

แบบบันทึกการเฝ้าระวังการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน

(URI : Upper Respiratory Tract Infection; pharyngitis ,Laryngitis ,epiglottitis)

Name อายุ.....ปี เพศ.....HN.....AN.....Ward.....

Admission..... Refer from..... Dx.แรกรับ.....Final Dx.....

วันที่รับย้าย/ย้าย.....Discharge..... LOS.....วัน แพทย์ผู้รักษา

เกณฑ์การวินิจฉัยประกอบด้วย

เข้าได้กับเกณฑ์การวินิจฉัยอย่างน้อย 1 ข้อ ต่อไปนี้

1.มีอาการหรืออาการแสดงต่อไปนี้อย่างน้อย 2 อย่างคือ

- ใช้ อุณหภูมิ >38.0 °C *
- คอแดง *
- เจ็บคอ *
- ไอ *
- เสียงแหบ *หรือเสมหะคล้ายหนองในลำคอ* *โดยไม่มีสาเหตุอื่น

ร่วมกับข้อใดข้อหนึ่งอย่างน้อย 1ข้อ ต่อไปนี้

- 1.1เพาะเชื้อแยกเชื้อก่อโรคได้จากบริเวณที่มีการติดเชื้อ
- 1.2 ตรวจพบ IgM antibody ต่อเชื้อก่อโรคสูงถึงระดับที่ใช้วินิจฉัย 1 ครั้ง หรือ IgG antibody ต่อเชื้อก่อโรคเพิ่มขึ้น 4 เท่าในการตรวจครั้งที่สอง
- 1.3 แพทย์ให้การวินิจฉัย

2.ตรวจพบผื่นหนองจากการตรวจทางกายวิภาคหรือทางพยาธิวิทยา

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/รังสี ที่ผิดปกติและสนับสนุนการติดเชื้อในโรงพยาบาล

วัน/เดือน/ปี	สิ่งที่ตรวจ/ตำแหน่ง	ผลการตรวจ

Antibiotic ที่ผู้ป่วยได้รับเพื่อรักษาโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล

ชื่อยา	ขนาดที่ใช้	วันที่ให้ - วันที่ยกเลิก	รวมเวลา (วัน)
.....
.....

และอาการแสดงว่ามี HAI เริ่ม :ถึงวันที่.....

สรุปการวินิจฉัยการติดเชื้อ

- ไม่มีการติดเชื้อ
- ติดเชื้อ (.....) ติดเชื้อในโรงพยาบาล (HAI) วันที่..... (.....) ติดเชื้อในชุมชน(CI)

ระดับความรุนแรง

- A B C D E F G H I

ลงชื่อ...../ตำแหน่ง...../วันที่.....