejsca przechowywania			
4.	Oddział posiada wózek na czystą bieliznę			
5.	Oddział posiada wózek na brudną bieliznę			
6.	Oddział posiada wydzieloną szafę na czystą bieliznę			
7.	Oddział posiada wydzielone miejsce do przechowywania brudnej bielizny			
Suma punktów				
<i>Możliwa liczba punktów (7 pkt)</i>				
<b>Wskaźnik %</b>				

### VI. Stosowanie preparatów dezynfekcyjnych

Kryteria oceny		Punktacja		Uwagi
Data				
1.	Oddział posiada aktualny wykaz dostępnych środków dezynfekcyjnych			
2.	Miejsce przygotowywania roztworów dezynfekcyjnych zaopatrzone w table dozowania			
3.	Zalecane preparaty dezynfekcyjne są dostępne			
4.	Preparat dezynfekcyjne są z aktualną datą ważności			
5.	W miejscu sporządzania roztworów dezynfekcyjnych znajdują się środki ochrony osobistej (fartuch, maska, okulary, rękawiczki)			
6.	Roztwory preparatów dezynfekcyjnych są prawidłowo opisane			
7.	Roztwory preparatów dezynfekcyjnych są prawidłowo przechowywane			
Suma punktów				
<i>Możliwa liczba punktów (7 pkt)</i>				
<b>Wskaźnik %</b>				

## VII. Postępowanie po ekspozycji zawodowej

Kryteria oceny		Punktacja		Uwagi
Data				
1.	W oddziale są Karty Ekspozycji Zawodowej			
2.	W oddziale jest na widocznym miejscu algorytm postępowania po ekspozycyjnego			
Suma punktów				
<i>Możliwa liczba punktów (2 pkt)</i>				
<b>Wskaźnik %</b>				

## VIII. Izolacja chorych

Kryteria oceny		Punktacja		Uwagi
Data				
1.	Personel zna i przestrzega zasad izolacji zgodnie z uwzględnieniem dróg przenoszenia			
2.	Personel przestrzega higieny rąk zgodnie z obowiązującym standardem			
3.	Odzież ochronna jest dostępna, stosowana adekwatnie do zagrożenia			
4.	Pomieszczenie pobytu pacjenta spełnia kryteria izolacji*: <input type="checkbox"/> sala z podciśnieniem i wymianą powietrza <input type="checkbox"/> sala z węzłem sanitarnym <input type="checkbox"/> sala ze służą <input type="checkbox"/> wydzielone miejsce w sali wieloosobowej <input type="checkbox"/> kohortacja pacjentów			
5.	Pomieszczenie jest wyraźnie oznakowane			
6.	Drzwi do pomieszczenia są otwarte/zamknięte			
7.	W sali znajduje się wyłącznie niezbędny sprzęt			
8.	Postępowanie z odpadami zgodnie z obowiązująca procedurą			
9.	Pacjent zna podstawowe zasady postępowania			
10.	Sprzątanie zgodne z planem higieny placówki			
11.	Postępowanie z powierzchniami skażonymi materiałem organicznym			
Suma punktów				
<i>Możliwa liczba punktów (11 pkt)</i>				
<b>Wskaźnik %</b>				

\* C – izolacja kontaktowa; D – izolacja powietrzno-kropelkowa; A – izolacja powietrzno-pyłowa

<b>Wskaźnik ogólny wdrożenia procedur na oddziale</b>	
Suma punktów	
Możliwa liczba punktów	
<b>Wskaźnik %</b>	

*Wskaźnik % – sumę punktów podzielić przez możliwą do uzyskania liczbę punktów i pomnożyć przez 100 %*

Punktacja: 1 – kryterium zachowane

0 – kryterium niespełnione

ND – nie dotyczy

**Kryterium oceny wdrożenia procedur profilaktyki zakażeń szpitalnych w Oddziale**

**Optymalny zakres – 80 % do 100 %**

**Niezadawalający – poniżej 80 %**

**Uwagi:** .....

.....

**Zalecenia** .....

.....

**Wyjaśnienia przedstawicieli jednostki kontrolowanej** .....

.....

.....  
Podpis przedstawicieli jednostki kontrolowanej

.....  
Podpis osób kontrolujących

5.4.2 Zbiorczy raport z kontroli przestrzegania procedur profilaktyki zakażeń

**ZBIORCZY RAPORT Z KONTROLI WEWNĘTRZNYCH za .....**

**Cel i zakres kontroli:** ocena wykonywania procedur dotyczących zapobiegania zakażeniom i chorobom zakaźnym

Data kontroli	Nazwa komórki organizacyjnej	Kontrolowana procedura	Wynik kontroli (opis stanu faktycznego)	Uwagi, zalecenia
		Higiena rąk	Procedura wykonana prawidłowo/nieprawidłowo * Ocena realizacji procedury – (ujęcie procentowe)	
		Izolacja	Procedura wykonana prawidłowo/nieprawidłowo * Ocena realizacji procedury – (ujęcie procentowe)	

\* niepotrzebne skreślić

**RAPORT Z KONTROLI WEWNĘTRZNEJ ZA ROK .....**

**OCENA WYKONYWANIA PROCEDUR DOTYCZĄCYCH ZAPOBIEGANIA ZAKAŻENIOM**

Lp.	Nazwa procedury	Nazwa oddziału	Nazwa oddziału	Nazwa oddziału	Nazwa oddziału	Nazwa oddziału
		wskaźnik w % *	wskaźnik w % *	wskaźnik w % *	wskaźnik w % *	wskaźnik w % *
		chirurgia ogólna data kontroli				
1.	Higiena rąk	90%				
	Izolacja	85%				



## Kryterium oceny wdrożenia procedur profilaktyki zakażeń szpitalnych w Oddziale

Optymalny zakres – 80 % do 100 %

Niezadawalający – poniżej 80 %

Raport z kontroli wewnętrznej opracował: .....

Data i podpis osoby sporządzającej raport

Raport z kontroli wewnętrznej zatwierdził: .....

Data, podpis Przewodniczącego  
Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych

Raport otrzymują:

1. Dyrektor Szpitala: .....

Data, podpis i pieczęć

2. Przewodniczący Komitetu Kontroli Zakażeń: .....

Data, podpis i pieczęć

3. A/A Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych

Uwagi: Raport zbiorczy przygotowany w oparciu o protokoły kontroli wewnętrznej powinien być przeanalizowany w Zespole Kontroli Zakażeń w pełnym składzie Zespołu i uzupełniony poprzez analizę epidemiologiczną wraz z uwagami, wnioskami oraz ewentualnymi wariantami decyzyjnymi dla osób upoważnionych do podejmowania określonych decyzji.

Komentarz: Raport sporządzono w trzech egzemplarzach. Jeden egzemplarz należy przekazać Dyrektorowi Szpitala, drugi można przekazać Przewodniczącemu Komitetu Kontroli Zakażeń, trzeci pozostaje w Zespole Kontroli Zakażeń Szpitalnych.

## 5.5 MIKROBIOLOGICZNA KONTROLA ŚRODOWISKA SZPITALNEGO

Kontrola mikrobiologiczna środowiska szpitalnego powinna być wykonywana w sposób przemyślany, pozwalający na osiągnięcie podstawowych celów jakimi są:

- określenia i eliminacji źródła infekcji;
- określenia i przecięcia dróg przenoszenia się drobnoustrojów.

Wskazaniem do badań środowiskowych jest wystąpienie na oddziale infekcji wywołanych czynnikiem alarmowym lub wzmożona zapadalność na zakażenia szpitalne w określonym oddziale szpitalnym np. ZMO. Można wykonać te badania, także w celu oceny stanu higieny szpitalnej lub w celu określenia mikrobiologicznej czystości np. rąk personelu medycznego – jest to jednak kwestia wymagająca szczególnej uwagi ze względu na koszty z tym związane.

**Rutynowe badania mikrobiologiczne środowiska szpitalnego** (pomieszczeń i sprzętu w oddziałach szpitalnych), w tym środowiska bloku operacyjnego **nie są zalecane**, co jest **zgodne z wytycznymi CDC** odnoszącymi się do tego zagadnienia; są to:

1. Wytyczne zapobiegania zakażeniu miejsca operowanego: ***Guideline for Prevention of Surgical Site Infection, 1999*** Mangram AJ, Horan TC, Pearson ML, Silver LC, Jarvis WR Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Hospital Infection Control Practices Advisory Committee – z późniejszymi aktualizacjami;
2. Wytyczne dotyczące środowiska w kontroli zakażeń w placówkach ochrony zdrowia: ***CDC – Guideline for Environmental Infection Control in Health-Care Facilities, 2003*** Recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC) – z późniejszymi aktualizacjami;

3. Wytyczne postępowanie w sytuacji wystąpienia wieloopornych drobnoustrojów w placówkach ochrony zdrowia: **Management of multidrug-resistant organisms in Health-Care Settings, 2006**. Jane D. Siegel, MD; Emily Rhinehart, RN MPH CIC; Marguerite Jackson, PhD; Linda Chiarello, RN MS; the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee.

Powyższe wytyczne są dostępne na stronie: [http://www.cdc.gov/HAI/prevent/prevent\\_pubs.html](http://www.cdc.gov/HAI/prevent/prevent_pubs.html)  
 Dokumentację w zakresie badań środowiskowych stanowią wyniki badań, interpretacja oraz zalecenia wydane na ich podstawie.

### 5.5.1 Protokół kontroli mikrobiologicznej środowiska szpitalnego nr 1, 2

#### PROTOKÓŁ KONTROLI MIKROBIOLOGICZNEJ ŚRODOWISKA SZPITALNEGO nr 1

Oddział ..... Data .....

Nazwa powierzchni/pomieszczenia .....

Nazwisko Piel. Oddziałowej/Kierownika .....

Nazwisko osoby kontrolującej/Stanowisko .....

	Badana powierzchnia	Wynik i numer wykonanego badania
1.		
2.		

Podpis/Pieczątka Kierownika Pracowni Mikrobiologicznej

Uwagi/Czynności korygujące i zapobiegawcze

.....

.....  
 Podpis osoby Kontrolującej

.....  
 Podpis Piel. Oddziałowej/Kierownika

Oryginały sprawozdań z badań mikrobiologicznych dostępne są w Zespole Kontroli Zakażeń Szpitalnych.

#### PROTOKÓŁ KONTROLI MIKROBIOLOGICZNEJ ŚRODOWISKA SZPITALNEGO nr 2

Miejsce badania: ..... Data badania .....

Cel badania: .....

Przedmiot badania	Wynik*	Nr badania
Nr 5 – Blok operacyjny B sala V – kolumna anestezjologiczna	ujemny	1-002-052615
Nr 6 – Blok operacyjny B sala IV – ściana	ujemny	1-002-052613
Nr 7 – Blok operacyjny B sala IV – kolumna anestezjologiczna	ujemny	1-002-0525555

Podpis/Pieczątka Kierownika Pracowni Mikrobiologicznej

**Interpretacja wyników:**

.....

**Podjęte działania:**

.....

.....  
 Podpis osoby Kontrolującej

.....  
 Podpis Piel. Oddziałowej/Kierownika

## 5.6 DOKUMENTOWANIE DZIAŁAŃ ZWIĄZANYCH Z EDUKACJĄ PERSONELU

### 5.6.1 Program szkolenia dla pielęgniarek, lekarzy i innych grup zawodowych

#### PROGRAM SZKOLENIA Z ZAKRESU PROFILAKTYKI ZAKAŻEŃ SZPITALNYCH

**ADRESAT:** *pielęgniarki, lekarze i inni pracownicy*

**CEL KSZTAŁCENIA:** *pogłębienie wiedzy i utrwalenie umiejętności w zakresie zapobiegania zakażeniom szpitalnym u pacjentów i wśród personelu*

<b>Data</b>	<b>Blok tematyczny</b>	<b>Treści szczegółowe</b>	<b>Metody i środki dydaktyczne</b>	<b>Czas</b>
	1. Podstawa prawna zakażeń szpitalne	<ul style="list-style-type: none"> <li>– ustawa o zakażeniach szpitalnych i chorobach zakaźnych u ludzi</li> <li>– nadzór nad zakażeniami szpitalnymi</li> <li>– typy nadzoru epidemiologicznego</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– wykład</li> <li>– prezentacja multimedialna</li> </ul>	1 godz. (45 min)
	2. Epidemiologia zakażeń szpitalnych	<ul style="list-style-type: none"> <li>– definicja zakażeń szpitalnych oraz kryteria i warunki ich rozpoznawania</li> </ul> Podział zakażeń szpitalnych Ognisko epidemiczne <ul style="list-style-type: none"> <li>– czynniki ryzyka zakażeń szpitalnych</li> <li>– fizjologiczna flora bakteryjna człowieka</li> <li>– mikrobiologia środowiska szpitalnego</li> <li>– źródła i drogi szerzenia się zakażeń</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– wykład</li> <li>– prezentacja multimedialna</li> </ul>	2 godz.
	3. Higiena rąk w warunkach szpitalnych	<ul style="list-style-type: none"> <li>– flora bakteryjna skóry</li> <li>– metody mycia i dezynfekcji rąk</li> <li>– środki stosowane do higieny rąk</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– pogadanka</li> <li>– film</li> </ul>	1 godz.

<p>4. Dobór i stosowanie środków dezynfekcyjnych Zasady utrzymania czystości w środowisku szpitalnym</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- pojęcie dezynfekcji</li> <li>- zasady bezpiecznego i skutecznego stosowania preparatów dezynfekcyjnych w zależności od przeznaczenia</li> <li>- monitorowanie procesu sterylizacji</li> <li>- ekspozycja zawodowa środkiem chemicznym na skórę i błony śluzowe</li> <li>- podział środowiska szpitalnego</li> <li>- sprzęt do utrzymania czystości</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- wykład</li> <li>- prezentacja multimedialna</li> </ul>	<p>2 godz.</p>
<p>5. Izolacja chorych</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- definicja, podstawowe pojęcia</li> <li>- rodzaje izolacji</li> <li>- wymagania izolacji</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- wykład, dyskusja</li> <li>- prezentacja multimedialna</li> </ul>	<p>1 godz.</p>
<p>6. Ochrona zdrowia personelu Środki ochrony osobistej</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- badania okresowe, szczepienia ochronne</li> <li>- zasady stosowania środków ochrony osobistej</li> <li>- higiena osobista</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- wykład, dyskusja</li> <li>- prezentacja multimedialna</li> </ul>	<p>1 godz.</p>
<p>7. Postępowanie z odpadami medycznymi</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- aktualna podstawa prawna o odpadach</li> <li>- segregacja, transport i unieszkodliwianie odpadów medycznych</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- wykład</li> <li>- prezentacja multimedialna</li> </ul>	<p>2 godz.</p>
<p>8. Pobieranie i transport materiałów do badań diagnostycznych</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- zasady pobierania i postępowania z materiałem do badań diagnostycznych</li> <li>- transport materiałów diagnostycznych</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- wykład</li> <li>- prezentacja multimedialna</li> </ul>	<p>1 godz.</p>
<p>9. Ekspozycja zawodowa na krew lub inny potencjalny infekcyjny materiał mogący przepościć zakażenie HIV, HBV, HCV</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- aktualnie stosowane procedury postępowania w przypadku ekspozycji zawodowej na krew lub inny potencjalny materiał infekcyjny</li> <li>- podstawa prawna, wytyczne</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- wykład, dyskusja</li> <li>- prezentacja multimedialna</li> </ul>	<p>1 godz.</p>
<p>10. Formy weryfikacji wiedzy</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- test, quiz, rozmowa ustna</li> </ul>	<p>1 godz.</p>
		<p>Razem</p>	<p>12 godz.</p>

### 5.6.2 Program szkolenia personelu pomocniczego

#### PROGRAM SZKOLENIA Z ZAKRESU PROFILAKTYKI ZAKAŻEŃ SZPITALNYCH

**ADRESAT:** personel pomocniczy

**CEL KSZTAŁCENIA:** doskonalenie umiejętności w zakresie realizacji działań związanych z utrzymaniem higieny szpitalnej

Data	Blok tematyczny	Czas	Metody	Środki dydaktyczne
	<ol style="list-style-type: none"> <li>Wyjaśnienie podstawowych pojęć: zakażenie szpitalne, drogi przenoszenia zakażeń, oczyszczanie, dezynfekcja, sterylizacja, dezynsekcja, deratyzacja.</li> <li>Rola personelu pomocniczego w zakresie profilaktyki i zwalczania zakażeń szpitalnych.</li> <li>Mycie i dezynfekcja rąk jako podstawowa czynność zapobiegająca rozprzestrzenianiu się zakażeń szpitalnych. Standard higienicznego mycia rąk.</li> <li>Organizacja systemu utrzymania higieny szpitalnej. Obowiązujące procedury w zakresie sprzątnia. Obowiązujące procedury w zakresie dezynfekcji.</li> <li>Standardy postępowania personelu pomocniczego w odniesieniu do chorego izolowanego.</li> <li>Higiena i ochrona osobista personelu.</li> <li>Postępowanie w przypadku ekspozycji zawodowej.</li> <li>Organizacja pracy w kuchniach oddziałowych.</li> <li>Transport szpitalny.</li> <li>Postępowanie z odpadami medycznymi.</li> <li>Formy weryfikacji wiedzy</li> </ol>	1 godz.	seminarium, pokaz,	prezentacja multimedialna
		2 godz.	seminarium, instruktaż,	prezentacja multimedialna, procedury postępowania
		2 godz.	seminarium, instruktaż,	prezentacja multimedialna plansze, foliogramy,
		1 godz.	test, quiz, odpowiedź ustna, seminarium	
	Razem	5 godz.		

### 5.6.3 Lista obecności uczestników szkolenia

#### LISTA OBECNOŚCI UCZESTNIKÓW SZKOLENIA

Temat szkolenia .....

Prowadzący szkolenie .....

Miejsce i data szkolenia .....

Lp.	Imię i Nazwisko	Miejsce Pracy (Oddział, Pracownia)	Podpis
1.			
2.			

Walidacja/efekty szkolenia .....

Uwaga: Dokumentacja potwierdzająca działania edukacyjne pozostaje w dokumentacji Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych

## 5.7 DOKUMENTACJA WYBRANYCH PRZYPADKÓW KLINICZNYCH

### 5.7.1 Zintegrowana karta opieki nad pacjentem z zakażeniem o etiologii *Clostridium difficile*

#### ZINTEGROWANA KARTA OPIEKI NAD PACJENTEM Z ZAKAŻENIEM O ETIOLOGII *CLOSTRIDIUM DIFFICILE* (CD)

Cel: prowadzenie zintegrowanej dokumentacji kontroli stanu pacjenta, u którego wystąpiły objawy zakażenia *Clostridium difficile*, dokumentowanie postępowania terapeutycznego i pielęgnacyjnego oraz postępowania zapobiegającego przenoszeniu zakażenia na innych pacjentów, personel, osoby odwiedzające.

CD – Gram dodatnia beztlenuowa laseczka, występuje w środowisku naturalnym i szpitalnym, wchodzi w skład flory jelitowej człowieka. CD produkuje toksynę A i B odpowiedzialne za zakażenia – od biegunki do rzekomoblioniastego zapalenia jelita grubego. Do zakażenia dochodzi zwykle u pacjentów hospitalizowanych, u których stosowano antybiotykoterapię wysokiego ryzyka wystąpienia zachorowania. Pacjenci z grupy ryzyka to: osoby powyżej 65 roku życia, często przebywające w szpitalach lub innych placówkach ochrony zdrowia, osoby leczone antybiotykami (jako najważniejszego czynnika ryzyka rozwoju zakażenia), osoby z obniżoną odpornością, chorobami przewlekłymi, w czasie chemioterapii, osoby przewlekle stosujące inhibitory pompy protonowej.

Przenoszenie CD – szczególne znaczenie mają ręce personelu, pacjenta i osób odwiedzających, a także zanieczyszczone powierzchniowo sprzętów, bielizna, stosowanie niewłaściwych środków do mycia i dezynfekcji – w przypadku *Clostridium difficile* powinny być stosowane mydło do skóry, detergenty i środki na bazie chloru do zachowania higieny otoczenia, nie stosuje się środków na bazie alkoholu.

Pierwsze objawy zakażenia to: biegunka o bardzo intensywnym, nieprzyjemnym zapachu, bóle brzucha, nudności, wymioty, podwyższona temperatura ciała, utrata apetytu. Stan pacjenta może być ciężki i szybko się pogarsza na skutek odwodnienia.

Postępowanie:

W przypadku podejrzenia zakażenia CD należy natychmiast pacjenta odizolować, gdy pacjentów jest więcej można ich kohortować. Pacjentów i personel poinformować o konieczności higieny rąk. Od pacjenta z objawami pobieramy próbkę kału do badania (postępujemy zgodnie z wytycznymi laboratorium). Od pacjentów bez objawów nie pobiera się materiału do badania, nie prowadzi się również badań screeningowych w kierunku nosicielstwa) do otrzymania wyniku pacjenta traktujemy jako zakażonego i włączamy reżim sanitarny (zgodny z procedurami wewnętrznymi), np.: wydzielony personel stosujący bezwzględnie środki ochrony osobistej, ograniczenie kontaktów z osobami z zewnątrz, zachowanie higieny pacjenta, bielizny osobistej i pościelowej, otoczenia zgodnie z zasadami podanymi powyżej, pacjent ma wydzielony sprzęt: termometr, aparat do pomiaru RR, basen/kaczkę, miskę do mycia (to, co możliwe powinno być jednorazowe).

Dokumentacja pacjenta z CD:

1. Zintegrowana karta opieki
2. Karta wypróżnień, ew. Karta gorączkowa + Bristol Stool Chart (karta oceny uformowania stolca)
3. Bilans płynów
4. Karta żywienia pacjenta
5. Karta zleceń lekarskich (szczególnie płyny i leki zlecone w związku z zakażeniem)
6. Inna dokumentacja, zależnie od stanu pacjenta i dokumentacji prowadzonej na oddziale

Pacjent i osoby odwiedzające są poinformowani o sytuacji (sposoby zapobiegania zakażeniom, zasady higieny). Na oddziale są opracowane procedury/instrukcje postępowania na wypadek wystąpienia CD, są prowadzone szkolenia na temat postępowania w sytuacjach wystąpienia zakażeń CD dla personelu (pielęgniarki, lekarze, zespół sprzątający) oraz ulotki dla pacjentów i osób odwiedzających.

<b>Dane pacjenta</b>	
Imię, nazwisko	
Data urodzenia / PESEL	
Adres, telefon	
Osoba do kontaktu Imię, nazwisko, pokrewieństwo Adres, telefon	
Rozpoznanie	
Oddział	
Lekarza prowadzący	
Pielęgniarka odpowiedzialna	

**KARTA BADAŃ I POSTĘPOWANIA Z PACJENTEM  
Z PODEJRZENIEM/ZAKAŻENIEM CLOSTRIDIUM DIFFICILE**

Stan pacjenta (objawy: biegunka, wymioty, temperatura, inne) .....

Data, godzina wystąpienia objawów .....

Pacjent, osoby odwiedzające są poinformowane o wprowadzonym postępowaniu izolacji i zastosowaniu środków ostrożności .....

Data i godzina pobrania badań, rodzaj badania	Data otrzymania wyniku badania, dalsze zalecenia (kolejne badania kału, inne badania)	Postępowanie: * zalecono izolację, *wydzielono osoby do opieki, *dostarczone były środki ochrony osobistej, *personel sprząający został poinformowany o reżimie sanitarnym, *inne	Zastosowana terapia: leki, płyny	Uwagi, zalecenia dla kolejnej zmiany, podpis
---	---	---	----------------------------------	--

**KARTA HIGIENY PACJENTA Z PODEJRZENIEM/ZAKAŻENIEM  
(właściwe podkreślić) CLOSTRIDIUM DIFFICILE**

Data, godzina	Higiena osobista: wykonane czynności * toaleta całego ciała *okolic intymnych *itp.). Pacjent jest samodzielny S, wymaga pomocy P, Użyte środki	Higiena bielizny osobistej: zmiana, oddana do pralni szpitalnej, zabrana do domu pacjenta (zalecenia dla rodziny). Z uwagi na ryzyko przeniesienia CD pacjent powinien być w bieliznie szpitalnej	Higiena bielizny pościelowej: zmiana, brudna pościel wysłana do pralni (opisana, że pochodzi od pacjenta izolowanego – zgodnie z wytycznymi pralni). Mycie łóżka: *rama *materac	Higiena otoczenia: plan higieny na oddziale przewiduje sytuację izolacji pacjentów z CD, został wdrożony, personel sprząający jest poinformowany o izolacji, jest przeszkolony (wcześniej)	Uwagi, podpis
---------------	---	---	---	--	---------------

**WYPIS/PRZENIESIENIE PACJENTA Z PODEJRZENIEM/ZAKAŻENIEM CD**

Do dokumentacji należy dołączyć kopię Karty badań w celu przekazania informacji o zakażeniu i podjętych działaniach.



### 5.7.2 Zintegrowana karata opieki nad pacjentem z zakażeniem o etiologii MRSA

#### ZINTEGROWANA KARTA OPIEKI NAD PACJENTEM Z ZAKAŻENIEM O ETIOLOGII MRSA

Cel: prowadzenie zintegrowanej dokumentacji jest stała kontrola stanu pacjenta, wyników badań mikrobiologicznych oraz przebiegu eradykacji/lечения i opieki pielęgniarskiej nad pacjentem, której celem jest zapobieganie przeniesienia zakażenia na innych pacjentów, otoczenie i personel oraz zapobieganie powikłaniom u pacjentów.

MRSA (Methicillin Resistant Staphylococcus aureus, gronkowiec oporny na metycylinę) należy do rodziny gronkowców, których występowanie w populacji jest powszechne – oceniane na 30–50%. Gronkowce mimo, że u osób zdrowych nie powodują problemów zdrowotnych, to jednak mogą być przyczyną zakażeń powierzchownych (skóry, ropni, czyraków) i głębokich (zakażeń kości, szpiku). Znaczenie nosicielstwa jest szczególnie u pacjentów z grup ryzyka: z niską odpornością, przewlekłymi chorobami, do 2 i po 65 roku życia, często przebywających w szpitalach, czy innych placówkach ochrony zdrowia oraz u pacjentów chirurgicznych. Gronkowiec oporny na metycylinę wytworzył mechanizmy oporności na stosowane szeroko antybiotyki beta-laktamowe, co w praktyce ma znaczenie dla przebiegu terapii i ewentualnych powikłań groźnych dla zdrowia i życia pacjenta.

MRSA:

1. Kolonizacja skóry i błon śluzowych, szczególnie błony śluzowej nosa, pachwin. Kolonizacja oznacza, że bakterie są obecne na skórze pacjenta, ale nie powodują choroby;
2. Zakażenia spowodowane przez MRSA: zakażenia skóry (czyraki, owrzodzenia), zakażenia ran, zakażenia wewnętrzne: pooperacyjne, szczególnie dotyczące wszczepionych implantów, ropnie narządowe, bakteriemia i sepsa.

Zapobieganie przenoszeniu MRSA:

Największe znaczenie w przenoszeniu MRSA ma higiena rąk (mycie i dezynfekcja zgodnie z zasadami Efektywnej Techniki Higieny Rąk – tablice przy każdym stanowisku do mycia i dezynfekcji rąk) i otoczenia. Pacjenci z MRSA powinni być izolowani lub kohortowani, personel w opiece nad tymi pacjentami stosuje dostępne środki ochrony osobistej: jednorazowe rękawice, fartuchy, maski i gogle (w razie konieczności). Personel pielęgniarski opiekujący się pacjentem jest odpowiedzialny za edukację pacjenta i osób, które go odwiedzają. Na oddziale (w szpitalu) są opracowane ulotki dla pacjentów i ich rodzin ułatwiające zrozumienie tego zagadnienia.

Eradykacja/dekolonizacja to pozbycie się danego drobnoustroju, w tym przypadku MRSA. Ma znaczenie u pacjentów z grup ryzyka oraz przed planowymi zabiegami, szczególnie w przypadku zabiegów z wykorzystaniem implantów (zastawki, protezy itp.). Zaleca się, aby eradykacja po dwóch nieudanych próbach została zakończona, ponieważ wielokrotne stosowanie eradykacji może powodować narastanie oporności.

Technika pobierania wymazów od pacjentów w kierunku MRSA z nosa i pachwin oraz ran:

Nos: wymaz pobrać wymazówką suchą lub zwilżoną sterylnym 0,9% roztworem soli fizjologicznej (stosowanie się do wytycznych laboratorium) pobieramy wymazy z lewego i prawego przedsionka nosa (badanie tylko w kierunku nosicielstwa MRSA).

Rana: po zdjęciu opatrunku i ewentualnym przemyciu brzegów rany solą fizjologiczną pobrać wymaz z łoży rany.

Badanie w kierunku nosicielstwa zalecane przed rozpoczęciem eradykacji (konieczne oznaczenie wrażliwości na mupirocynę). W czasie stosowania mupirocyny donosowo nie jest wymagane mikrobiologiczne badanie kontrolne na obecność MRSA.

Dokumentacja pacjenta z MRSA:

1. Zintegrowana karta opieki,
2. Zależnie od stanu pacjenta i prowadzonej na oddziale dokumentacji:
  1. Karta terapii dożylniej, karta obserwacji cewnika obwodowego/centralnego,
  2. Karta obserwacji pacjenta z cewnikiem Foley'a,
  3. Karty zmian pozycji pacjenta unieruchomionego,
  4. Karta gorączkowa,
  5. Inne.

<b>Dane pacjenta</b>	
Imię, nazwisko	
Data urodzenia / PESEL	
Adres, telefon	
Osoba do kontaktu: Imię, nazwisko, pokrewieństwo Adres, telefon Przekazano informację o MRSA i wdrożonym postępowaniu T/N, podpis osoby przekazującej	
Rozpoznanie	
Oddział	
Lekarza prowadzący	
Pielęgniarka odpowiedzialna	

**Badania w kierunku MRSA**

Data badania, gdzie badanie było wykonane (szpital, przychodnia itp.)	Wynik Dodatni (+) Ujemny (-)	Postępowanie/eradykacja (zlecone płyny do mycia ciała i włosów, maść do nosa, antybiotykoterapia)	Termin kolejnego badania	Uwagi
	Nos Pachwina Rana Mocz Inne .....			

**Plan opieki pielęgniarskiej nad pacjentem na oddziale**

Data, godzina	Higiena osobista, rodzaje środków do mycia (zlecone w ramach eradykacji). Pacjent samodzielny S, Wymaga pomocy P	Higiena bielizny osobistej i pościelowej, postępowanie z brudną bielizną (dokumentacja)	Higiena otoczenia pacjenta, postępowanie (ile razy dziennie, zastosowane środki, dokumentacja)	Zastosowanie środków ochrony osobistej personelu (jakie) / czy środki były dostarczone	Izolacja / kohortacja pacjenta T/N	Wykonane procedury: terapia dożylna, opatrunki, cewnikowanie itp., ewentualnie załącznik w postaci osobnych kart	Uwagi, podpis

**Karta obserwacji rany**

Data / godzina	Umiejscowienie rany	Wygląd: Długość, szerokość, głębokość	Wydzielina: Obecna, kolor, zapach, ilość	Opis: Zaczernwienie, ból, obrzęk	Zastosowane opatrunki i preparaty do aseptyki	Podpis / uwagi

## Wypis / Przeniesienie pacjenta z MRSA / historią MRSA

Do wypisu powinna być dołączona kopia badania w kierunku MRSA, ew. kopie wyników badań oraz dalsze wskazówki dla pacjenta i jego opiekunów lub personelu medycznego.

Zintegrowane karty opieki nad pacjentem powinny być przygotowane na podstawie aktualnych rekomendacji w odpowiedzi na problemy epidemiologiczne, np. zakażenie lub kolonizację patogenem alarmowym takim jak np. szczep wytwarzający karbapenemazy typu KPC, MBL lub OXA-48.

### 5.7.3 Karta obserwacji miejsca operowanego

#### KARTA OBSERWACJI MIEJSCA OPEROWANEGO

<b><u>Wypełnia oddział PRZED ZABIEGIEM</u></b>	
Oddział .....	Nr historii choroby .....
Imię i nazwisko chorego .....	
Profilaktyka przeciwbakteryjna okołoperacyjna	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Nazwa, dawka i droga podania antybiotyku: .....	
Data i godzina podania antybiotyku: .....	
Data i podpis os. wypełniającej .....	
<b><u>Wypełnia blok operacyjny/szpitalny oddział ratunkowy W CZASIE ZABIEGU</u></b>	
Data i godzina rozpoczęcia operacji ..... Data i godzina zakończenia operacji .....	
Lekarz operujący ..... Piel. operacyjna .....	
Rodzaj operacji .....	
<b>Operacja</b> <input type="checkbox"/> nagła <input type="checkbox"/> planowa na w pierwszej kolejności <input type="checkbox"/> w następnej kolejności	
kolejność zabiegu ..... nr sali operacyjnej .....	
<b>Stopień czystości pola operacyjnego</b>	
<input type="checkbox"/> czyste <input type="checkbox"/> czyste – skażone <input type="checkbox"/> skażone <input type="checkbox"/> brudne	
Profilaktyka przeciwbakteryjna okołoperacyjna	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Nazwa, dawka i droga podania antybiotyku: .....	
Data i godzina podania antybiotyku: .....	
Data i podpis os. wypełniającej .....	
<b><u>Wypełnia oddział PO ZABIEGU</u></b>	
Profilaktyka przeciwbakteryjna okołoperacyjna	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Nazwa, dawka i droga podania antybiotyku: .....	
Data i godzina podania antybiotyku: .....	
Data i podpis os. wypełniającej .....	
Doba	
Brak objawów	
Gorączka > 38 °C	
Ropa	
Ból	
Obrzęk	
Zaczerwienienie	
Badanie bakteriologiczne	
Uwagi:	
Podpis osoby wypełniającej kartę	
<b>WŁAŚCIWE ZAZNACZYĆ X</b>	

### 5.7.4 Postępowanie w przypadku podejrzenia/zakażenia szczepem KPC(+)

#### POSTĘPOWANIE PERSONELU MEDYCZNEGO W ODDZIALE W DNIU PODEJRZENIA LUB ROZPOZNANIA U PACJENTA ZAKAŻENIA/KOLONIZACJI KPC – ZALECENIA WYDANE PRZEZ ZESPÓŁ KONTROLI ZAKAŻEŃ SZPITALNYCH

#### IZOLACJA KONTAKTOWA – ŚCISŁY REŻIM SANITARNY

**Uwaga: rezerwuarem pałeczek jest przewód pokarmowy, KPC może wywołać zakażenia endogenne i egzogenne, a źródłem zakażeń może być chory i/lub skolonizowany personel nie przestrzegający zasad higieny**

ODDZIAŁ ..... Data rozpoczęcia izolacji ..... zakończenia .....

PACJENT ..... Uwagi .....

1. Umieszczenie pacjenta w osobnej sali z wydzielonym węzłem sanitarnym; oznakowanie
2. Sprzęt medyczny dedykowany pacjentowi np.: stetoskop, aparat do pomiaru ciśnienia, po użyciu sprzęt niezwłocznie poddać dekontaminacji
3. Przed wejściem do pokoju pacjenta obowiązuje zakładanie jednorazowych rękawiczek i jednorazowego fartucha ochronnego, w razie potrzeby także innych środków ochrony osobistej
4. Przed wyjściem z pokoju pacjenta obowiązuje zdjęcie ubrania ochronnego w kolejności fartuch, rękawiczki ochronne i zdezynfekowanie rąk metodą wcierania środka alkoholowego przez 30 sekund i umieszczenie w koszu na odpady skażone
5. Po wykonaniu czynności u pacjenta obowiązuje bezwzględne przestrzeganie zasad higieny rąk
6. W czasie zmiany należy wyznaczyć personel pielęgniarski i lekarski zajmujący się chorym
7. W czasie wizyty należy ograniczyć liczbę osób wchodzących do izolatki, stosować środki ochrony osobistej, bezwzględnie dezynfekować ręce, stetoskopy, i itp.
8. Dokumentację medyczną należy przechowywać oraz wypełniać poza salą chorego
9. Naczynia stołowe, sztućce – jednorazowe
10. Bieliznę pościelową po użyciu traktować jako skażoną, postępować ostrożnie, oznakować „skażona” podobnie poduszkę, kołdrę, koc
11. Wszelkie odpady z sali traktować jako skażone, worek czerwony odpowiednio opisać
12. Pokój chorego sprzątać jako ostatni w kolejności, wydzielonym sprzętem, użyte mopy i ścierki umieścić w worku oznakowanym i opisanym i przekazać do prania dezynfekcyjnego
13. Transport ograniczyć do minimum – informacje o zakażeniu przekazać personelowi docelowej jednostki, wózek transportowy zdezynfekować bezpośrednio po użyciu – przez zmycie powierzchni, zmienić pościel o ile była stosowana, obowiązują środki ochrony tj. fartuch i rękawiczki
14. Po zakończonej izolacji wykonać standardową dekontaminację pomieszczeń
15. Badania środowiska szpitalnego, nosicielstwa u pracowników są realizowane wyłącznie w porozumieniu i na zlecenie Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych
16. O odwiedzinach decyduje lekarz dyżurny; osoby muszą zgłosić się do pielęgniarki dyżurnej która informuje o zasadach, w tym umyciu i dezynfekcji rąk po zakończeniu odwiedzin
  - izolowany pacjent powinien być poinformowany o kontrolowanym opuszczaniu pokoju
  - przestrzeganiu mycia i dezynfekcji rąk po każdym wyjściu z toalety
  - konieczności jak i zasadach izolacji
17. W dokumentacji oddziału i pacjenta wpisać informację o zakażeniu KPC,
18. W razie ponownego przyjęcia pacjenta, który był zakażony lub skolonizowany szczepem KPC wykonać dwa wymazy z odbytu, dzień po dniu, a pacjenta izolować do czasu otrzymania wyników. W przypadku wyników ujemnych badania kontrolne wykonywać raz w tygodniu.

