



Hoitoon liittyvät infektiot ja mikrobilääkkeiden käyttö  
eurooppalaisissa pitkäaikaishoidon toimintayksiköissä  
(HALT-4)



ASUKKAAN LOMAKE

Suosittellemme että asukkaan lomakkeen täyttäisi osaston hoitohenkilökunta infektiotasiantuntijoita konsultoiden erityisesti hoitoon liittyvien infektioiden osalta (osa B)

Asukkaan tiedot

SUKUPUOLI	<input type="checkbox"/> Mies	<input type="checkbox"/> Nainen	<input type="checkbox"/> Muu				
SYNTYMÄVUOSI	<table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> (VVVV)						
ASUMISAIKA TOIMINTAYKSIKÖSSÄ	<input type="checkbox"/> alle vuosi	<input type="checkbox"/> yksi vuosi tai enemmän					
SISÄÄNOTTO SAIRAALAAN VIIMEISTEN 3 KK:N AIKANA	<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> Ei					
LEIKKAUS VIIMEISTEN 30 VRK:N AIKANA	<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> Ei					
<b>ASUKKAALLA:</b>							
VIRTSAKATETRI	<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> Ei					
VERISUONIKATETRI	<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> Ei					
VIRTSA- JA/TAI ULOSTEINKONTINENSSI	<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> Ei					
<b>HAAVOJA:</b>							
- PAINHAAVA/-HAAVOJA	<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> Ei					
- MUU HAAVA/HAAVOJA	<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> Ei					
DESORIENTAATIO (AIKA/PAIKKA)	<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> Ei					
LIKKUMINEN	<input type="checkbox"/> Kävelee	<input type="checkbox"/> Pyörätuoli	<input type="checkbox"/> Vuodepotilas				

**Asukkaan lomake täytetään vain asukkaista joilla tutkimuspäivänä mikrobilääke ja/tai hoitoon liittyvä infektio:**

- SYSTEEMINEN MIKROBILÄÄKE** → **TÄYTÄ A-OSA**  
Asukkaalla mikrobilääke**profylaksi TAI** mikrobilääkehoito
- VARMISTETTU TAI TODENNÄKÖINEN HOITOON LIITTYVÄ INFECTIO** → **TÄYTÄ B-OSA (HOITOON LIITTYVÄ INFECTIO)**  
Asukkaalla **infektion oireita JA/TAI löydöksiä** mutta ei antibioottia
- MOLEMMAT: MIKROBILÄÄKE JA HOITOON LIITTYVÄ INFECTIO** → **TÄYTÄ OSAT A & B**  
Asukkaalla **hoitoon liittyvän infektion oireita JA/TAI löydöksiä JA mikrobilääke** (käytön syy voi olla myös toinen infektio) **TAI**  
Asukkaalla ei enää infektion oireita/löydöksiä mutta **mikrobilääkehoito** tähän infektiin jatkuu vielä

