

แบบบันทึกการเฝ้าระวังการติดเชื้อระบบทางเดินอาหาร: GI-GE/GIT

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

<p>เกณฑ์การวินิจฉัย Gastroenteritis (ไม่รวมการติดเชื้อ Clostridium difficile) มีอาการและอาการอย่างน้อย 1 ข้อ ต่อไปนี้</p> <p><input type="checkbox"/> 1.มีอุจจาระร่วง อย่างเฉียบพลัน (อุจจาระเป็นน้ำนานกว่า 12 ชั่วโมง)โดยไม่พบสาเหตุอื่น</p> <p>2.มีอาการอย่างน้อย 2 อย่าง ต่อไปนี้</p> <p><input type="checkbox"/> คลื่นไส้</p> <p><input type="checkbox"/> อาเจียน</p> <p><input type="checkbox"/> ปวดท้อง</p> <p><input type="checkbox"/> มีไข้ (อุณหภูมิ > 38.0 °C)</p> <p><input type="checkbox"/> ปวดศีรษะ</p> <p>และต้องมีการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างน้อย 1 ข้อต่อไปนี้</p> <p><input type="checkbox"/> เพาะเชื้อก่อโรคได้จากอุจจาระหรือจากการทำ Rectal swab หรือตรวจโดยวิธีอื่น</p> <p><input type="checkbox"/> พบเชื้อก่อโรคจากการตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์</p> <p><input type="checkbox"/> ตรวจพบ IgM antibody ต่อเชื้อก่อโรคสูงถึงระดับที่ใช้วินิจฉัย 1 ครั้งหรือ IgG antibody ต่อเชื้อก่อโรค เพิ่มขึ้น 4 เท่าขึ้นไปในการตรวจครั้งที่สอง</p> <p>เกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อ C. difficileหรือ pseudomembranous colitis</p> <p>ผู้ป่วยต้องมีลักษณะเข้าได้กับเกณฑ์การวินิจฉัยอย่างน้อย 1 ข้อ ต่อไปนี้</p> <p><input type="checkbox"/> ตรวจพบ Clostridium difficile toxin ในอุจจาระที่เหลว</p> <p><input type="checkbox"/> ตรวจพบ pseudomembranous colitis โดยลักษณะทางกายวิภาคหรือทางพยาธิวิทยา</p>	<p>เกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อระบบทางเดินอาหาร (หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร ลำไส้เล็กลำไส้ใหญ่ และ rectum) ยกเว้น gastroenteritis, appendicitis, และการติดเชื้อ C. difficile)</p> <p>การติดเชื้อระบบทางเดินอาหาร ต้องมีลักษณะตามเกณฑ์ต่อไปนี้ อย่างน้อย 1 ข้อ คือ</p> <p><input type="checkbox"/> มีฝี หรือมีหลักฐานทางกายวิภาคหรือการตรวจทางพยาธิวิทยาของระบบทางเดินอาหารที่แสดงถึงการติดเชื้อ</p> <p><input type="checkbox"/> มีอาการหรืออาการแสดงที่เข้าได้กับการติดเชื้อในอวัยวะนั้น ๆ อย่างน้อย 2 อย่าง คือ มีไข้ (> 38.0 °C) คลื่นไส้* อาเจียน* ปวด* หรือกดเจ็บ* กลืนเจ็บ* กลืนลำบาก* ร่วมกับ การตรวจพบต่อไปนี้ อย่างน้อย 1 ข้อ คือ</p> <p><input type="checkbox"/> ตรวจพบเชื้อก่อโรคจากสารน้ำที่ระบายออกมาหรือจากเนื้อเยื่อด้วยการเพาะเชื้อหรือวิธีอื่น</p> <p><input type="checkbox"/> ตรวจพบเชื้อจากการย้อมสีกรัม พบเชื้อราจากการย้อมด้วย KOHหรือตรวจพบ multinucleated giant cells</p> <p><input type="checkbox"/> ตรวจพบเชื้อจากเลือด ร่วมกับมีภาพฉายรังสีหรือการส่องกล้องตรวจที่ชี้ว่ามีการติดเชื้อที่ระบบทางเดินอาหาร (ถ้าไม่ชัดเจน อาจต้องใช้ข้อมูลอื่นมาประกอบ เช่น แพทย์สั่งการรักษาการติดเชื้อที่ระบบทางเดินอาหาร)</p> <p>*โดยไม่มีสาเหตุอื่น</p>
--	---

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/รังสี ที่ผิดปกติและสนับสนุนการติดเชื้อในโรงพยาบาล

วัน/เดือน/ปี	สิ่งที่ตรวจ/ตำแหน่ง	ผลการตรวจ

Antibiotic ที่ผู้ป่วยได้รับเพื่อรักษาโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล

ชื่อยา	ขนาดที่ใช้	วันที่ให้ - วันที่ยกเลิก	รวมเวลา (วัน)

อาการและอาการแสดงว่ามี HAI เริ่ม : ถึงวันที่.....

สรุปการวินิจฉัยการติดเชื้อ ไม่มีการติดเชื้อ

ติดเชื้อ (.....) ติดเชื้อในโรงพยาบาล (HAI) (.....) ติดเชื้อในชุมชน (CI)

ระดับความรุนแรง A B C D E F G H I

ลงชื่อ...../ตำแหน่ง...../วันที่.....