.....  
Data, podpis osoby uprawnionej/odbierającej

## 5.7.5 Procedura postępowania w przypadku podejrzenia/wykrycia zakażenia/kolonizacji szczepem KPC(+)

### PROCEDURA POSTĘPOWANIA W PRZYPADKU PODEJRZENIA/WYKRYCIA ZAKAŻENIA/KOLONIZACJI SZCZPEM KPC(+)

*Klebsiella pneumoniae* KPC+ – *Klebsiella pneumoniae* carbapenemase

#### ZASADY POSTĘPOWANIA PERSONELU MEDYCZNEGO I ZESPOŁU KONTROLI ZAKAŻEŃ SZPITALNYCH

##### 1. *Klebsiella pneumoniae* KPC, podstawowe informacje.

- 1.1 KPC została po raz pierwszy wykryta w 1996 roku w USA, jednak rzadko była izolowana. Wzrost wykrycia nastąpił po 2001 roku.
- 1.2 W Polsce wzrost wykrycia KPC nastąpił po 2008 roku.
- 1.3 Badania molekularne wykazały różnorodność genów KPC,
  - 1.3.1 Poszczególne warianty genów KPC nazwane zostały KPC-1 do KPC-4.
  - 1.3.2 Poszczególne geny różnią się strukturą pojedynczego aminokwasu.
- 1.4 KPC jest zdolne do hydrolizy wszystkich B-laktamów, a inne mechanizmy podwyższają poziom oporności.
  - 1.4.1 W związku z tym może wystąpić też oporność na fluorochinolony, kotrimoksazol, większość aminoglikozydów.
  - 1.4.2 Wrażliwość szczepów obserwować można na gentamycynę, kolistynę, tigecyklinę.
- 1.5 W związku z możliwością szybkiego rozprzestrzeniania się szczepów KPC należy podjąć starania o:
  - 1.5.1 Szybką i dokładną diagnostykę.
  - 1.5.2 Prowadzenie badań przesiewowych pacjentów przyjmowanych do szpitala z wywiadem mogącym wskazywać na możliwość kolonizacji szczepem z tym mechanizmem oporności.
- 1.6 Rezerwuarem pałeczek z rodziny *Enterobacteriaceae* jest przewód pokarmowy ludzi i zwierząt (wchodzi w skład flory jelitowej), w środowisku spotykane są w wodzie i glebie.
- 1.7 Mogą powodować zakażenie każdej tkanki i narządu:
  - 1.7.1 *Enterobacteriaceae* są przyczyną zakażeń endogennych, gdy dochodzi do spadku odporności pacjenta, np po zabiegu operacyjnym,
  - 1.7.2 *Enterobacteriaceae* są również przyczyną zakażeń egzogennych, do kolonizacji pacjenta może dochodzić między innymi poprzez ręce personelu.
- 1.8 **Rezerwuarem i źródłem zakażenia w szpitalu jest:**
  - 1.1.1 Kolonizacja układu pokarmowego
  - 1.1.2 Chory lub skolonizowany pacjent.

- 1.1.3 Płyny ustrojowe.
  - 1.1.4 Wszelkie mokre i wilgotne miejsca (nawilżacze, umywalki, wylewki, uszkodzone uszczelki).
  - 1.1.5 Personel.
  - 1.9 Wektor zakażenia – droga kontaktowa, poprzez ręce i sprzęt medyczny.
  - 1.10 Pałeczka *Klebsiella pneumoniae* bardzo często powoduje zakażenia u noworodków (szczególnie wcześniaków z niską masą urodzeniową) i niemowląt.
  - 1.11 Kolonizacja *Klebsiella pneumoniae* przewodu pokarmowego nabyta w okresie noworodkowym utrzymuje się przeważnie około 2 – 3 lata.
  - 1.12 Duża odporność na warunki środowiskowe, może powodować że *Klebsiella pneumoniae* KPC+ przeżywa poza organizmem człowieka od 2 godzin nawet do 30 miesięcy.
  - 1.13 Eradykacja szczepów ze środowiska jest niezwykle trudna.
- 2. Postępowanie w przypadku podejrzenia/wykrycia szczepu *Klebsiella pneumoniae* KPC+.**
- 2.1 Izolacja kontaktowa**
    - 2.1.1 Chory chodzący: jednoosobowa sala z węzłem sanitarnym,
    - 2.1.2 Możliwość kohortacji chorych/nosicieli *Klebsiella pneumoniae* KPC+,
    - 2.1.3 Chory leżący: jednoosobowa sala
    - 2.1.4 Kontrolowane opuszczanie sali przez pacjenta na wykonywane badania
    - 2.1.5 Wydzielenie osobnego personelu pielęgniarskiego do pielęgnacji pacjenta ze szczepem KPC
    - 2.1.6 Drobnny sprzęt medyczny dedykowany pacjentowi,
  - 2.2 Środki ochrony osobistej**
    - 2.2.1 Rękawiczki jednorazowe
    - 2.2.2 Fartuch jednorazowego użycia
    - 2.2.3 Dodatkowo okulary i maska na nos i usta w sytuacjach ryzyka tworzenia aerozolu, najbardziej niebezpieczne sytuacje: odsysanie dróg oddechowych, intubacja, zakładanie sondy nosowo-żołądkowej
    - 2.2.4 Pracownie bakteriologii – praca pod komorą laminarną
    - 2.2.5 Środki ochrony indywidualnej zakładane przed wejściem do sali chorych, zdejmowane przed wyjściem z sali
- 3. Postępowanie w przypadku nie stwierdzenia wykrycia szczepów wytwarzających KPC lub inne karbapenemazy u pozostałych pacjentów w badaniu przesiewowym,**
- 3.1 Zalecane jest kontynuowanie badań przesiewowych u pacjentów z oddziału, w którym stwierdzono taki szczep lub pacjentów pielęgowanych przez ten sam personel wg następujących zasad:
    - 3.1.1 badania wykonywane są u pacjentów wysokiego ryzyka kolonizacji/zakażenia szczepem wytwarzającym KPC lub inne karbapenemazy, definiowanych jako: dłużej hospitalizowanych (> 7 dni), poddawanych intensywnej antybiotykoterapii, obłożnie chorych
    - 3.1.2 badania wykonywane są w tygodniu, przez okres 2 miesięcy.

#### **4. W przypadku stwierdzenia wykrycia szczepów wytwarzających KPC lub inne karbapenemazy u innych pacjentów w badaniu przesiewowym,**

- 4.1 Zalecane jest wdrożenie procedur wygaszania ogniska epidemicznego polegających na:
  - 4.2 Prowadzeniu badań przesiewowych: szybkiej identyfikacji nosicieli wśród pacjentów: zalecane jest wprowadzenie badań przesiewowych u wszystkich pacjentów z danego oddziału lub pielęgnowanych przez ten sam personel
    - 4.2.1 badanie przesiewowe prowadzone jest raz w tygodniu
    - 4.2.2 badania przesiewowe prowadzone są tak długo, aż przez okres 2 miesięcy nie jest stwierdzana izolacja tych szczepów
  - 4.3 Weryfikacji procedur zapobiegających zakażeniom szpitalnym, przede wszystkim tych, związanych z zapobieganiem transmisji drobnoustrojów szpitalnych
  - 4.4 Skutecznej izolacji kontaktowej pacjentów ze szczepami wytwarzającymi KPC lub inne karbapenemazy (izolatka, kohortacja)
  - 4.5 Weryfikacji zasad stosowania antybiotyków, głównie fluorochinolonów i karbapenemów
  - 4.6 Wydzielenie osobnego personelu medycznego do pielęgnacji pacjentów ze szczepami wytwarzającymi KPC lub inne karbapenemazy
  - 4.7 W zależności od liczby pacjentów ze szczepami wytwarzającymi KPC lub inne karbapenemazy, rozważenie możliwości utworzenia dla nich pododdziału.

#### **5. Badania mikrobiologiczne**

- 5.1 Pobieranie materiału do badań przesiewowych – wymaz z okolicy odbytu.
- 5.2 Badania środowiska szpitalnego, nosicielstwa u pracowników są realizowane wyłącznie w porozumieniu z Zespołem Zapobiegania i Zwalczania Zakażeń Szpitalnych, na zlecenie Zespołu.

#### **6. Dezynfekcja sali i sprzętu**

- 6.1 W trakcie pobytu oraz po wypisie/zgonie chorego:
  - 6.1.1 **Rutynowe procedury dezynfekcyjne!**, z zastosowaniem podziału stref sanitarnych.

#### **7. Zakończenie izolacji/wypisanie/przeniesienie**

- 7.1 Z chwilą wypisu lub przeniesienia, oraz zgonu chorego,
- 7.2 W przypadku wypisywania/przenoszenia do innej placówki medycznej (prowadzącej działalność leczniczą, czy też opieki długoterminowej), wypisywania do domu, pacjenta ze szczepem wytwarzającym KPC lub inne karbapenemazy; w jego karcie informacyjnej, w rubryce „rozpoznanie” należy bezwzględnie umieścić informację o stwierdzeniu zakażenia lub kolonizacji takim szczepem
- 7.3 Pacjent wypisywany do domu nie otrzymuje innych zaleceń dotyczących postępowania w warunkach ambulatoryjnych poza koniecznością przedsta-



wienia karty informacyjnej w przypadku ponownego przyjęcia do podmiotu wykonującego działalność leczniczą

7.4 W przypadku ponownego przyjęcia pacjenta, który był skolonizowany lub zakażony szczepem wytwarzającym KPC lub inne karbapenemazy, zalecane jest:

7.4.1 Wykonać dwa wymazy z okolicy odbytu, dzień po dniu

7.4.2 Izolacja kontaktowa pacjenta do czasu uzyskania wyników tych badań

7.4.3 W przypadku ujemnych wyników pierwszych posiewów u tego pacjenta, zalecane jest wykonywanie wymazów z okolicy odbytu kontynuowane jeden raz w tygodniu przez cały okres hospitalizacji

## **8. Nie należy stosować antybiotyków w przypadku jedynie kolonizacji**

## **9. Zaleca się bezwzględne badanie (przesiewowe posiewy na nosicielstwo patogenów alarmowych) pacjentów przy przyjmowaniu z podmiotów wykonujących działalność leczniczą w zakresie leczenia stacjonarnego i ambulatoryjnego**

9.1 W szczególności z podmiotów, w których zaistniał problem epidemicznego lub endemicznego rozprzestrzeniania szczepów wytwarzających KPC lub inne karbapenemazy. Także tych, którzy korzystali z usług opieki zdrowotnej za granicą, zwłaszcza w krajach, w których identyfikuje się szczepy wytwarzające karbapenemazy typu KPC, MBL (w tym NDM) lub OXA-48.

### **9.2 Zalecenia dla oddziałów:**

9.2.1 Diagnostyka mikrobiologiczna w kierunku pałeczek z rodziny *Enterobacteriaceae* wytwarzających karbapenemazy typu KPC – badanie w kierunku nosicielstwa patogenów alarmowych – wymaz z odbytu, na skierowaniu należy zaznaczyć: „Wymaz z odbytu w kierunku KPC”, badanie należy wykonać u pacjentów w pierwszej dobie od przyjęcia, w szczególności:

9.2.1.1 Każdy pacjent przyjmowany do szpitala z innych ośrodków medycznych (szpital, ośrodek pomocy społecznej, dom opieki i inne),

9.2.1.2 Każdy pacjent przyjmowany do szpitala, który w wywiadzie dotyczącym przeszłości diagnostyczno-leczniczej, do 6 miesięcy przed przyjęciem do szpitala, podaje pobyt w innych ośrodkach medycznych (szpital, ośrodek pomocy społecznej, dom opieki i inne), również w szpitalu (nie dotyczy pobytów wielokrotnych wyłącznie w tej samej szpitalu/oddziale).

9.2.2 Pacjent, któremu zlecono diagnostykę mikrobiologiczną w kierunku pałeczek z rodziny *Enterobacteriaceae* wytwarzających karbapenemazy typu KPC, musi być traktowany przez personel kliniki/oddziału jako potencjalnie skolonizowany lub zakażony KPC.

### **9.3 Zalecenia dla Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii:**

9.3.1 Diagnostyka mikrobiologiczna w kierunku pałeczek z rodziny *Enterobacteriaceae* wytwarzających karbapenemazy typu KPC – badanie w kierunku nosicielstwa – wymaz z odbytu, na skierowaniu należy za-

znaczyć: „*Wymaz z odbytu w kierunku KPC*”, badanie należy wykonać u pacjentów w pierwszej dobie od przyjęcia, w szczególności:

9.3.1.1 **Każdy pacjent** przyjmowany Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii, niezależnie od tego, skąd przyjęty.

9.3.1.2 **Każdy pacjent** przed wypisem/przeniesieniem z Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii do innej kliniki/oddziału, innego ośrodka medycznego. Wypis/przeniesienie możliwe dopiero po otrzymaniu wyniku ujemnego. Czas oczekiwania na wynik (gdy ujemny) 24 godziny, oprócz sobót (48 godz.).

9.3.2 Pacjent, któremu zlecono diagnostykę mikrobiologiczną w kierunku pałeczek z rodziny *Enterobacteriaceae* wytwarzających karbapenemazy typu KPC, musi być traktowany przez personel kliniki/oddziału jako potencjalnie skolonizowany lub zakażony KPC.

## **10. Działania przeciwepidemiczne dodatkowe zalecane przez Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych:**

10.1 Zespół postępuje zgodnie z Procedurą dotyczącą postępowania w ognisku epidemicznym

10.2 Rozważyć zakaz przyjęć nowych pacjentów do kliniki/oddziału

10.3 Zakaz prowadzenia zajęć ze studentami, uczniami, związanych z kontaktem z pacjentami zakażonymi/skolonizowanymi szczepem KPC(+)

10.4 Przeprowadzić analizę i weryfikację stosowanych antybiotyków, głównie fluorochinolonów i karbapenemów,

10.5 Przeprowadzić analizę i weryfikację procedur postępowania, szczególnie tych związanych z zapobieganiem transmisji drobnoustrojów szpitalnych,

10.6 Nadzorować przestrzeganie zasad izolacji pacjentów zakażonych/skolonizowanych szczepami KPC (+)

10.7 Leczenie pacjenta zakażonego szczepem KPC (+) należy konsultować z Przewodniczącym/Mikrobiologiem Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych

10.8 Unikać rotacji personelu (lekarze, pielęgniarki, salowe) sprawującego opiekę nad pacjentami z oddziałów objętych ogniskiem KPC, do innych oddziałów, do czasu wygaszenia ogniska, – WYDZIELENIE PERSONELU MEDYCZNEGO DO OPIEKI NAD PACJENTAMI

10.9 W przypadku wypisywania lub przenoszenia do innego szpitala pacjenta ze szczepem KPC, w jego karcie informacyjnej należy umieścić informację o stwierdzeniu zakażenia lub kolonizacji szczepem KPC.

Procedura opracowana w oparciu o zalecenia rekomendowane przez Ministra Zdrowia dotyczące postępowania w przypadku identyfikacji w zakładach opieki zdrowotnej szczepów bakteryjnych *Enterobacteriaceae* wytwarzających karbapenemazy typu KPC.



