

แบบบันทึกการเฝ้าระวังการติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะ

Name อายุ.....ปี เพศ.....HN.....AN.....Ward.....
 Admission..... Refer from..... Dx.แรกรับ..... Final Dx.....
 วันที่รับย้าย/ย้าย..... Discharge..... LOS.....วัน แพทย์ผู้รักษา.....

<p>เกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะแบบมีอาการ (Symptomatic Urinary Tract Infection : SUTI) ต้องมีลักษณะอาการหรืออาการแสดง ครอบคลุมเกณฑ์ 3 ข้อ ดังนี้</p> <p>กรณีไม่ใส่สายสวนปัสสาวะ(non - CAUTI)</p> <p>1. มีลักษณะอย่างน้อย 1 ข้อ คือ</p> <p><input type="checkbox"/> ผู้ป่วยไม่ได้คาสายสวนปัสสาวะมาก่อน หรือได้รับการคาสายสวนปัสสาวะมาไม่เกิน 2 วันปฏิทิน</p> <p><input type="checkbox"/> ผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะมาก่อน ได้รับการถอดสายสวนปัสสาวะมาเกินกว่า 2 วันปฏิทิน</p> <p>2. มีอาการหรืออาการแสดงอย่างน้อย 1 ข้อ ต่อไปนี้</p> <p><input type="checkbox"/> 2.1 มีไข้ (>38.0 °C) ในผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 65 ปี</p> <p><input type="checkbox"/> 2.2 กดเจ็บบริเวณหัวหน้าโดยไม่มีสาเหตุอื่น</p> <p><input type="checkbox"/> 2.3 ปวด หรือ กดเจ็บบริเวณ costovertebral angle โดยไม่มีสาเหตุอื่น</p> <p><input type="checkbox"/> 2.4 ปวดปัสสาวะเฉียบพลัน (urinary urgency)</p> <p><input type="checkbox"/> 2.5 ปัสสาวะบ่อย (urinary frequency)</p> <p><input type="checkbox"/> 2.6 ปัสสาวะแสบขัด (dysuria)</p> <p>3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเชื้อไม่เกิน 2 ชนิด</p> <p><input type="checkbox"/> Urine culture พบเชื้อแบคทีเรียอย่างน้อย 1 ชนิด $\geq 10^5$ CFU/ml</p> <p><input type="checkbox"/> ผล UA พบ WBC ≥ 10</p>	<p>เกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะแบบมีอาการ (Symptomatic UTI: SUTI)</p> <p>กรณีคาสายสวนปัสสาวะ (Catheter - associated UTI: CAUTI)</p> <p>ต้องมีลักษณะอาการหรืออาการแสดง ครอบคลุมตามเกณฑ์ 3 ข้อดังนี้</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ผู้ป่วยมีการคาสายสวนปัสสาวะมากกว่า 2 วันปฏิทิน (วันแรกที่ใส่สายสวนปัสสาวะนับเป็นวันที่ 1 ปฏิทิน) และ ณ วันแรกที่เกิดการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ(date of event) หรือ 1 วันก่อน date of event จะต้องยังมีการคาสายสวนปัสสาวะอยู่</p> <p>2. มีอาการหรืออาการแสดงอย่างน้อย 1 ข้อ ต่อไปนี้</p> <p><input type="checkbox"/> 2.1 มีไข้ (>38.0 °C)</p> <p><input type="checkbox"/> 2.2 กดเจ็บบริเวณหัวหน้าโดยไม่มีสาเหตุอื่น</p> <p><input type="checkbox"/> 2.3 ปวดหลังหรือกดเจ็บบริเวณ costovertebral angle โดยไม่มีสาเหตุอื่น</p> <p>3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเชื้อไม่เกิน 2 ชนิด</p> <p><input type="checkbox"/> Urine culture พบเชื้อแบคทีเรียอย่างน้อย $\geq 10^5$ CFU/ml</p> <p><input type="checkbox"/> ผล UA พบ WBC ≥ 10</p>
---	--

วันที่ใส่สายสวนปัสสาวะ เริ่ม :/...../..... ถึง/...../.....

วันที่อาการและอาการแสดง HAI เริ่ม :/...../..... ถึง/...../.....

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/รังสี ที่ผิดปกติและสนับสนุนการติดเชื้อในโรงพยาบาล

วัน/เดือน/ปี	สิ่งที่ตรวจ/ตำแหน่ง	ผลการตรวจ

Antibiotic ที่ผู้ป่วยได้รับเพื่อรักษาโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล

ชื่อยา	ขนาดที่ใช้วันที่ให้	- วันที่ยกเลิก	รวมเวลา (วัน)
.....
.....

สรุปการวินิจฉัยการติดเชื้อ

ไม่มีการติดเชื้อ ติดเชื้อ (.....) ติดเชื้อในโรงพยาบาล(HAI) เมื่อ/...../..... (.....) ติดเชื้อในชุมชน(CI)

ระดับความรุนแรง A B C D E F G H I

ลงชื่อ.....ตำแหน่ง.....วันที่.....