

**1. ČREVESNI INFEKTI**

Ali se je na oddelku pri 3 ali več bolnikih pojavila diareja brez temperature

da ☐ ne ☐

Ali se je na oddelku pri 3 ali več bolnikih pojavila:

☞ Driska

da ☐ ne ☐

☞ Bruhanje

da ☐ ne ☐

☞ Izguba apetita

da ☐ ne ☐

☞ Zvišana telesna temperatura

da ☐ ne ☐

☞ Zvišani vnetni parametri (L, DKS, CRP, KKS, SR)

da ☐ ne ☐

☞ Splošno slabo somatsko stanje

da ☐ ne ☐

☞ Dehidracija ustne sluznice

da ☐ ne ☐

☞ Slab turgor kože

da ☐ ne ☐

➤ Ali je bolnik v zadnjem letu prejemal dlje časa (nekaj tednov in več) antibiotično terapijo (možna okužba z Clostridium difficile)

da ☐ ne ☐

➤ Ali je bolnik v zadnjem letu prejemal večkrat antibiotično terapijo (možna okužba z Clostridium difficile)

da ☐ ne ☐

➤ Če je bolnik nosilec Salmonelle, Shigelle, Hep. C, Hep.B, HIV obvesti ZOBO takoj.

1. RESPIRATORNI INFEKTI

➤ Ali se je na oddelku pojavil:

☞ Kašelj

dražeči

da ☐ ne ☐

produktiven

da ☐ ne ☐

☞ Prisotnost sputuma

serozni

da ☐ ne ☐

gnojni

da ☐ ne ☐

☞ Zvišana telesna temperatura

da ☐ ne ☐

☞ Zvišani vnetni parametri (L, DKS, CRP, KKS, SR)

da ☐ ne ☐

☞ Dehidracija ustne sluznice

da ☐ ne ☐

☞ Slab turgor kože

da ☐ ne ☐

☞ Avskultatorne spremembe na spodnjih dihalih

da ☐ ne ☐

2. NAVODILA (zdravnik, medicinska sestra)

V primeru črevesnih infekcij priporočamo:

- ☞ odvzeti blato na koprokulturo

V primeru respiratornih infekcij priporočamo:

- ☞ odvzeti sputum za mikrobiologijo
- ☞ narediti bris žrela

- Izvesti ustrezne izolacijske ukrepe z ozirom na naravo infekcije.
da ☐ ne ☐
- Uvesti postopke čiščenja in razkuževanja bolnikove okolice in bolniške sobe.
da ☐ ne ☐
- Poskrbeti za ustrezno kadrovske zasedbo glede na stanje bolnikov.
da ☐ ne ☐
- Obvestiti medicinsko sestro za obvladovanje bolnišničnih okužb (SOBO), če so več kot trije primeri takoj, sicer pa prvi delovni dan. Izpolniti OB 5 640 02 04 01 oz. OB 5 640 02 06 01 oz. OB 05 640 02 05 01
da ☐ ne ☐
- Preverjati izvajanje vseh dogovorjenih postopkov in dokumentiranje.
da ☐ ne ☐

3. PRIJAVLJANJE UGOTOVLJENE EPIDEMIJE

Dežurni zdravnik obvesti ZOBO, če so več kot trije primeri takoj, sicer pa prvi delovni dan.

da ☐ ne ☐

Podpis zdravnika:

Podpis med. sestre:

Datum:

Oddelek: