

**SC Kardinal One Medical SRL**

**Sediu principal : Timisoara , str Razboieni 5/7 , jud. Timis Punct de lucru secundar: Ciacova, P-ta Cetatii 60-62 ,jud. Timis**

**Cod unic de inregistrare fiscala 39011692 Nr de inregistrare ONRC J35/801/2018**

**Cont IBAN Trezoreria Timisoara RO86TREZ6215069XXX026601 Cont IBAN BRD RO05BRDE360SV6611290360**

**Aviz Min Sanatatii nr XI/A/Reg.1/9230/NT/8346/18.09.2020 Autorizatie sanitara de functionare nr 20541/207/R /10.08.2020**

**Tel/fax 0256/399969 ; tel 0765211229 Email:** [**kardinalonemedical@gmail.com**](mailto:kardinalonemedical@gmail.com)

**CHESTIONAR PRIVIND CUANTIFICAREA RISCULUI INFECTIOS SI AL POSIBILITATILOR DE CONTAMINARE CU INFECTII ENDEMO-EPIDEMICE SAU DE COLONIZARE CU MICROORGANISME MULTIDROG REZISTENTE**

**Acest chestionar se aplica tuturor pacientilor prezentati la spital ,atat la camera de garda/urgenta,cat si pacientilor ce urmeaza a fi internati,anterior accesului in compartimentele cu paturi .**

**Ulterior procesarii lor ,se vor lua masuri de carantina/ internare / izolare in spital/izolare la domiciliu /transfer ,dupa caz .**

**Nume si prenume pacient.....................................................................................................................**

**Chestionar explicat si administrat de asistent .......................................................................................**

**Evaluare risc infectios/de contaminare si decizie conduita medicala efectuata de Dr..........................................................................................................................................................**

**Data...................................................**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ati fost internat in spital in ultimul an calendaristic ?** | **Nu** | **Da >** | **In ce unitate ?** |
| **Ati urmat proceduri invazive in ultimul an calendaristic –interventii chirurgicale ,colonoscopii,gastroscopii, tratamente stomatologice ,cistoscopii,cateterism vezical ,interventii ginecologice/stomatologice ?** | **Nu** | **Da >** | **Ce fel de interventie si in ce unitate medicala ?** |
| **Ati prezentat simptome clinice dupa respectivele interventii –febra,diaree,stare generala alterata ?** | **Nu** | **Da >** | **Care?** |
| **Ati prezentat febra in ultima luna ?** | **Nu** | **Da >** | **Cate grade si in ce perioada?** |
| **Ati prezentat scaune diareice in ultima luna ?** | **Nu** | **Da >** | **In ce perioada si cate scaune/zi?** |
| **Ati urmat tratament cu antibiotice in ultima luna ?** | **Nu** | **Da >** | **In ce perioada si cu ce antibiotic ?** |
| **Ati facut recent analize de laborator cu privire la depistarea virusului hepatitei B ,C ,a HIV ,lues ,clostridium dificilae/uroculturi/coproculturi /hemoculturi ?** | **Nu** | **Da >** | **Care si cu ce rezultate?** |
| **Aveti comorbiditati cunoscute importante-insuficienta cardiaca,neoplazii, diabet zaharat, valvulopatii,BPOC,HIV, etc?** | **Nu** | **Da >** | **Care ?** |
| **Aveti peste 60 ani?** | **Nu** | **Da >** | **Varsta** |
| **Ati calatorit recent in zone de risc epidemiologic ?** | **Nu** | **Da >** | **In ce tara si cu ce risc epidemiologic identificat ?** |
| **Ati intract in contact ulterior expunerii cu alte persoane?** | **Nu** | **Da >** | **Cu cate ?................**  **Nominalizati**  **...............................**  **...............................**  **...............................**  **...............................** |
| **Ati luat vreo masura postexpunere din proprie initiativa sau la recomandarea expertilor -izolare /carantinare /decontaminare/vaccinare etc ?** | **Nu** | **Da >** | **Care ?** |
| **Ati prezentat vreun simptom postexpunere?** | **Nu** | **Da >** | **Care ?** |
| **Ati urmat vreun tratament postexpunere,in special cu antibiotice/antivirale?** | **Nu** | **Da >** | **Care ?** |
| **Ati contactat Dvs sau ati fost contactat de vreo autoritate publica DSP post expunere?** | **Nu** | **Da >** | **Cand si care ?** |
| **V-ati prezentat la medic /spital postexpunere ?** | **Nu** | **Da >** | **Unde si cand ?** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Concluzii evaluare -pacientul prezinta risc infectios**

**-se impun masuri de izolare in spital DA/NU**

**-se impun masuri de izolare la domiciliu DA/NU**

**-este necesara carantinarea DA/NU**

**-este necesara informarea autoritatilor DSP Timis cu privire la caz DA/NU**

**-pacientul va fi adresat Spitalului de Boli Infectioase V. Babes Timisoara transport asistat DA/NU**

**- pacientul poate fi internat la Kardinal One Medical fara masuri speciale de izolare /cu masuri speciale de izolare**

**Dr ..........................................................................................**