แบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล

ชื่อ...........................สกุล......................อายุ............ปี HN…………………

|  |
| --- |
| cc……………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………… |
| หัตถการ | [ ] ใส่สายสวน ................... [ ] มีแผล..... |
|  | [ ] ผ่าตัด..................... |
| วัน/เดือน/ปี(admit) | ............../........................./.................... |
| Hospital day | 2º BSI | RIT | Infection window period | Infection window period |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Hospital day | 2º BSI | RIT | Infection window period | Infection window period |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

คำอธิบาย

DOE ; วันแรกที่มีอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ RIT; ช่วงเวลาของการนับการติดเชื้อครั้งใหม่