A - Mikrobilääke				
	MIKROBILÄÄKE 1	MIKROBILÄÄKE 2	MIKROBILÄÄKE3	MIKROBILÄÄKE4
MIKROBILÄÄKKEEN NIMI (TIKKUKIRJAIMIN)	.....	.....	.....	.....
ANTOTAPA <i>Parenteraalinen =IV, IM, SC</i>	<input type="checkbox"/> Suun kautta <input type="checkbox"/> Parenteraalinen <input type="checkbox"/> Muu	<input type="checkbox"/> Suun kautta <input type="checkbox"/> Parenteraalinen <input type="checkbox"/> Muu	<input type="checkbox"/> Suun kautta <input type="checkbox"/> Parenteraalinen <input type="checkbox"/> Muu	<input type="checkbox"/> Suun kautta <input type="checkbox"/> Parenteraalinen <input type="checkbox"/> Muu
PÄÄTTYMISPÄIVÄ TAI HOIDON TARPEEN UDELLEEN ARVIOINTI TIEDOSSA	<input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä
MIKROBILÄÄKEHOIDON TYYPI	<input type="checkbox"/> Profylaksi <input type="checkbox"/> Sairauden hoito	<input type="checkbox"/> Profylaksi <input type="checkbox"/> Sairauden hoito	<input type="checkbox"/> Profylaksi <input type="checkbox"/> Sairauden hoito	<input type="checkbox"/> Profylaksi <input type="checkbox"/> Sairauden hoito
MIKROBILÄÄKEHOIDON SYY:	<input type="checkbox"/> Virtsatieinfektio <input type="checkbox"/> Sukuelininfektio <input type="checkbox"/> Haava- tai ihoinfektio <input type="checkbox"/> Hengitystieinfektio <input type="checkbox"/> Ruoansulatusjärjestelmän infektio <input type="checkbox"/> Silmäinfektio <input type="checkbox"/> Korvan, suun tai nenän infektio <input type="checkbox"/> Leikkausalueen infektio <input type="checkbox"/> Tuberkuloosi <input type="checkbox"/> Systeeminen infektio <input type="checkbox"/> Epäselvä kuumeilu <input type="checkbox"/> Muu (Määrittele:) .....	<input type="checkbox"/> Virtsatieinfektio <input type="checkbox"/> Sukuelininfektio <input type="checkbox"/> Haava- tai ihoinfektio <input type="checkbox"/> Hengitystieinfektio <input type="checkbox"/> Ruoansulatusjärjestelmän infektio <input type="checkbox"/> Silmäinfektio <input type="checkbox"/> Korvan, suun tai nenän infektio <input type="checkbox"/> Leikkausalueen infektio <input type="checkbox"/> Tuberkuloosi <input type="checkbox"/> Systeeminen infektio <input type="checkbox"/> Epäselvä kuumeilu <input type="checkbox"/> Muu (Määrittele:) .....	<input type="checkbox"/> Virtsatieinfektio <input type="checkbox"/> Sukuelininfektio <input type="checkbox"/> Haava- tai ihoinfektio <input type="checkbox"/> Hengitystieinfektio <input type="checkbox"/> Ruoansulatusjärjestelmän infektio <input type="checkbox"/> Silmäinfektio <input type="checkbox"/> Korvan, suun tai nenän infektio <input type="checkbox"/> Leikkausalueen infektio <input type="checkbox"/> Tuberkuloosi <input type="checkbox"/> Systeeminen infektio <input type="checkbox"/> Epäselvä kuumeilu <input type="checkbox"/> Muu (Määrittele:) .....	<input type="checkbox"/> Virtsatieinfektio <input type="checkbox"/> Sukuelininfektio <input type="checkbox"/> Haava- tai ihoinfektio <input type="checkbox"/> Hengitystieinfektio <input type="checkbox"/> Ruoansulatusjärjestelmän infektio <input type="checkbox"/> Silmäinfektio <input type="checkbox"/> Korvan, suun tai nenän infektio <input type="checkbox"/> Leikkausalueen infektio <input type="checkbox"/> Tuberkuloosi <input type="checkbox"/> Systeeminen infektio <input type="checkbox"/> Epäselvä kuumeilu <input type="checkbox"/> Muu (Määrittele:) .....
MISSÄ MÄÄRÄTTY ?	<input type="checkbox"/> Samassa toimintayksikössä <input type="checkbox"/> Sairaalassa <input type="checkbox"/> Muualla	<input type="checkbox"/> Samassa toimintayksikössä <input type="checkbox"/> Sairaalassa <input type="checkbox"/> Muualla	<input type="checkbox"/> Samassa toimintayksikössä <input type="checkbox"/> Sairaalassa <input type="checkbox"/> Muualla	<input type="checkbox"/> Samassa toimintayksikössä <input type="checkbox"/> Sairaalassa <input type="checkbox"/> Muualla

## B – Hoitoon liittyvät infektiot

		INFECTIO 1	INFECTIO 2	INFECTIO 3	INFECTIO 4
INFEKTIOKOODI		_____	_____	_____	_____
JOS 'MUU INFECTIO', TARKENNA		.....	.....	.....	.....
ALKAMISPÄIVÄ (PP/KK/VV)		___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
A. MIKROBIN NIMI (käytä koodilistan tunnusta)	1. A	_____	_____	_____	_____
	B	_____1 _____2	_____1 _____2	_____1 _____2	_____1 _____2
		_____1 _____2	_____1 _____2	_____1 _____2	_____1 _____2
	2. A	_____	_____	_____	_____
		B	_____1 _____2	_____1 _____2	_____1 _____2
	_____1 _____2		_____1 _____2	_____1 _____2	_____1 _____2
3. A	_____	_____	_____	_____	
	B	_____1 _____2	_____1 _____2	_____1 _____2	_____1 _____2
_____1 _____2		_____1 _____2	_____1 _____2	_____1 _____2	