Helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI) det er frivillig å registrere – skjema for bruk på avdeling

Presiseringer:

* Ikke registrer data fra flere avdelinger på samme skjema
* Hvis en pasient har flere HAI, skal hver infeksjon registreres

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Registrert av: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | Antall innlagte pasienter kl. 08:00: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Dato:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | Antall innlagte pasienter med HAI: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Spesialitet: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | Antall innlagte pasienter som er operert: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Avdelingsnavn: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | (siste 30 dager og siste 90 dager ved innsetting av fremmedlegeme) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pasient- id****(kun til eget bruk)** | **Infeksjon i ben og ledd** | **Infeksjon i sentral-nervesystemet** | **Infeksjon i hjerte-/karsystemet** | **Infeksjon i øye, øre, nese, hals eller munn** | **Infeksjon i mage-/tarmsystemet** | **Infeksjon i kjønnsorganene** | **Infeksjon i hud- og bløtvev** | **Annen/disseminert infeksjon**  |
| Eget syke-hus | Annet syke-hus | Syke-hjem | Eget syke-hus | Annet syke-hus | Syke-hjem | Eget syke-hus | Annet syke-hus | Syke-hjem | Eget syke-hus | Annet syke-hus | Syke-hjem | Eget syke-hus | Annet syke-hus | Syke-hjem | Eget syke-hus | Annet syke-hus | Syke-hjem | Eget syke-hus | Annet syke-hus | Syke-hjem | Eget syke-hus | Annet syke-hus | Syke-hjem |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |