

ECDC ტექნიკური დოკუმენტი

სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციების და ანტიმიკრობული პრეპარატების გამოყენების მომენტალური პრევალენტობის კვლევა ევროპის გადაუდებელი სერვისების მიმწოდებელ საავადმყოფოებში

პროტოკოლის ვერსია **6.0, ECDC PPS 2022-2023**



ციტირება: დაავადებათა პრევენციისა და კონტროლის ევროპული ცენტრი. სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციების და ანტიმიკრობული საშუალებების გამოყენების მომენტალური პრევალენტობის კვლევა ევროპის გადაუდებელი სერვისების მიმწოდებელ საავადმყოფოებში - პროტოკოლის ვერსია 6.0. სტოკჰოლმი: ECDC; 2022.

სტოკჰოლმი, თებერვალი 2022

ISBN XXXXXXX

doi XXXXX

XXXXX

© დაავადებათა პრევენციისა და კონტროლის ევროპული ცენტრი, 2022

გავრცელება ნებადართულია წყაროს მითითებით.

შინაარსი

აბრევიატურები	iv
წინაპირობა და ცვლილებები პროტოკოლში	1
მიზნები	3
კვლევაში ჩართვის/გამორიცხვის კრიტერიუმი	5
საავადმყოფოები.....	5
პალატები.....	5
პაციენტები	5
შერჩევის დიზაინი.....	6
პაციენტების შერჩევა საავადმყოფოში	6
ნაბიჯები.....	6
დიზაინის ეფექტი და შერჩევის ზომა.....	7
შერჩევის სხვა მეთოდები: შედეგების ანგარიში და მონაცემთა შეგროვების პერიოდები.....	10
მონაცემთა შეგროვება	12
როდის?.....	13
ვინ შეაგროვებს მონაცემებს?	13
მკვლევარების მომზადება	13
მონაცემების დამუშავება.....	13
შეგროვებული მონაცემების მიმოხილვა.....	14
გამარტივებული (ერთეულზე დაფუძნებული) პროტოკოლი.....	14
სტანდარტული (პაციენტზე დაფუძნებული) პროტოკოლი	14
საავადმყოფოს მონაცემები	15
საავადმყოფოს მონაცემთა განმარტება	18
საავადმყოფოს ცვლადები უნდა დაემატოს მომენტალური პრევალენტობის კვლევის საკოორდინაციო ცენტრის ECDC-ის მიერ TESSy-ში გადაგზავნამდე	32
პალატის მონაცემების განმარტება	35
პაციენტის მონაცემები (სტანდარტული პროტოკოლი).....	39
პაციენტის მონაცემთა განმარტება	39
ანტიმიკრობული საშუალებების გამოყენების მონაცემები და სმაი-ის მონაცემები	44
ანტიმიკრობული საშუალებების გამოყენების მონაცემები.....	44
ანტიმიკრობული საშუალებების გამოყენების განსაზღვრა	44
სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციების მონაცემები	46
ძირითადი ტერმინები და შენიშვნები.....	46
სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციების შემთხვევების აღმოჩენის რეკომენდებული ალგორითმი	52
მრიცხველის მონაცემები გამარტივებული პროტოკოლის ვარიანტში.....	53
ეროვნული/რეგიონული მონაცემები	55
მიზნები	55
ეროვნული/რეგიონული მონაცემთა განმარტება.....	56
მონაცემთა სტრუქტურა და ცვლადების დასახელებები.....	59
სტანდარტული პროტოკოლის ვერსიის ჩანაწერების ტიპები.....	59
გამარტივებული პროტოკოლის ვერსიის ჩანაწერების ტიპები	60
შენიშვნა მიკროორგანიზმებისა და რეზისტენტობის მონაცემებზე.....	61
მადლიერება.....	62
PPS ის პროტოკოლის შეხვედრებში მონაწილეობა	62
დანართი 1. დამატებითი მასალები	71
კოდების წიგნი	71
ფორმები	71
TESSy-ის ცვლადების განმარტებები და ვალიდაციის წესები	71
შენიშვნა სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციების შემთხვევების განმარტებაზე	71
დანართი 2. კოდების წიგნი	73
დიაგნოზის/ადგილის კოდების სია ანტიმიკრობული საშუალებების გამოყენებისთვის.....	76
ანტიმიკრობული საშუალებების გამოყენების ჩვენებები	77
ანტიმიკრობული საშუალებების ATC კოდები (2021).....	77
სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციების კოდების სია, ცხრილი	89
აქტიური სმაი-ის განმარტება	91

სმაი-ის შემთხვევების განმარტების კოდების მიმოხილვა	93
სისხლის ნაკადის ინფექციის-BSI წარმოშობის (BSI წყარო) კოდების სია.....	96
SSI: ქირურგიული ჩრევის მიდამოს ინფექციები-ქიჩმი.....	98
PN: პნევმონია.....	100
კოვიდ 19 : SARS-CoV-2 ინფექცია.....	102
საშარდე გზების ინფექცია.....	104
BSI: სისხლის ნაკადის ინფექციები.....	106
CRI: კათეტერთან დაკავშირებული ინფექციები.....	107
BJ: ძვლებისა და სახსრების ინფექცია	110
CNS: ცენტრალური ნერვული სისტემის ინფექცია.....	111
CVS: კარდიო-ვასკულარული სისტემის ინფექცია.....	114
EENT: თვალის, ყურის, ცხვირის, ყელის ან პირის ინფექცია	116
LRI: ქვედა სასუნთქი გზების ინფექცია, გარდა პნევმონიისა	120
GI: კუჭ-ნაწლავის სისტემის ინფექცია	121
REPR: რეპროდუქციული ტრაქტის ინფექცია	125
SST: კანისა და რბილი ქსოვილის ინფექცია	127
SYS: სისტემური ინფექციები	132
NEO: ახალშობილთა სპეციფიური შემთხვევის განმარტება	133
ალგორითმი კათეტერთან-ასოცირებული ინფექციების დიაგნოსტიკისთვის.....	135
მიკროორგანიზმების კოდების სია.....	136
მიკროორგანიზმების კოდების სია (მომენტალური პრევალენტობის კვლევის სელექცია), კატეგორიების მიხედვით	136
ანტიმიკრობული რეზისტენტობის მარკერები და კოდები	142
ქირურგიული ჩარევის კატეგორიები	144
NHSN ქირურგიის კოდები.....	144
არა-NHSN ოპერაციის მაგალითები	149
წყაროები:.....	150

ფიგურები

ფიგურა 1. კვლევაში ჩართული და გამორიცხული პაციენტების მაგალითები მომენტალური პრევალენტობის კვლევისას	6
ფიგურა 2. დიზაინის ეფექტის (DEFF) ზრდა კლასტერის ზომასთან მიმართებით (კრიტიკული მოვლის საავადმყოფოს ზომის საშუალო) PPS-ის 2011–2012 წლების მონაცემთა ბაზაში	8
ფიგურა 3. საავადმყოფოს მონაცემები 1/4 (ფორმა H1).....	16
ფიგურა 4. საავადმყოფოს მონაცემები 2/4 (ფორმა H2).....	16
ფიგურა 5. საავადმყოფოს მონაცემები 3/4 (ფორმა H3).....	17
ფიგურა 6. საავადმყოფოს მონაცემები 4/4 (ფორმა H4, სურვილისამებრ): საავადმყოფოს დონეზე შეგროვებული პალატის მაჩვენებლების მონაცემები	18
ფიგურა 7. პალატის მონაცემები (ფორმა W).....	35
ფიგურა 8. პაციენტზე დაფუძნებული რისკ-ფაქტორები (ფორმა A): ერთი ფორმა თითო პაციენტზე, ანტიმიკრობული საშუალებების გამოყენება და სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციების მონაცემები შეგროვებული ერთ ფორმაზე	39
ფიგურა 9. სმა ინფექციების შემთხვევის აღმოჩენის რეკომენდირებული ალგორითმი.....	52
ფიგურა 10. ფორმა N8. გამარტივებული ვარიანტი: ანტიმიკრობული (AM) გამოყენება და HAI მონაცემები.....	54
ფიგურა 11. ეროვნული/რეგიონული მონაცემები (ფორმა N).....	55

ცხრილები

ცხრილი 1. საავადმყოფოებისა და პაციენტების რაოდენობა, რომლებიც საჭიროა სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციების 6%-იანი (5-7%) პრევალენტობის შესაფასებლად, ამასთან დიზაინის ეფექტი დამოკიდებულია ქვეყნის მასშტაბით საავადმყოფოების ზომის საშუალოზე.....	9
ცხრილი 2. ეროვნული მომენტალური პრევალენტობის კვლევის რეპრეზენტატიულობის კრიტერიუმები.....	11
ცხრილი 3. PPS-ის პირველი და მეორე პროტოკოლის ECDC-ის PPS შეხვედრებში მონაწილეების სია, ქვეყნის და დაწესებულებების მიხედვით, 2009–2015	63

აბრევიატურები

A&E	კატასტროფები და გადაუდებელი შემთხვევები
AM	ანტიმიკრობული საშუალება
AMR	ანტიმიკრობული რეზისტენტობა
ATC	ანატომიურ-თერაპიული ქიმიური ნივთიერებების კლასიფიკაციის სისტემა (WHO)
AU	ანტიმიკრობული საშუალების გამოყენება
BSI	სისხლის ნაკადის ინფექცია
CDC	დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრები (ატლანტა, აშშ)
CDI	<i>Clostridioides difficile</i> ინფექცია
CFU	კოლონიების წარმომქმნელი ერთეულები
CVC	ცენტრალური სისხლძარღვთა კათეტერი
EARS-Net	ევროპის ანტიმიკრობული რეზისტენტობის ზედამხედველობის ქსელი (ECDC-ში)
ECDC	დაავადებათა პრევენციისა და კონტროლის ევროპული ცენტრი
EEA	ევროპის ეკონომიკური ზონა
ESAC	ევროპის სამეცნიერო-კონსულტაციის კომიტეტი EURL ECVAM
ESBL	გაფართოებული სპექტრის ბეტა-ლaktამაზა
ESCMID	ევროპის კლინიკური მიკრობიოლოგიისა და ინფექციური დაავადებების საზოგადოება
ESICM	ევროპის ინტენსიური თერაპიის საზოგადოება
EUCAST	ანტიმიკრობული პრეპარატებისადმი მგრძობელობის ტესტირების ევროპული კომიტეტი
FTE	სრული განაკვეთის ექვივალენტი
HAI	სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექცია
HAI-Net	სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციის მეთვალყურეობის ქსელი (ECDC-ში)
HALT	სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციები გრძელვადიანი მოვლის დაწესებულებებში (ECDC-ის მიერ დაფინანსებული პროექტი)
HCW	სამედიცინო პერსონალი
ICU	ინტენსიური თერაპიის განყოფილება
IPC	ინფექციის პრევენცია და კონტროლი
IPCAF	ინფექციის პრევენციისა და კონტროლის შეფასების ჩარჩო (WHO)
IPSE	პროექტი „პაციენტთა უსაფრთხოების გაუმჯობესება ევროპაში“.
LTCF	გრძელვადიანი მოვლის დაწესებულება

- LRT ქვედა სასუნთქი გზები
- NHSN ჯანდაცვის უსაფრთხოების ეროვნული ქსელი (CDC-ში)
- PPS მომენტალური პრევალენტობის კვლევა (ასევე გამოიყენება როგორც მიმდინარე კვლევის აბრევიატურა)
- PVC პერიფერიული სისხლძარღვთა კატეტერი
- SPI სტრუქტურისა და პროცესის მაჩვენებელი
- SSI ქირურგიული ადგილის ინფექცია
- TESSy ევროპული ზედამხედველობის სისტემა (ECDC-ის ვებგვერდზე დაფუძნებული მონაცემთა ანგარიშგების სისტემა გადამდები დაავადებების ზედამხედველობისთვის)
- WHO ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია

წინაპირობა და ცვლილებები პროტოკოლში

2010 წელს, ECDC და ევროკავშირის/EEA-ის ქვეყნები შეთანხმდნენ, რომ ყოველ ხუთ წელიწადში ერთხელ მოეწყოთ სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციების და ანტიმიკრობული საშუალებების გამოყენების მომენტალური პრევალენტობის კვლევა (PPS). პირველი ECDC მომენტალური პრევალენტობის კვლევა ჩატარდა 2011-2012 წლებში 2009-2011 წლებში ჩატარებული შვიდი ექსპერტის შეხვედრის დროს შემუშავებული პროტოკოლის საფუძველზე, რომელშიც ჩართული იყო 100-ზე მეტი ექსპერტი და წარმომადგენელი ევროკავშირის ყველა წევრი ქვეყნიდან, EEA-ს ორი ქვეყნიდან, გაფართოებული ევროკავშირის ოთხი ქვეყნიდან, საერთაშორისო პარტნიორებიდან (ევროპული ინტენსიური თერაპიის საზოგადოება, ჯანმო-ს ევროპის რეგიონული ოფისი, შეერთებული შტატების დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრი), ESAC პროექტი და ECDC (პროტოკოლის 4.3 ვერსია, იხ. [1]).

პროტოკოლში მოცემულია პაციენტთა უსაფრთხოების სტანდარტული მეთოდოლოგია, მათ შორის სმაი-ის პროფილაქტიკის და კონტროლის შესახებ [2] EU/EEA-ის ქვეყნებისთვის და საავადმყოფოებისთვის 2009 წლის 9 ივნისის საბჭოს 2009/C 151/01 რეკომენდაციის II.8.c მუხლის შესაბამისად. იგი ასევე აერთიანებს ESAC საავადმყოფოს მომენტალური პრევალენტობის კვლევის პროტოკოლის ძირითად ცვლადებს, რითაც ასევე მხარს უჭერს საბჭოს 2001 წლის 15 ნოემბრის 2002/77/EC რეკომენდაციას ადამიანის სამკურნალოდ ანტიმიკრობული საშუალებების გონივრული გამოყენების შესახებ. პირველი ECDC-ს მომენტალური პრევალენტობის კვლევის შედეგები გამოქვეყნდა 2013 წლის ივლისში [3].

მეორე ECDC-ს მომენტალური პრევალენტობის კვლევის პროტოკოლი 2016-2017 წლებში [4] მოიცავდა არსებით ცვლილებებს, როგორებიცაა ახალი სტრუქტურისა და პროცესის მაჩვენებლების გათვალისწინება სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციებისა და ანტიმიკრობული რეზისტენტობის (AMR) პრევენციისთვის, რაც ეფუძნებოდა ECDC-ის მოთხოვნით განხორციელებულ სისტემატურ მიმოხილვას [5]. ასევე მოიცავდა ანტიმიკრობული მეთვალყურეობის ინდიკატორებს ტრანსატლანტიკური სამუშაო ჯგუფის მიერ ანტიმიკრობულ რეზისტენტობაზე შესრულებულ სამუშაოზე (TATFAR,[6]) დაყრდნობით, ანტიმიკრობული საშუალებების გამოყენების დამატებით ცვლილებებს, რომლებიც ეფუძნებოდა ანტიმიკრობული საშუალებების ცვლილებას მკურნალობის დროს და მათ დღიურ დოზირებას. ECDC-ის მომენტალური პრევალენტობის კვლევის შედეგები გამოქვეყნდა Eurosurveillance-ში 2018 წლის ნოემბერში [7,8].

პროტოკოლის ამჟამინდელი ვერსია მოიცავს ცვლილებებს მესამე ECDC-ს მომენტალური პრევალენტობის კვლევისთვის, რომელიც ორგანიზებული იქნება 2022 და 2023 წლებში. ცვლილებები შეთანხმდა ხმის მიცემით HAI-Net ქსელის ვირტუალური შეხვედრის დროს (სმაი-ის ეროვნული კოორდინატორები და ECDC-ს მომენტალური პრევალენტობის

კვლევის ოპერატიული საკონტაქტო პირები), რომელიც გაიმართა სამ სესიად 2021 წლის 3, 8 და 16 ივნისს.

ძირითადი ცვლილებებია სამედიცინო მომსახურეობასთან ასოცირებული COVID-19-ის და მასთან დაკავშირებული მაჩვენებლების ჩართვა, ანტიმიკრობული საშუალებების გამოყენების შესახებ მონაცემების გამარტივება, ავტომატური ეპიდზედამხედველობიდან სამედიცინო მომსახურეობასთან ასოცირებული ინფექციების ინდიკატორების ჩართვა და მულტიმოდალური სტრატეგიების შესახებ საკითხის შესაბამისობა ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის (WHO) ინსტრუმენტთან „ინფექციის პრევენციასა და კონტროლის შეფასების სისტემა“ (IPCAF) იპკ პროგრამების ძირითადი კომპონენტების შესახებ ჯანმოს გაიდლაინების განხორციელების მხარდასაჭერად გადაუდებელი დახმარების დაწესებულების დონეზე IPCAF კითხვარში [9,10]. ცვლილებების სრული სია მოცემულია ქვემოთ:

- საავადმყოფოსა და განყოფილების დონეზე:
 - ამოღებულია: საავადმყოფოს დამაჯგუფებელი ცვლადები, საექთნო პერსონალის დაკომპლექტების დონეები, "მატრიცული" ცვლადები მულტიმოდალური სტრატეგიების განხორციელების გასაზომად, პაციენტის ერთსაწოლიანი პალატები ინდივიდუალური ტუალეტით და შხაპით.
 - დამატებულია მულტიმოდალური სტრატეგიების კითხვები WHO IPCAF-ის კითხვარიდან (ძირითადი 5 კომპონენტი), სურვილისამებრ შესთავაზეთ IPCAF-ის სრული კითხვარი მონაწილე საავადმყოფოს.
 - დამატებულია ორი კითხვა სამედიცინო მომსახურეობასთან ასოცირებული ინფექციების (ნახევრად) ავტომატიზებული ზედამხედველობის შესახებ.
 - დამატებულია COVID-19-ის ინდიკატორები: COVID-19-ის ტვირთი გასულ წელს (ჰოსპიტალიზებული შემთხვევების რაოდენობა და აფეთქებების რაოდენობა საავადმყოფოში), COVID-19-ის მიმდინარე დატვირთვა (სავადმყოფო და რეანიმაცია), სამედიცინო მუშაკების COVID-19-ის და გრიპის საწინააღმდეგო ვაქცინაციით მოცვა.
- პაციენტის მონაცემები (მხოლოდ სტანდარტული პროტოკოლისას):
 - ამოღებულია პერიფერიული სისხლძარღვოვანი კათეტერის არსებობა
 - დამატებულია პაციენტის COVID-19-ის ვაქცინაციის სტატუსი
- მონაცემები ანტიმიკრობული საშუალებების გამოყენების შესახებ:
 - ამოღებულია ანტიმიკრობული პრეპარატის დაწყების თარიღი, პირველი ანტიმიკრობული პრეპარატის დაწყების თარიღი და დღიური დოზა (რაოდენობა, აქტივითიერების რაოდენობა და დოზების ერთეული დღეში).
 - სამედიცინო მომსახურეობასთან ასოცირებული ინფექციების მონაცემები:

- დამატებულია სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციების კოდები COVID-19-ისთვის (COV-ASY, COV-MM, COV-SEV) და მიკროორგანიზმის კოდი VIRCOV SARS-CoV-2-ისთვის.
 - დამატებულია ხანგრძლივი მოვლის კლინიკებში სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციების წარმოშობა .
 - დამატებულია ვაზოპრესორული თერაპია სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციების შედეგების სამკურნალოდ, როგორც სექტიური შოკის მარკერი.
 - შეცვლილია ანტიმიკრობული მგრძობელობის კოდირება S და I EUCAST-ის ახალი ტერმინოლოგიით.
- ეროვნული მონაცემები:

დამატებულია ჯანდაცვის პერსონალის COVID-19-ის საწინააღმდეგო სრული ვაქცინაციის სტატუსი ეროვნული დეფინიციის შესაბამისად PPS კვლევის განხორციელების მომენტში

- კოდების წიგნი:
 - სპეციალიზაციის სია: MEDCOV და ICUCOV სპეციალობების დამატება განყოფილების აღმნიშვნელ მონაცემებში (გამარტივებული პროტოკოლის ვარიანტი)
 - ანტიმიკრობული ATC კოდები: განახლდა 2021 წლიდან დამატებული ახალი კოდებით
 - სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციების შემთხვევის განმარტებები:
 - COVID-19 (COV): დამატებულია დადასტურებული COVID-19-ის შემთხვევის განმარტება სიმპომის მიხედვით (COV-ASY, COV-MM, COV-SEV)
 - აქტიური სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციები: სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული COVID-19-ის ახალი კრიტერიუმები
 - GI-CDI: დაერქვა *Clostridioides difficile*-ს ინფექცია

მიზნები

გადაუდებელი სერვისების მიმწოდებელ საავადმყოფოებში სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციებისა და ანტიმიკრობული საშუალებების გამოყენების ECDC მომენტალური პრევალენტობის კვლევის მიზანი არის შემდეგი:

- სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციებისა და ანტიმიკრობული საშუალებების გამოყენების ტვირთის (პრევალენტობის) შეფასება EU-ს გადაუდებელი სერვისების მიმწოდებელ საავადმყოფოებში
- პაციენტების, ინვაზიური პროცედურების, ინფექციების (ადგილები, მიკროორგანიზმები, რეზისტენტობის მარკერების ჩათვლით) და დანიშნული ანტიმიკრობული საშუალებების (შემადგენლობის, ჩვენებების) აღწერა:
 - პაციენტების ტიპების, სპეციალიზაციის ან ჯანდაცვის დაწესებულებების მიხედვით და
 - EU-ს ქვეყნების მიხედვით, მორგებული ან სტრატეგიული
- ჰოსპიტალისა და პალატის დონეზე ევროკავშირის საავადმყოფოებში სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციებისა და ანტიმიკრობული რეზისტენტობის პრევენციისთვის ძირითადი სტრუქტურების და პროცესების აღწერა
- შედეგების გავრცელება მათთვის, ვინც საჭიროა რომ იყოს საქმის კურსში ადგილობრივ, რეგიონულ, ეროვნულ და ევროკავშირის დონეზე:
 - ცნობიერების ასამაღლებლად
 - საზედამხედველო სტრუქტურების და უნარების გასამდიერებლად
 - ევროკავშირის საერთო პრობლემების იდენტიფიცირებისთვის და შესაბამისად პრიორიტეტების დასადგენად
 - ადგილობრივ¹ / ეროვნულ / რეგიონულ დონეზე სტრატეგიებისა და სამომავლო პოლიტიკის ეფექტის შესაფასებლად (განმეორებითი PPS კვლევა)
- ხარისხის გაუმჯობესების მიზნით საავადმყოფოებისთვის სტანდარტიზებული ინსტრუმენტის მიცემა.

¹ შედეგები ლოკალურ (სავადმყოფო) დონეზე უნდა იყოს ინტერპრეტირებული გულდასმით და მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული სანდოობის ინტერვალები, რომელზეც გავლენას ახდენს საავადმყოფოს ზომა (პაციენტთა რაოდენობა) და მოვლენის სიხშირე (შედარებით უფრო ფართო ინტერვალები იშვიათი მოვლენებისთვის). მაშინაც კი, თუ ჰოსპიტალში მყოფი ყველა პაციენტი ჩართულია გამოკითხვაში, უნდა გავითვალისწინოთ, რომ გამოკითხვის დღე არის მხოლოდ ამ პერიოდის ყველა შესაძლო დღის ამონარჩევი. ინტერვენციების ეფექტების შეფასება ორ განმეორებით გამოკითხვას შორის უფრო მნიშვნელოვანი იქნება იმ ინტერვენციებისთვის, სადაც მნიშვნელოვანი გაუმჯობესებაა მოსალოდნელი (მაგ. ანტიმიკრობული პრეპარატების გამოყენების აკრძალვა, კონკრეტული სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციების წინააღმდეგ ბრძოლა). თუ მომენტალური პრევალენტობის კვლევები განმეორდება რამდენიმე წლის განმავლობაში, საბოლოოდ შესაძლებელი გახდება სუსტი ტენდენციების ინტერპრეტაციაც კი.

კვლევაში ჩართვის/გამორიცხვის კრიტერიუმი

საავადმყოფოები

ყველა გადაუდებელი სერვისების მიმწოდებელ საავადმყოფოს აქვს კვლევაში ჩართვის უფლება. გადაუდებელი სერვისების მიმწოდებელი საავადმყოფო განისაზღვრება ეროვნული დეფინიციების შესაბამისად. საავადმყოფოების მინიმალური ზომა არ არის დადგენილი.

ჰოსპიტალური გაერთიანებებისთვის მონაცემები, იდეალურ შემთხვევაში, უნდა შეგროვდეს თითოეულ საავადმყოფოში.

პალატები

ჩართეთ ყველა პალატა გადაუდებელი სერვისების მიმწოდებელ დაწესებულებებში, მათ შორის, მაგალითად, ქრონიკული და გრძელვადიანი მოვლის პალატები, მწვავე ფსიქიატრიული პალატები და ახალშობილთა რეანიმაციები.

გამონაკლისია მიმღები განყოფილება და ემერჯენსი (გარდა ემერჯენსის განყოფილებებთან არსებული პალატებისა, სადაც პაციენტები დაკვირვების ქვეშ იმყოფებიან 24 საათზე მეტი ხნის განმავლობაში).

პალატის სპეციალიზაცია ყოველთვის აღირიცხება ისე, რომ შესაძლებელი იყოს შედეგების სტრატეფიცირება და სტანდარტიზება.

პაციენტები

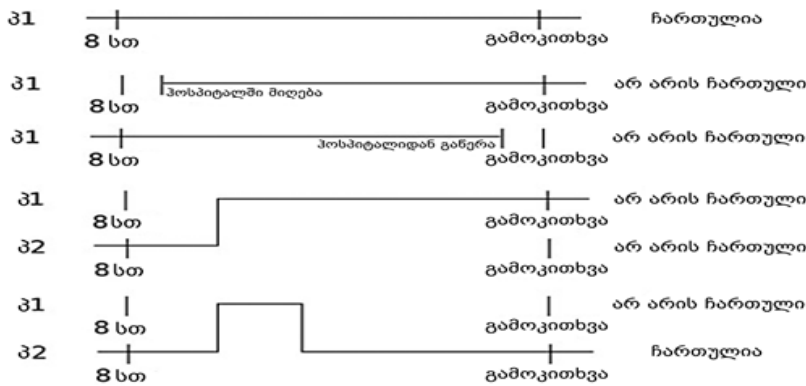
კვლევაში ჩართეთ ყველა პაციენტი, რომლებიც მიიღეს განყოფილებაში დილის 8 საათამდე ან ზუსტად 8 საათზე და კვლევის დროს არ იყვნენ გაწერილები; ეს ნიშნავს იმას, რომ პაციენტები, რომლებიც დილის 8 საათის შემდეგ მიიღეს სხვა პალატიდან/კლინიკიდან ან გადაიყვანეს სხვა პალატაში, არ უნდა იყვნენ ჩართულნი (იხ. სურათი 1). კვლევაში ჩართეთ სამშობიარო და პედიატრიულ განყოფილებაში მყოფი ახალშობილები, თუ დაიბადნენ დილის 8 საათზე ან 8 საათამდე (იხილეთ ასევე თავი „ახალშობილები“).

გამორიცხეთ დღის შემთხვევები:

- პაციენტები, რომლებიც გადიან მკურნალობას ან ოპერაციას იმავე დღეს;
- ამბულატორიულად გასინჯული პაციენტები;
- ემერჯენსში მყოფი პაციენტები;
- დიალიზზე მყოფი პაციენტები (ამბულატორიული).

შენიშვნა: გადაწყვეტილება პაციენტების კვლევაში ჩართვის/გამორიცხვის შესახებ ეფუძნება დღის 8 საათზე გამოკითხვისას არსებულ ინფორმაციას.

ფიგურა 1. კვლევაში ჩართული და გამორიცხული პაციენტების მაგალითები მომენტალური პრევალენტობის კვლევისას



პირობითი ნიშნები: 31- პალატა I; 32 - პალატა II

შენიშვნა: კვლევაში ჩართეთ პაციენტები, რომლებიც დროებით გამოდიან პალატიდან დიაგნოსტიკური გამოკვლევების, პროცედურების ჩასატარებლად; თუ პაციენტი არ დაბრუნდება პალატაში მომენტალური პრევალენტობის კვლევის დღის დასრულებამდე და პაციენტის შესახებ ინფორმაცია არ არის ხელმისაწვდომი დილის 8 საათზე, გთხოვთ, ხელახლა ეწვიოთ განყოფილებას. ჩართეთ ის პაციენტები, რომლებიც დარეგისტრირებულნი არიან პაციენტის ადმინისტრირების სისტემაში, მაგრამ არიან სახლში რამდენიმე საათის განმავლობაში.

შერჩევის დიზაინი

კვლევაში ჩართული იქნება ყველა ის პაციენტი, რომელიც აკმაყოფილებს მოთხოვნებს. ეს გაზრდის საავადმყოფოს შედეგების სარწმუნოებას დიდი ზომის ამონარჩევის ხარჯზე (იხ. მიზნები).

პაციენტების შერჩევა საავადმყოფოში

საავადმყოფოების რეპრეზენტატიული შერჩევა

(მხოლოდ მომენტალური პრევალენტობის კვლევის საკოორდინაციო ცენტრებისთვის)

1-ლი მიზნის შესაბამისად, მომენტალური პრევალენტობის კვლევის შედეგები იდეალურ შემთხვევაში უნდა ეყრდნობოდეს ევროკავშირის იმ საავადმყოფოების მონაცემებს, რომლებიც არიან რეპრეზენტატიულები. თუმცა, ეროვნული მიზნების მისაღწევად, შედეგები ასევე უნდა იყოს რეპრეზენტატიული თითოეული ქვეყნის ყველა ჰოსპიტალისთვის, იმისათვის, რომ იყოს მნიშვნელოვანი.

რეპრეზენტატიული ამონარჩევი შეირჩევა სისტემატური შერჩევის მეთოდის გამოყენებით.

ნაბიჯები

1. მოიპოვეთ ქვეყნის გადაუდებელი სერვისების მიმწოდებელი ყველა საავადმყოფოს სია (მაგალითად, Microsoft Excel ფორმატში), რეანიმაციული საწოლების რაოდენობის მითითებით (თუ რეანიმაციული საწოლების რაოდენობა უცნობია, გამოიყენეთ საწოლების საერთო რაოდენობა).
2. დაალაგეთ სია საწოლების რაოდენობის ზრდის მიხედვით.
3. მიიღეთ საავადმყოფოების რაოდენობა ამონარჩევისთვის ECDC-დან ან ქვემოთ მოცემული ცხრილებიდან და ფიგურებიდან.
4. საავადმყოფოების მთლიანი რაოდენობა გავყოთ ამონარჩევის რაოდენობაზე = შერჩევის ინტერვალი k .
5. აირჩიეთ შემთხვევითი რიცხვი 1-სა და $k = i$ შორის.
6. აირჩიეთ i^{th} საავადმყოფო, $i^{\text{th}} + k$ საავადმყოფო, $i^{\text{th}} + 2k$ საავადმყოფო და ა. შ.
7. წინასწარ გაითვალისწინეთ ჩანაცვლების შესაძლებლობა პირველად შერჩეულ საავადმყოფოზე უარის მიღების შემთხვევაში: აირჩიეთ სიაში შემდეგი საავადმყოფო ($i^{\text{th}} + 1$ საავადმყოფო, $i^{\text{th}} + k + 1$ საავადმყოფო და ა. შ.); თუ არჩეულ საავადმყოფოებში მოსალოდნელია ერთზე მეტი უარი, შეადგინეთ სარეზერვო საავადმყოფოების მეორე სია.
8. მოიწვიეთ მონაწილეობის მისაღებად მე-6 ნაბიჯზე შერჩეული საავადმყოფოები; შეცვალეთ ისინი მონაწილეობაზე უარის თქმის შემთხვევაში.

სისტემური შერჩევის პროცედურა: შერჩევის პროცესამდე საწოლების რაოდენობის მიხედვით საავადმყოფოების დახარისხება უზრუნველყოფს, რომ სხვადასხვა ზომის საავადმყოფოები ზუსტად ისე იყოს წარმოდგენილი ამონარჩევში, როგორც საავადმყოფოები ეროვნულ/რეგიონულ პოპულაციაში. რეკომენდებულია დამატებითი დახარისხება საავადმყოფოს ტიპის მიხედვით (მაგალითად, პირველი/მეორეული /მესამეული დონის, ან ნებისმიერი სხვა ხელმისაწვდომი ეროვნული კატეგორიები, რომლებიც დაკავშირებულია შემთხვევის სიმძიმესთან), რადგან ის უზრუნველყოფს სხვადასხვა ტიპის საავადმყოფოების რეპრეზენტატულობას. თუ საავადმყოფოს ტიპი (პროფილი) ხელმისაწვდომია, სისტემატური შერჩევის პროცედურის დაწყებამდე დაალაგეთ ჰოსპიტლების სია საავადმყოფოს ტიპის, ხოლო შემდეგ ზომის მიხედვით.

დიზაინის ეფექტი და შერჩევის ზომა

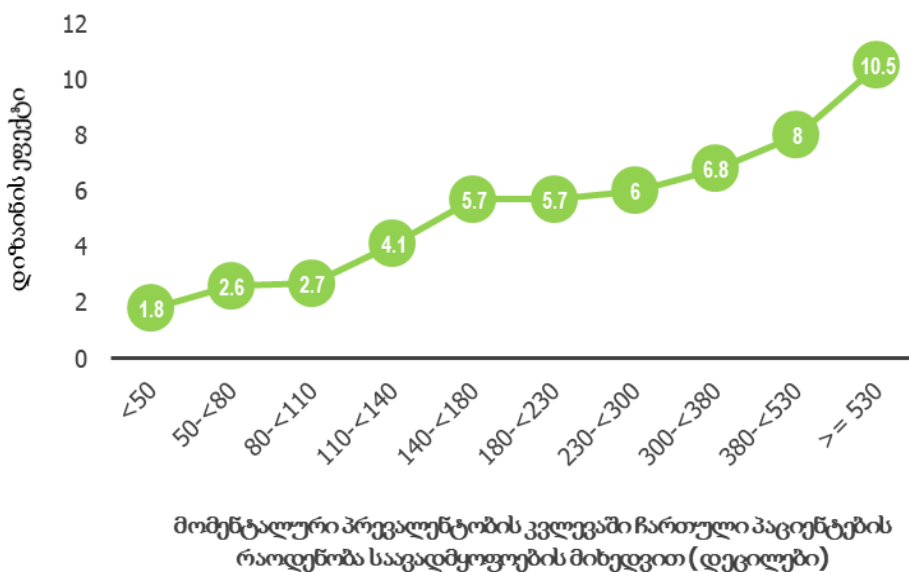
შერჩევის ზომა გამოითვლება ეროვნულ დონეზე მოსალოდნელი პრევალენტობის შესაფასებლად 6% +/- 1% სიზუსტით. შედეგების შემოთავაზებული სიზუსტე ყველა ქვეყნისთვის მსგავსია. კვლევაში ჩართული საავადმყოფოების რაოდენობა დამოკიდებულია მოსალოდნელ დიზაინის ეფექტზე და თითოეულ ქვეყანაში საავადმყოფოს საშუალო ზომაზე. ქვეყანაში საავადმყოფოებისა და პაციენტების საერთო რაოდენობა მხოლოდ მცირე გავლენას ახდენს რეკომენდებული ნიმუშის ზომაზე.

შერჩეული საავადმყოფოები შეიძლება ჩაითვალოს საერთო გადაუდებელი სერვისის მიმწოდებელი საავადმყოფოების პაციენტების პოპულაციის კლასტერებად. ამიტომ კლასტერული გამოკითხვის კორექტირება (დიზაინის ეფექტი) უნდა იქნას გამოყენებული შერჩევის ზომის გაანგარიშებისას.

დიზაინის ეფექტი (DEFF) სტატისტიკურად არის მოცემული ამონარჩევის ფაქტობრივი დისპერსიის თანაფარდობა დისპერსიის იმ მონაცემთან, თუ პაციენტები შემთხვევითი შერჩევის მეთოდით შეირჩეოდნენ (ანუ ყველა საავადმყოფოდან ან ბევრად უფრო დიდი რაოდენობით). რაც უფრო მაღალია დიზაინის ეფექტი, მით მეტი პაციენტი უნდა იყოს შეყვანილი ამონარჩევში, იმისათვის, რომ პრევალენტობა სიზუსტით შეფასდეს. დიზაინის ეფექტი იზრდება კლასტერების ზომასთან (ჰოსპიტლების ზომების საშუალო) და შესასწავლი შედეგების სიდიდესთან (სიხშირესთან) ერთად (მეტად მაღალია ანტიმიკრობული პრეპარატების გამოყენებისას, ვიდრე სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციების შემთხვევაში).

სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციების პრევალენტობის დიზაინის ეფექტი გამოთვლილი იყო 2011–2012 ECDC-ს მომენტალური პრევალენტობის კვლევის მონაცემების საფუძველზე Stata 12 პროგრამული პაკეტით (გამოკითხვის პრეფიქსის ბრძანების „svy“ გამოყენებით). ეს მოსალოდნელზე მაღალი იყო ადრე ჩატარებულ ეროვნული მომენტალური პრევალენტობის კვლევებთან და ECDC-ს მომენტალური პრევალენტობის კვლევის პილოტთან შედარებით: საერთო $DEFF_{PPS}=8.0$ შედარებით $DEFF=5.4$, როგორც ეს ადრე იყო შეფასებული. 2011–2012 ECDC მომენტალური პრევალენტობის კვლევის ბაზიდან ქვენიშუების შემდგომმა მოდელირებამ შესაძლებელი გახადა დიზაინის ეფექტის შეფასება სხვადასხვა ზომის საავადმყოფოების კატეგორიებისთვის (სურათი 2).

ფიგურა 2. დიზაინის ეფექტის (DEFF) ზრდა კლასტერის ზომასთან მიმართებით (კრიტიკული მოვლის საავადმყოფოს ზომის საშუალო) PPS-ის 2011–2012 წლების მონაცემთა ბაზაში



ცხრილი 1-ში მოყვანილია პაციენტების და საავადმყოფოების ამონარჩევის ზომები ქვეყნების მიხედვით, 2011-2012წლებში ჩატარებული PPS კვლევის ეროვნული მონაცემებიდან და დიზაინის ეფექტი სმაი-ის გავრცელების შესასწავლად, რომელიც ტოლია 6% +/- 1% სხვადასხვა ზომის საავადმყოფოებისთვის. თუ ცვლადის მონაცემები განსხვავდება ცხრილში მოცემულისგან, რეკომენდებულია ამონარჩევისთვის პაციენტების და საავადმყოფოების ხელახალი გადათვლა. მაგალითად, თუ ეროვნული სტატისტიკა იძლევა ინფორმაციას საავადმყოფოების გაერთიანებაზე და არა ცალკეულ საავადმყოფოზე, ხოლო PPS ამონარჩევი კეთდება არა გაერთიანებაზე, არამედ დაწესებულებებზე, PPS კვლევის კოორდინატორებმა უნდა დააკორექტირონ დიზაინის ეფექტი და საავადმყოფოების რაოდენობა მონაცემების შეკრებისთვის (სურათი 2). ამან შეიძლება გამოიწვიოს პაციენტთა რაოდენობის შემცირება, მაგრამ საავადმყოფოების რაოდენობის გაზრდა.

ცხრილი 1. საავადმყოფოებისა და პაციენტების რაოდენობა, რომლებიც საჭიროა სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციების 6%-იანი (5-7%) პრევალენტობის შესაფასებლად, ამასთან დიზაინის ეფექტი დამოკიდებულია ქვეყნის მასშტაბით საავადმყოფოების ზომის საშუალოზე

ქვეყანა	გადაუდებელი დახმარების საავადმყოფოების რაოდენობა (ა)	სავადმყოფოს საწოლების რაოდენობა (ა)	სავადმყოფოს საშუალო ზომა	სავარაუდო დიზაინის ეფექტი	რეკომენდებული ნიმუშის ზომა, პაციენტები	ნიმუშისთვის შერჩეული საავადმყოფოების რაოდენობა
ავსტრია	189	53 371	282	6.0	12 493	44
ბელგია	194	51 798	267	6.0	12 478	47
ბულგარეთი	241	44 164	183	5.7	11 773	64
ხორვატია	60	15 640	261	6.0	11 419	44
კვიპროსი	8	2 769*	346	6.8	2769	8
ჩეხეთი	158	57 756	366	6.8	14 201	39
დანია	52	13 779	265	6.0	11 234	42
ესტონეთი	40	4 685	117	4.1	4 685	40
ფინეთი	59	9 601*	163	5.7	9 601	59
საფრანგეთი	1558	314 598	202	5.7	12 265	61
გერმანია	1736	461 022	266	6.0	12 939	49
საბერძნეთი	137	35 120	256	6.0	12 245	48
უნგრეთი	108	69 466	643	10.5	22 062	34
ისლანდია	8	1 046	131	4.1	1 046	8
ირლანდია	60	12 398	207	5.7	10 514	51

ქვეყანა	გადაუდებელი დახმარების საავადმყოფოების რაოდენობა (ა)	საავადმყოფოს საწოლების რაოდენობა (ა)	საავადმყოფოს საშუალო ზომა	სავარაუდო დიზაინის ეფექტი	რეკომენდებული ნიმუშის ზომა, პაციენტები	ნიმუშისათვის შერჩეული საავადმყოფოების რაოდენობა
იტალია	1023	226 095	221	5.7	12 233	55
ლატვია	17	6 975	410	8.0	6 975	17
ლიტვა	92	20 867	227	5.7	11 189	49
ლუქსემბურგი	9	2 377	264	6.0	2 377	9
მალტა	3	1 339	446	8.0	1 399	3
ნიდერლანდები	96	50 095*	522	8.0	16 615	32
ნორვეგია	60	16 282	271	6.0	11 474	42
პოლონეთი	795	181 077	228	5.7	12 204	54
პორტუგალია	101	24 773	245	6.0	11 955	49
რუმინეთი	311	111 725	359	6.8	14 453	40
სლოვაკეთი	112	31 217	279	6.0	12 157	44
სლოვენია	21	7 826	373	6.8	7826	21
ესპანეთი	550	117 504	214	5.7	12 126	57
შვედეთი	80	18 947*	237	6.0	11 667	49

(ა) საავადმყოფოებისა და საავადმყოფოების საწოლების რაოდენობა „ეროვნული მნიშვნელობის მონაცემების“ 2011–2012 მომენტალური პრევალენტობის კვლევის მიხედვით. თუ ხელმისაწვდომი არ არის (*), გამოიყენება ევროსტატის მონაცემები საავადმყოფოს საწოლების (სამკურნალო) რაოდენობის შესახებ. იხილეთ: <http://ec.europa.eu/eurostat/web/health/health-care>. ამონარჩევის ზომის გამოთვლები განხორციელდა კომპიუტერული პროგრამა OpenEpi-ის მეშვეობით (www.openepi.com); DEFF=დიზაინის ეფექტი, შეფასებული 2011–2012 PPS მონაცემთა ბაზიდან სხვადასხვა ზომის საავადმყოფოებისთვის (დეცილები, იხილეთ სურათი 2); დახრილი შრიფტით დატანილმა ქვეყნებმა უნდა შეიტანონ ყველა საავადმყოფო.

შერჩევის სხვა მეთოდები: შედეგების ანგარიში და მონაცემთა შეგროვების პერიოდები

მიუხედავად იმისა, რომ ECDC-ს მომენტალური პრევალენტობის კვლევისთვის კატეგორიულად რეკომენდებულია რეპრეზენტატული შერჩევა, ზოგიერთი ქვეყანა შეიძლება შეეჯახოს პრობლემებს საავადმყოფოების რეპრეზენტატული ამონარჩევის შედგენისას ან შეიძლება, გადაწყვიტოს სხვა მეთოდის გამოყენება საავადმყოფოების მოზიდვისთვის, მაგ. თუ მოსალოდნელია, რომ მონაცემთა ხარისხი არ იქნება მაღალი , თუ გამოყენებული იქნება რეპრეზენტატული შერჩევა. საავადმყოფოების მოზიდვის ალტერნატიული მეთოდებია ნებაყოფლობითი მონაწილეობა ყველა საავადმყოფოს მოწვევის შემდეგ, „მოსახერხებელი“ შერჩევა (საავადმყოფოების შერჩევა მომენტალური პრევალენტობის კვლევის საკოორდინაციო ცენტრის მიერ) ან სავალდებულო მონაწილეობა. საავადმყოფოს შერჩევის გამოყენებული კვლევაში ჩართვის მეთოდი(ები)

აღირიცხება ეროვნულ/რეგიონულ დონეზე და გაჟღერდება, როდესაც ქვეყნის მონაცემები იქნება მოხსენებულ ევროპის დონეზე.

გარდა ამისა, ზოგიერთ ქვეყანას შეიძლება სურდეს იმაზე მეტი საავადმყოფოს ჩართვა, ვიდრე ამონარჩევშია ჩართული, ყველა საავადმყოფოს მოწვევის შემდეგ გვექნება რეპრეზენტატული ამონარჩევის და ნებაყოფლობითი მონაწილეობის კომბინაცია. ამ შემთხვევაში, შედეგების მოხსენებისას მხოლოდ რეპრეზენტატული ამონარჩევის მონაცემები იქნება გამოყენებული. როდესაც ყველა მონაცემი იქნება წარმოდგენილი, ECDC მიაწვდის ეროვნულ კოორდინატორებს ანგარიშებს ყველა მონაწილე საავადმყოფოსთან უკუკავშირისთვის, მათი შედეგების ეროვნულ შედეგებთან შესადარებლად. ცვლადი ჰოსპიტლის დონეზე მიუთითებს, ეკუთვნის თუ არა საავადმყოფო რეპრეზენტატულ ამონარჩევს (ეს ცვლადი უნდა იყოს წარმოდგენილი ეროვნული კოორდინატორის მიერ). შემდეგ ეს ინფორმაცია გაერთიანდება ეროვნულ დონეზე გამოყენებულ შერჩევის მეთოდთან, რომ დადგინდეს ის ამონარჩევი, რომლის შედეგები იქნება მოხსენებულ ევროპულ დონეზე. თუ წარდგენილი საავადმყოფოების რაოდენობა აღემატება რეკომენდებულ რაოდენობას ამ ქვეყნისთვის და არ არის ინფორმაცია იმის შესახებ, არის თუ არა საავადმყოფო რეპრეზენტატული ამონარჩევის ნაწილი, ECDC ევროპის დონეზე მოხსენებისთვის ჩაატარებს საავადმყოფოების საჭირო რაოდენობის რანდომულ შერჩევას, რათა პრევალენტობა ისეთივე სიზუსტით მიიღოს, როგორც სხვა ქვეყნებშია.

2022-2023 წელს ECDC-ს მომენტალური პრევალენტობის კვლევის მონაწილე საავადმყოფოები შეიძლება ჩართულნი იყვნენ სამი მომენტალური პრევალენტობის კვლევის პერიოდიდან ნებისმიერში: 2022 წლის აპრილი-ივნისი, 2022 წლის სექტემბერი-ნოემბერი და 2023 წლის აპრილი-ივნისი. რეკომენდებულია, რომ მონაცემთა შეგროვება ყველა საავადმყოფოსთვის ორგანიზებული იყოს ერთი პერიოდის განმავლობაში, თუმცა მონაცემთა შეგროვება ასევე შეიძლება გაჭიანურდეს მცირე დროით. ერთი და იგივე საავადმყოფო სხვადასხვა პერიოდის განმავლობაში შეიძლება, ჩართული იყოს მხოლოდ ერთხელ.

ეროვნული ამონარჩევის რეპრეზენტატულობას ენიჭება ოთხი კატეგორიიდან ერთ-ერთი (ოპტიმალური, კარგი, ცუდი და ძალიან ცუდი; ცხრილი 1) შერჩევის რეკომენდებულ მეთოდოლოგიასთან შესაბამისობის მიხედვით.

ცხრილი 2. ეროვნული მომენტალური პრევალენტობის კვლევის რეპრეზენტატულობის კრიტერიუმები

ოპტიმალური	არანაკლებ 25 საავადმყოფოს სისტემური შემთხვევითი შერჩევა ან 1-ლ ცხრილში მითითებული საავადმყოფოების რაოდენობის სულ მცირე 75%. ქვეყანაში ყველა საავადმყოფოს ან საავადმყოფოს დაკავებული საწოლების მინიმუმ 75%-ის კვლევაში ჩართვა და რეკომენდებული ამონარჩევის ზომა (ცხრილი 1) მიღწეულია
კარგი	არანაკლებ 25 საავადმყოფოს ან ცხრილში 1-ში მითითებული

	<p>საავადმყოფოების და/ან რეზიდენტების რაოდენობის არანაკლებ 75%-ის შერჩევა სხვა მეთოდოლოგიის გამოყენებით (მაგ. ნებაყოფლობითი მონაწილეობა);</p> <p>შერჩევის რეკომენდებული ზომა არ არის მიღწეული, მაგრამ ქვეყანაში ყველა საავადმყოფოს ან საავადმყოფოს დაკავებული საწოლების $\geq 75\%$ ჩართულია კვლევაში.</p>
ცუდი	<p>ამონარჩევი მოიცავს 5-დან 25-მდე საავადმყოფოს ქვეყნებში, სადაც 25-ზე მეტი საავადმყოფოა და არ არის მიღწეული ამონარჩევის რეკომენდებული ზომა;</p> <p>ამონარჩევი მოიცავს 5-ზე ნაკლებ საავადმყოფოს ქვეყნებში, სადაც 5-ზე მეტი საავადმყოფოა, მაგრამ მოიცავს საავადმყოფოების ან საავადმყოფოს დაკავებული საწოლების 50-75%-ს.</p>
ძალიან ცუდი	<p>ამონარჩევი მოიცავს 5-ზე ნაკლებ საავადმყოფოს, ყველა საავადმყოფოს 50%-ზე ნაკლებს და ყველა საავადმყოფოს დაკავებული საწოლების 50%-ზე ნაკლებს.</p>

მონაცემთა შეგროვება

მონაცემთა შეგროვება მოიცავს ცვლადებს ეროვნულ, საავადმყოფოს, პალატის და პაციენტის დონეზე. პაციენტზე დაფუძნებულ (სტანდარტულ) პროტოკოლში, მნიშვნელის (დენომინატორი) მონაცემები გროვდება თითოეული პაციენტისთვის. ერთეულზე დაფუძნებულ (გამარტივებულ) პროტოკოლში გროვდება მნიშვნელის მონაცემები თითოეული პალატისთვის. პროტოკოლის ორივე ვარიანტში გროვდება საავადმყოფოსა და პალატის მონაცემები (არასავალდებულო ინდიკატორები) და მრიცხველის მონაცემები თითოეული პაციენტისთვის, რომელსაც აქვს აქტიური ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ინფექცია (სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციები) და/ან იღებს ანტიმიკრობულ პრეპარატს კვლევის დროს. ერთ საავადმყოფოში პაციენტზე და ერთეულზე დაფუძნებული პროტოკოლი არ შეიძლება გაერთიანდეს ერთ და იმავე მომენტალური პრევალენტობის კვლევაში.

როდის?

თითოეული პალატისთვის/დანაყოფისთვის მონაცემები უნდა შეგროვდეს ერთ დღეს. მონაცემთა შეგროვების პერიოდი ერთი საავადმყოფოს ყველა პალატაში არ უნდა აღემატებოდეს ორ-სამ კვირას. ზოგიერთ ჰოსპიტალურ პალატაში დამატებითი პაციენტების მიღება გეგმიური პროცედურების ჩასატარებლად ხდება, ძირითადად, ორშაბათობით, ამიტომ გამოკითხვის ჩატარება ამ ერთეულებში რეკომენდებულია სამშაბათიდან პარასკევის ჩათვლით.

ვინ შეაგროვებს მონაცემებს?

მონაცემთა შეგროვებაზე პასუხისმგებელი გუნდის შემადგენლობა შეიძლება განსხვავდებოდეს საავადმყოფოდან გამომდინარე. რეკომენდებულია, ჩართული იყოს საავადმყოფოს იპკ პერსონალი, ასევე პაციენტებზე პასუხისმგებელი ჯგუფი.

მკვლევარების მომზადება

მონაცემთა შემგროვებელი პერსონალის სასწავლო მასალა წარმოდგენილია ECDC-ის მიერ. რეკომენდებულია, ეროვნული/რეგიონული მომენტალური პრევალენტობის კვლევის კოორდინატორებმა კვლევის დაწყებამდე მოაწყონ მინიმუმ ერთდღიანი საინფორმაციო და მოსამზადებელი სესია მონაწილე საავადმყოფოებისთვის.

მონაცემების დამუშავება

თითოეულ ქვეყანას თავისუფლად შეუძლია მოაწყოს მონაცემთა შეგროვებისა და დამუშავების საკუთარი სისტემა. თუმცა, სტანდარტული სცენარი ითვალისწინებს, რომ მონაცემები უნდა შეგროვდეს ფორმებით (იხ. მაგალითები მოცემული პროტოკოლში) და საავადმყოფოს პერსონალის მიერ მონაცემთა გადამოწმების შემდეგ შევიდეს კომპიუტერულ სისტემაში. ამისთვის ქვეყნებს შეუძლიათ შექმნან და გამოიყენონ საკუთარი პროგრამული სისტემა. ალტერნატიულად, ECDC მხარს უჭერს უფასო პროგრამულ ინსტრუმენტს მონაცემების შესატანად საავადმყოფოს დონეზე, რომელსაც

ასევე აქვს ელექტრონულად ხელმისაწვდომი მონაცემების იმპორტის ფუნქცია (HelicsWin.Net). თუ HelicsWin.Net გამოიყენება, მონაცემები უნდა ექსპორტირდეს საავადმყოფოების მიერ და გადაეცეს ეროვნულ საკოორდინაციო ცენტრს.

შემდეგ ეროვნული ცენტრები წარუდგენენ ეროვნულ მონაცემთა ბაზას ან ცალკეულ ჰოსპიტალურ მონაცემებს ECDC-ს ECDC-ს TESSy-ის გამოყენებით, რის შემდეგაც ანგარიშები ხელმისაწვდომი გახდება ECDC-სთვის (იხილეთ აგრეთვე თავი ნიმუშის დიზაინის შესახებ ევროპისა და საავადმყოფოების დონეზე შედეგების მოხსენებისთვის). TESSy-ში მონაცემების ვალიდაციის შემდეგ, ეროვნული მონაცემთა ბაზა შეიძლება აიტვირთოს TESSy-ში ან შეინახოს ეროვნულ სერვერზე, რომელსაც აქვს ECDC წვდომა ანალიზისთვის (დეცენტრალიზებული მონაცემთა შენახვა). შეგროვებული მონაცემების მიმოხილვა

საავადმყოფოს დონეზე შეგროვებული მონაცემები შეესაბამება პროტოკოლის შემდეგ ორ ტიპს:

გამარტივებული (ერთეულზე დაფუძნებული) პროტოკოლი

- საავადმყოფოს მონაცემები (ფორმები H1-H4): ერთი ფორმა თითო საავადმყოფოზე მომენტალური პრევალენტობის კვლევაზე.
- პალატის მონაცემები (ფორმა W): ერთი ფორმა თითო პალატაში, სტრუქტურისა და პროცესის ინდიკატორების ჩათვლით (არასავალდებულო) და მნიშვნელის მონაცემები პალატაში მყოფი და არა გაწერილი (სავალდებულო) ყველა პაციენტისთვის დილის 8 საათზე.
- მრიცხველის მონაცემები (ფორმა B): სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციების მონაცემები (შეგროვებული ყველა პაციენტისთვის, რომლის ინფექციის ტიპიც აკმაყოფილებს აქტიური სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციის განმარტებას) და/ან ანტიმიკრობული პრეპარატების გამოყენების მონაცემები (შეგროვდება ყველა პაციენტისთვის, რომელიც იღებს ანტიმიკრობულ პრეპარატს), პაციენტის ძირითად ცვლადებთან ერთად სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციების მქონე თითოეული პაციენტისთვის და/ან ანტიმიკრობული აგენტის მიღებისას.
- ეროვნული მონაცემები (მაგ. საავადმყოფოს მნიშვნელის მონაცემები) გროვდება მომენტალური პრევალენტობის კვლევის საკოორდინაციო ცენტრის მიერ (ფორმა N).

სტანდარტული (პაციენტზე დაფუძნებული) პროტოკოლი

- საავადმყოფოს მონაცემები (ფორმები H1-H4): ერთი ფორმა თითო საავადმყოფოზე მომენტალური პრევალენტობის კვლევაზე.
- პალატის მონაცემები (ფორმა W): ერთი ფორმა თითო პალატაში, სტრუქტურისა და პროცესის ინდიკატორების ჩათვლით (არასავალდებულო) და მნიშვნელის მონაცემები

პალატაში მყოფი და არა გაწერილი (არასავალდებულო) ყველა პაციენტისთვის დილის 8 საათზე.

- პაციენტის მონაცემები (**ფორმა A**): ერთი ფორმა თითო პაციენტზე (ყველა პაციენტისთვის, რომელიც იმყოფება პალატაში დილის 8 საათზე და არ არის გაწერილი გამოკითხვის დროს) რისკ-ფაქტორების შეგროვება თითოეული კვლევაში დაშვებული პაციენტისთვის, სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციით ან მის გარეშე, ან ანტიმიკრობულ პრეპარატებზე; სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციის მონაცემები (შეგროვებული ყველა პაციენტისთვის, რომლის ინფექციის ტიპიც აკმაყოფილებს აქტიური სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციის განმარტებას) და/ან ანტიმიკრობული პრეპარატების გამოყენების მონაცემები (შეგროვებული ყველა პაციენტისთვის, რომელიც იღებს ანტიმიკრობულ აგენტს) გროვდება იმავე ფორმაზე.
- საავადმყოფოს მონაცემების გარდა, ეროვნული მონაცემები (მაგ. საავადმყოფოს მნიშვნელის მონაცემები) გროვდება მომენტალური პრევალენტობის კვლევის საკოორდინაციო ცენტრის მიერ (**ფორმა N**).

საავადმყოფოს მონაცემები


საავადმყოფოს ცვლადები გროვდება სამედიცინო დაწესებულებების ტიპის, ზომისა და საავადმყოფოში ყოფნის საშუალო ხანგრძლივობის შედეგების აღწერისთვის.

კითხვარი ასევე მოიცავს სტრუქტურისა და პროცესის ინდიკატორებს საავადმყოფოს დონეზე პაციენტის უსაფრთხოების შესახებ, სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციების პრევენციისა და მათთან ბრძოლის ჩათვლით, საბჭოს 2009 წლის 9 ივნისის 2009/C 151/01 რეკომენდაციის კონტექსტში.

ECDC-ს მომენტალური პრევალენტობის კვლევას 2022-2023 წლებისთვის დაემატა ცვლადები საავადმყოფოს დონეზე PPS კვლევამდე 1 წლით ადრე და PPS კვლევისას COVID-19-ის ტვირთის გასაზომად. SPI -ის არჩევის პროცესი იხილეთ თავში „საცნობარო ინფორმაცია“

ფიგურა 3. საავადმყოფოს მონაცემები 1/4 (ფორმა H1)

ECDC-მომენტალური პრევალენტობის კვლევა სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციებისა და ანტიმიკრობული საშუალებების გამოყენების შესახებ
ფორმა H1. ჰოსპიტალის მონაცემები 1/4



საავადმყოფოს კოდი:

გამოკითხვის თარიღები: __/__/____-დან: __/__/____
დღე / თვე / წელი დღე / თვე / წელი

საავადმყოფოს ზომა (საწოლების საერთო რაოდენობა)
ემერჯენსის საწოლების რაოდენობა
ICU საწოლების რაოდენობა

გამონაკლისი პალატები PPS-სთვის? არა კი,
გთხოვთ, მიუთითოთ პალატის რომელი ტიპები იყო გამონაკლისი: _____

საწოლების ჯამური რაოდენობა ჩართულ პალატებში:
PPS-ში ჩართული პაციენტების საერთო რაოდენობა:

საავადმყოფოს ტიპი პირველადი მეორეული მესამეული
 სპეციალიზებული, მიუთითეთ: _____

საავადმყოფოს მფლობელობა: საჯარო კერძო, არაკომერციული პირადი, მოგების მიზნით სხვა/უცნობი

PPS პროტოკოლი: სტანდარტული გამარტივებული
არის თუ არა ჰოსპიტალი საავადმყოფოების უროვნული რეპრეზენტული ამონარჩევის ნაწილი? არა დიახ უცნობია

(1) მონაცემები შეარჩივდა მხოლოდ ჩართულ პალატებზე (ნაწ = რეკომენდირებული) ან მთლიანი საავადმყოფოსთვის (სულ); თუ ყველა პალატა შედიოდა PPS-ში (ნაწ = სულ), მონიშნეთ „Inc“; N=ნომერი

	რაოდენობა	წლიური მონაცემები	ნაწ./სულ (1)
გაწერის/მიღებების რაოდენობა წელიწადში			ნაწ. სულ
პაციენტ-დღეების რაოდენობა წელიწადში			
ხელის სანიტაიზერის მოხმარება ლიტრი/წელიწადში			ნაწ. სულ
დაფიქსირებული ხელის ჰიგიენის მომენტების რაოდენობა /წელიწადში			ნაწ. სულ
სისხლის კულტურების რაოდენობა/წელიწადში			ნაწ. სულ
განავლის ტესტების რაოდენობა CDI/წელიწადში			ნაწ. სულ
FTE ინფექციის კონტროლის ექიმების რაოდენობა			ნაწ. სულ
FTE ინფექციის კონტროლის ექიმების რაოდენობა			
FTE ანტიმიკრობული პროგრამის მეთვალყურეობის კონსულტანტების რაოდენობა			
გასულ წელს კოვიდ-19-ის შემთხვევების რაოდენობა საავადმყოფოში			
გასულ წელს COVID-19-ის გავრცელების რაოდენობა			
ამჟამინდელი COVID-19 შემთხვევების რაოდენობა საავადმყოფოში			
ამჟამინდელი COVID-19 შემთხვევების რაოდენობა ICU-ში			
ვაქცინაციით მოცვა HCV COVID-19(%)			
HCV ინფლუენზა ვაქცინაციით მოცვა (%)			
ჰაეროვანი ინფექციების საიზოლაციო ოთახების რაოდენობა			

ფიგურა 4. საავადმყოფოს მონაცემები 2/4 (ფორმა H2)

ECDC-მომენტალური პრევალენტობის კვლევა სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციებისა და ანტიმიკრობული საშუალებების გამოყენების შესახებ
ფორმა H2. ჰოსპიტალის მონაცემები 2/4
HAI-ს ზედამხედველობის ავტომატიზაციის ამჟამინდელი ხარისხი:

საავადმყოფოს კოდი:

გამოკითხვის თარიღი: / / -დან: / /
დღე / თვე / წელი დღე / თვე / წელი

ინფექციის პრევენციისა და კონტროლის პროგრამა (IPC):
არსებობს თუ არა ყოველწლიური IPC გეგმა დამტკიცებული საავადმყოფოს აღმასრულებელი დირექტორის ან უფროსი აღმასრულებელი ოფიცერის მიერ? კი არა

არსებობს თუ არა IPC წლიური ანგარიში, რომელიც დამტკიცებულია საავადმყოფოს აღმასრულებელი დირექტორის ან უფროსი აღმასრულებელი ოფიცერის მიერ? კი არა

ზედამხედველობის ქსელში მონაწილეობა:
წინა წელს რომელ ზედამხედველობის ქსელში მონაწილეობდა თქვენი საავადმყოფო? (მონიშნეთ ყველაფერი, რაც უნდა)
 SSI ICU CDI ანტიმიკრობული რეზისტენტობა
 ანტიბიოტიკების გამოყენება სხვა, მითითეთ

მიკრობიოლოგიური/დიაგნოსტიკური მომსახურება:
შბათ-კვირას შეუძლიათ თუ არა კლინიკის ტებს მოითხოვონ რუტინული მიკრობიოლოგიური ტესტები და მიიღონ შედეგი?
კლინიკური ტესტები: შბათი კვირა
სკრინინგის ტესტები: შბათი კვირა

COVID-19 პრევენცია:
ამჟამად მოქმედებს თუ არა თქვენს საავადმყოფოში უნივერსალური პირბადის ტარების წესი? არა დიახ, მხოლოდ რუტინული მოვლისთვის დიახ, რუტინული მოვლისთვის და ყველა საერთო სივრცეში (მაგ. ექიმის ოთახი)

CEO: აღმასრულებელი დირექტორი, მმართველი დირექტორი; SSI: SSI: ოპერაციის ადგილის ინფექციები; ICU: ინტენსიური თერაპიის განყოფილება (HAIs in ICUs); CDI: Clostridioides difficile ინფექცია; BSI: სისხლის მიმოქცევის ინფექცია; UTI: სამარჯვ გუზის ინფექცია; (a) YH=დიახ, საავადმყოფოს მასშტაბით; YW=დიახ, კონკრეტულ პალატებში; N=არა; უცნ=უცნობი (b) Y=დიახ; N=არა; NA=არ გამოიყენება; უცნ=უცნობი

	0.ს რუ ლი მან უა ლი	1.აჰ ტ.მ ნიშკ ნელი	2.ნ ახვ რეა დ აჰ ტ.მ ნ	3.ს რუ ლა ავტ ომა ტუ რი	4.ს ხვ ა	9. არ შეს რულა
ქირ. ჩარევის მიდამოს ინფ* SSI						
კლინიკიდან დაწყებული BSI						
ცენტრალურ საზთან ასოცირებული BSI						
კათეტერთან ასოცირებული UTI						
საავადმყოფოში შექმნილი ჰნეკმონია HAP						
ვენტილაციასთან ასოცირებული ჰნეკმონია VAP						
Clostridioides difficile ინფექცია						

ავტომატიზირებული HAI ზედამხედველობის მიზანშეწონილობა:

მონაცემთა წყარო	მონაცემები ინახება ციფრულად (a)	მონაცემები არის სტრუქტურირებული და კარგად გასაზღვრული
ქირურგიული პროცედურები (პროცედურების კოდი, როგორცაა ICD-10, ოპერაციის თარიღი)		
მიღებისა და გაწერის თარიღები, საავადმყოფოს დონეზე		
მიღებისა და გაწერის თარიღები, დანაყოფის დონეზე		
ცენტრალური კათეტერების გამოყენება (ჩასმის/ამოღების თარიღი, ტიპი)		
შეკანკარი ვენტილაციის გამოყენება (დაწყების თარიღი, დასრულების თარიღი)		
სამარჯვ კათეტერების გამოყენება* (ჩასმის/ამოღების თარიღი)		
მიკრობიოლოგიური კულტურის შედეგები (კულტურის შედეგი, თარიღი, ნიმუშის ტიპი)		
ანტიმიკრობული დანიშნულება (ATC კოდი, დაწყების თარიღი, დასრულების თარიღი)		

ფიგურა 5. საავადმყოფოს მონაცემები 3/4 (ფორმა H3)

ECDC-მომენტალური პრევალენტობის კვლევა სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციებისა და ანტიმიკრობული საშუალებების გამოყენების შესახებ
ფორმა H3. ჰოსპიტალის მონაცემები 3/4

საავადმყოფოს კოდი:

გამოკითხვის თარიღი: დან / / მდე: / /
დ/თ/წ დ/თ/წ

არჩევითი: მოწოდებულია WHO IPCAF-ის სრული კითხვარი O დიახ O არა
თუ არა, გთხოვთ შეავსოთ ქვემოთ მოცემული კითხვები 1-5

IPC ინტერვენციების განხორციელების მულტიმოდალური სტრატეგიები (WHO ძირითადი კომპონენტი 5)

- იყენებთ თუ არა მულტიმოდალურ სტრატეგიებს IPC ინტერვენციების განხორციელებლად? არა დიახ არ ვიცი
- მოიცავს თუ არა თქვენი მულტიმოდალური სტრატეგიები რომელიმე ან ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილ ელემენტს:
 - **სისტემური ცვლილება:** O ელემენტი არ შედის მულტიმოდალურ სტრატეგიებში O ჩარევა ხდება საჭირო ინფრასტრუქტურისა და მარაგების უწყვეტი ხელმისაწვდომობის უზრუნველსაყოფად O ჩარევა ხდება საჭირო ინფრასტრუქტურისა და მარაგების უწყვეტი ხელმისაწვდომობის უზრუნველსაყოფად და უხეხა ეფინომიკასა და ხელმისაწვდომობას (მაგალითად: ცენტრალური ვენური კათეტერის ნაერებისთვის საუკეთესო ადგილის შერჩევა)
 - **განათლება და ტრენინგი:** O ელემენტი არ შედის მულტიმოდალურ სტრატეგიებში O წერილობითი ინფორმაცია ან / და ზეპირი ინსტრუქცია ან / და მხოლოდ ელექტრონული სწავლება O დამატებითი ინტერაქტიული ტრენინგი (მოიცავს სიმულაციას და/ან პაციენტის მოვლის ტრენინგს)
 - **მონიტორინგი და გამომწვევა:** O ელემენტი არ შედის მულტიმოდალურ სტრატეგიებში O პროცესის ან შედეგის ინდიკატორებთან შესაბამისობის მონიტორინგი (მაგ. ხულის ჰიგიენის ან კათეტერის პრაქტიკის აუდიტი) O შესაბამისობის მონიტორინგი და მონიტორინგის შედეგების დროული უკავშირის ჯანდაცვის მუშაკებთან და სხვა ჩართულ პირებთან
 - **კომუნიკაცია და შესწავლა:** O ელემენტი არ შედის მულტიმოდალურ სტრატეგიებში O მენეჯერები, პლაკატები ან სხვა ცნობიერების ამაღლების საშუალებები ინტერვენციის ხელშეწყობისთვის O დამატებითი მეტოდეები/ინიციატივები გუნდური კომუნიკაციის გასაუმჯობესებლად სხვადასხვა ერთეულსა და დისციპლინებში (მაგალითად, რეგულარული შემთხვევის კონფერენციებისა და გამომწვევის რაუნდების ჩატარებით)
 - **უსაფრთხო გარემო და კულტურის ცვლილება:** O ელემენტი არ შედის მულტიმოდალურ სტრატეგიებში O მენეჯერები/ლიდერები ახდენენ მხარდაჭერის დემონსტრირებას და მოქმედებენ როგორც დამცველები და მისაბამი მაგალითი, ხელს უწყობენ ადაპტირებულ მიდგომას და აძლიერებენ კულტურას, რომელიც მხარს უჭერს IPC-ს, პაციენტის უსაფრთხოებას და ხარისხს O გარდა ამისა, გუნდებს და ცალკეულ პირებს აქვთ ჩარევის უფლება (მაგალითად, უკავშირის პროცესში მონაწილეობით)
- მულტიდისციპლინური გუნდი ახორციელებს თუ არა მულტიმოდალური სტრატეგიებს? არა კი არ ვიცი
- რეგულარულად უკავშირდებით თუ არა კოლეგებს ხარისხის გაუმჯობესებისა და პაციენტის უსაფრთხოების მიმართულებით, რათა განავითაროთ და ხელი შეუწყოთ IPC მულტიმოდალურ სტრატეგიებს? არა კი არ ვიცი
- მოიცავს თუ არა ეს სტრატეგიები პაკეტებს ან საკონროლო სიებს? არა კი არ ვიცი

კომენტარები/დაკვირვებები მიმდინარე საავადმყოფოს PPS-ისთვის

ფიგურა 6. საავადმყოფოს მონაცემები 4/4 (ფორმა H4, სურვილისამებრ): საავადმყოფოს დონეზე შეგროვებული პალატის მაჩვენებლების მონაცემები



ECDC-მომენტალური პრევალენტობის კვლევა სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციებისა და ანტიმიკრობული საშუალებების გამოყენების შესახებ
ფორმა H4. ჰოსპიტალის მონაცემები 4/4

საავადმყოფოს კოდი:

გამოკითხვის თარიღი: დან / / მდე: / /
დ/თ/წ დ/თ/წ

სურვილისამებრ: საავადმყოფოს მასშტაბით შეგროვებული პალატების ინდიკატორები:

	რაოდენობა	Inc./ სულ (1)
საწოლების რაოდენობა AHR დისპენსერებით მოვლის წერტილში		
AHR დისპენსერების არსებობისთვის შეფასებული საწოლების რაოდენობა		
საავადმყოფოში პალატების რაოდენობა		
საავადმყოფოში პაციენტის ერთადგილიანი პალატების რაოდენობა		
დაკავებული საწოლების რაოდენობა PPS-ის დღეს 00:01 საათზე		
დაკავებული საწოლების რაოდენობის შეფასება PPS-ის დღეს 00:01 საათზე		

(1) მონაცემები შეგროვდა მხოლოდ ჩართულ პალატებზე (Inc = რეკომენდირებული) ან მთლიანი საავადმყოფოსთვის (სულ); თუ ყველა პალატა შედის PPS-ში (Inc=სულ), მონიშნეთ „Inc“

თქვენს საავადმყოფოში ატარებენ თუ არა ჯანდაცვის მუშაკები (HCWs) სპირტსანარის დისპენსერებს (მაგ. ჯიბეებში)? (თუ კი, გთხოვთ აღრიცხვით პროცენტით)

არა ჯანდაცვის მუშაკთა >0-25% ჯანდაცვის მუშაკთა >25-50% ჯანდაცვის მუშაკთა >50-75% ჯანდაცვის მუშაკთა >75% დიახ, პროცენტი უგნობია

არსებობს თუ არა ოფიციალური პროცედურა, რომელიც განიხილავს ანტიმიკრობული პრეპარატის მიზანშეწონილობას საავადმყოფოში პირველი დანიშნუიდან 72 საათის განმავლობაში (რეცეპტის შემდგომი განხილვა)?

დიახ, ყველა პალატაში დიახ, მხოლოდ შერჩეულ პალატებში დიახ, მხოლოდ ICU-ში არა

AHR = ალკოჰოლის შემცველი ხელის სანიტაიზერი ; AHR დისპენსერების მქონე საწოლების რაოდენობის დადგენა დაკავებული საწოლების რაოდენობის შეფასება PPS-ის დღეს 00:01 საათზე არის მნიშვნელოვანი მონაცემები, როგორც წესი, იგივე რაოდენობა, რაც საავადმყოფოში საწოლების საერთო რაოდენობა; ICU = ინტენსიური თერაპიის განყოფილება

საავადმყოფოს მონაცემთა განმარტება

ფორმა H1:

საავადმყოფოს კოდი. ეროვნული/რეგიონული მომენტალური პრევალენტობის კვლევის საკოორდინაციო ცენტრის მიერ მინიჭებული საავადმყოფოს იდენტიფიკატორი/კოდი; უნიკალური კოდი სადამკვირებლო/მომენტალური პრევალენტობის კვლევის ქსელისთვის; უნდა დარჩეს იგივე ყველა მომენტალური პრევალენტობის კვლევის პერიოდის/წლის განმავლობაში.

გამოკითხვის თარიღები. მომენტალური პრევალენტობის კვლევის დაწყების და დასრულების თარიღი მთელს საავადმყოფოში; დასრულების თარიღი არის ბოლო პალატაში მონაცემების შეგროვების თარიღი.

საავადმყოფოს ზომა. საწოლების საერთო რაოდენობა საავადმყოფოში. კვლევაში ჩართეთ ყველა საწოლი, რომელმაც შეიძლება გამოიწვიოს პაციენტ-დღეები და მიღება/გაწერა. გამორიცხეთ საწოლები, რომლებიც გამოიყენება მხოლოდ დღის სტაციონარისთვის (მაგ. დღის მოვლის პალატები).

გადაუდებელი მოვლის საწოლების რაოდენობა. მწვავე მოვლის საწოლების რაოდენობა საავადმყოფოში (ეროვნული განსაზღვრების შესაბამისად).

რეანიმაციის საწოლების რაოდენობა. საავადმყოფოში ინტენსიური თერაპიის პალატებში საწოლების რაოდენობა. რეანიმაცია არ აქვს = 0

პალატის გამორიცხვა. იყო თუ არა რომელიმე პალატა გამორიცხული მომენტალური პრევალენტობის კვლევიდან თქვენს საავადმყოფოში? კი/არა.

მიუთითეთ გამორიცხული პალატები. მიუთითეთ რომელი პალატაა გამორიცხული, ასეთის არსებობის შემთხვევაში; თავისუფალი ტექსტი; გთხოვთ, თუ ეს შესაძლებელია, გამოიყენეთ სპეციალური კოდები.

ჩართულ პალატებში საწოლების საერთო რაოდენობა. იმ პალატებში საწოლების ჯამი, რომლებიც შედიოდნენ მომენტალური პრევალენტობის კვლევაში.

მომენტალური პრევალენტობის კვლევაში ჩართული პაციენტების საერთო რაოდენობა. მომენტალური პრევალენტობის კვლევაში შემავალი პაციენტების ჯამი; ცვლადი, რომელიც გამოიყენება მოხსენებული მონაცემების ამომწურავობის ორჯერ შესამოწმებლად, ანუ პალატის პაციენტთა საერთო რაოდენობა გამარტივებული პროტოკოლის ვარიანტში, ან ცალკეული პაციენტების საერთო რაოდენობა სტანდარტული პროტოკოლის ვარიანტში.

საავადმყოფოს ტიპი. საავადმყოფოს ტიპი – PRIM: პირველი დონის, SEC: მეორეული, TERT: მესამეული, SPEC: სპეციალიზებული (განმარტებები იხილეთ ქვემოთ), უცნობა= UNK; ჩართეთ სპეციალიზაცია, თუ ეს შესაძლებელია; მიუთითეთ საავადმყოფოს ტიპი (ერთი საავადმყოფოს) კონკრეტული საავადმყოფოს შემთხვევაში; საავადმყოფოს ადმინისტრირების /ნდობის ჯგუფის ტიპი (ასეთის არსებობის შემთხვევაში) მიეთითება ცალკე ცვლადად (იხ. ცვლადი „ საავადმყოფოს ადმინისტრაციული ჯგუფის ტიპი“ ქვემოთ).

1 პირველადი

- ხშირად მოიხსენიება როგორც „რაიონული საავადმყოფო“ ან „პირველი დონის რეფერალი“.
- რამდენიმე სპეციალობა (ძირითადად შინაგანი მედიცინა, მეანობა-გინეკოლოგია, პედიატრია, ზოგადი ქირურგია ან მხოლოდ ზოგადი პრაქტიკა).
- შეზღუდული რაოდენობით საერთო ლაბორატორიული სერვისები, მაგრამ არ არის სპეციალიზებული პათოლოგიური კვლევები.
- ხშირად შეესაბამება ზოგადი პროფილის საავადმყოფოს სასწავლო ფუნქციის გარეშე.

2 მეორეული

- ხშირად მოიხსენიება როგორც „პერიფერიული საავადმყოფო“.
- ფუნქციების მიხედვით ჰოსპიტალი კარგად დიფერენცირებულია, აქვს ხუთიდან ათამდე კლინიკური სპეციალობა, როგორებიცაა: ჰემატოლოგია, ონკოლოგია, ნეფროლოგია, რეანიმაცია.

- იღებს რეფერალებს სხვა (პირველადი) საავადმყოფოებიდან.
- ხშირად შეესაბამება სასწავლო ფუნქციის მქონე ზოგადი პროფილის საავადმყოფოს.

3 მესამეული

- ხშირად მოიხსენიება როგორც "ცენტრალური", "რეგიონული" ან "მესამე დონის" საავადმყოფო.
- მაღალკვალიფიციური პერსონალი და ტექნიკური აღჭურვილობა (რენიმაცია, ჰემატოლოგია, ტრანსპლანტაცია, კარდიო-თორაკალური ქირურგია, ნეიროქირურგია).
- კლინიკური სერვისები ფუნქციების მიხედვით ძლიერ დიფერენცირებულია.
- სპეციალიზებული რადიოლოგიური განყოფილებები
- უზრუნველყოფს რეგიონულ მომსახურებას და რეგულარულად იღებს რეფერალებს სხვა (პირველადი და მეორადი) საავადმყოფოებიდან.
- ხშირად საუნივერსიტეტო ან უნივერსიტეტთან ასოცირებული საავადმყოფო.

4 სპეციალიზებული ჰოსპიტალი

- ერთი კლინიკური სპეციალობა, შესაძლოა, სუბსპეციალობებით.
- მაღალსპეციალიზებული პერსონალი და ტექნიკური აღჭურვილობა.
- დააზუსტეთ (მაგ. პედიატრიული საავადმყოფო, ინფექციური საავადმყოფო).

საავადმყოფოს სპეციალიზაციის ტიპი. თავისუფალი ტექსტი. მიუთითეთ საავადმყოფოს სპეციალიზაცია, თუ სპეციალიზებული საავადმყოფოა (მაგ. პედიატრიული, ინფექციური დაავადებები და ა.შ.); გთხოვთ, თუ შესაძლებელია, გამოიყენეთ სპეციალიზაციის კოდები

საავადმყოფოს საკუთრების ტიპი. საავადმყოფოს საკუთრების ტიპი, როგორც ეს განსაზღვრულია WHO-ს ევროპის რეგიონული ოფისის მიერ [11], Eurostat [12] და OECD [13]: PUB: საჯარო, PRIVNFP: კერძო, არაკომერციული, PRIVFP: კერძო, მომგებიანი, OTHUNK: სხვა ან უცნობი

- საჯარო: საავადმყოფოები, რომლებსაც ფლობს ან აკონტროლებს სამთავრობო ერთეული ან საჯარო კორპორაცია (სადაც ხორციელდება ზოგადი კორპორატიული პოლიტიკა).
- კერძო, არაკომერციული: საავადმყოფოები, რომლებიც შექმნილია იურიდიული ან სოციალური პირების მიერ საქონლისა და მომსახურების წარმოებისთვის, რომელთა სტატუსი არ იძლევა საშუალებას, რომ იყოს შემოსავლის, მოგების ან სხვა ფინანსური სარგებლის წყარო იმ ერთეულ(ებ)ისთვის, რომლებიც აარსებენ, აკონტროლებენ ან აფინანსებენ მათ.

- კერძო, მომგებიანი: საავადმყოფოები, რომლებიც იურიდიული პირების საკუთრება, შექმნილია საქონლისა და მომსახურების წარმოების მიზნით და მოგებისა და ფინანსური სარგებლის წყაროა მფლობელებისთვის.
- სხვა ან უცნობი: საავადმყოფოს საკუთრება არ შეიძლება განიხილებოდეს როგორც ზემოთ ჩამოთვლილთაგან ერთ-ერთი, ან საავადმყოფოს მფლობელობა უცნობია.

შენიშვნა: უფრო მისაღებია უპირატესობა მიაწიქოთ „კერძო, მომგებიანს“, ვიდრე შენობის ფლობას, მაგ. თუ საავადმყოფოს შენობა სახელმწიფო საკუთრებაშია, მაგრამ მენეჯმენტი კერძოა (მოგების მიზნით), აირჩიეთ „კერძო, მომგებიანი“.

საავადმყოფოს მაჩვენებლები:

გაწერის/მიღებების რაოდენობა. საავადმყოფოდან გაწერის რაოდენობა მოცემულ წელს (თუ წინა წლის მონაცემი ხელმისაწვდომია, მიუთითეთ წელი მეორე სვეტში), გამოიყენეთ მიღებების რაოდენობა, თუ გაწერების რაოდენობა არ არის ხელმისაწვდომი; რიცხვი მიუთითეთ მხოლოდ კვლევაში ჩართული პალატებისთვის (თუ ხელმისაწვდომია, სხვაგვარად მიუთითეთ მთელი საავადმყოფოსთვის; ბოლო სვეტში დააზუსტეთ „მხოლოდ კვლევაში ჩართული პალატებისთვის“ ან „მთლიანად საავადმყოფოსთვის“).

პაციენტ-დღეების რაოდენობა. საავადმყოფოს პაციენტ-დღეების რაოდენობა მოცემულ წელს (თუ წინა წლის მონაცემი ხელმისაწვდომია, მიუთითეთ წელი მეორე სვეტში). შეიყვანეთ იმავე წლისა და პალატების (კვლევაში არსებული პალატების ან მთლიანად საავადმყოფოს) მონაცემები გაწერა/მიღებების რაოდენობის შესახებ.

ალკოჰოლური ხელის სადებინფექციო საშუალების მოხმარება. მოცემულ წელს გამოყენებული ალკოჰოლური ხელის სადებინფექციო საშუალების საერთო რაოდენობა (თუ წინა წლის მონაცემი ხელმისაწვდომია, მიუთითეთ წელი მეორე სვეტში); რიცხვი მიუთითეთ მხოლოდ საკვლევი პალატებისთვის. თუ ხელმისაწვდომია, სხვაგვარად მიუთითეთ მთელი საავადმყოფოსთვის; ბოლო სვეტში დააზუსტეთ „მხოლოდ ხელების ჰიგიენის შესაძლებლობებზე დაკვირვებების რაოდენობა“. წინა წელს ან ბოლო ხელმისაწვდომ წელს დაკვირვებული ხელის ჰიგიენის შესაძლებლობების რაოდენობა. დააფიქსირეთ ხელის ჰიგიენის შესაძლებლობების დაკვირვების მთლიანი რაოდენობა და არა მხოლოდ შესრულების რაოდენობა.

სისხლის კულტურების რაოდენობა წელიწადში. საავადმყოფოში მიკრობიოლოგიური ლაბორატორიის მიერ მიღებული და ინკუბირებული სტაციონარული პაციენტების სისხლის კულტურის კომპლექტების რაოდენობა მიმდინარე ერთი წლის განმავლობაში. მიუთითეთ წინა წლის ან უახლესი ხელმისაწვდომი მონაცემები (წლის მონაცემები ცალკე ცვლადში დაურთეთ). თუ სისხლის კულტურის ნაკრების რაოდენობა მიუწვდომელია, შეაფასეთ [დამუშავებული სისხლის კულტურის ბოთლების საერთო რაოდენობა] [სისხლის კულტურის მოთხოვნაზე ბოთლების საერთო რაოდენობაზე] გაყოფით. დაითვალეთ ყველა სისხლის კულტურის ნაკრები თითო პაციენტზე და არა იმ პაციენტების რაოდენობა, ვისთვისაც დამუშავდა ≥ 1 კომპლექტი. დაითვალეთ რეალურად

მიღებული და ინკუბირებული სისხლის კულტურის ნაკრებები და არა ლაბორატორიაში ანალიზისთვის გაგზავნილი რაოდენობა.

განავლის ტესტების რაოდენობა *Clostridioides difficile* ინფექციისთვის წელიწადში. *Clostridioides difficile* (CDI) სტაციონარული განავლის ტესტების რაოდენობა წელიწადში. მიუთითეთ წინა წლის მონაცემები ან უახლესი ხელმისაწვდომი მონაცემები (წლის მონაცემები ცალკე ცვლადში დაურთეთ). დაითვალეთ განავლის ყველა ნიმუში თითო პაციენტზე და არა იმ პაციენტების რაოდენობა, ვისთვისაც ≥ 1 ტესტი ჩატარდა. დაითვალეთ ლაბორატორიის მიერ რეალურად დამუშავებული განავლის ნიმუშების რაოდენობა (= ნიმუშზე მინიმუმ ერთი ტესტი ჩატარდა *Clostridioides difficile* ინფექციებზე) და არა ლაბორატორიაში ანალიზისთვის გაგზავნილის რაოდენობა.

სრული განაკვეთის ეკვივალენტური (FTE) ინფექციების კონტროლის ექთნების რაოდენობა საავადმყოფოში. ინფექციის კონტროლის ექთანი = ექთანი, რომელსაც გავლილი აქვს სპეციალიზებული ტრენინგი ინფექციების კონტროლში/საავადმყოფოს ჰიგიენა და ჩვეულებრივ პასუხისმგებელია ინფექციის კონტროლის/საავადმყოფო ჰიგიენის საკითხებზე, როგორცაა საავადმყოფოს თანამშრომლების ტრენინგი ინფექციის კონტროლში, ინფექციის კონტროლის პროცედურების შემუშავება და განხორციელება, ინფექციის კონტროლის სამუშაო გეგმისა და პროექტების მართვა (განხორციელება, შემდგომი დაკვირვება, შეფასება), აუდიტისა და შესრულების შეფასება, სამედიცინო მოწყობილობების დეზინფექციის პროცედურები და ა.შ. მიუთითეთ მონაცემთა შეგროვების წელი (მიმდინარე წელი, თუ ეს შესაძლებელია) და არის თუ არა სრულ განაკვეთზე ეკვივალენტური ინფექციის კონტროლის ექთნების რაოდენობა მოცემული მთელი საავადმყოფოსთვის, თუ მხოლოდ მასში შემავალი პალატებისთვის.

სრული განაკვეთის ეკვივალენტური (FTE) ინფექციის კონტროლის ექიმების რაოდენობა. სრულ განაკვეთზე ეკვივალენტური ინფექციების კონტროლის ექიმები (ან ფარმაცევტები, საავადმყოფოს ეპიდემიოლოგები და ა.შ.) საავადმყოფოში, რომლებსაც აქვთ სპეციალიზებული ტრენინგი ინფექციის კონტროლის/საავადმყოფო ჰიგიენის სფეროში და, როგორც წესი, პასუხისმგებელი არიან ინფექციის კონტროლის/საავადმყოფოს ჰიგიენის საქმეებზე როგორცაა ეპიდემიების იდენტიფიკაცია და გამოკვლევა, ინფექციის კონტროლის მონაცემების ანალიზი და რეაგირება. ინფექციების კონტროლის სამუშაო გეგმისა და პროექტების შემუშავება, ზედამხედველობის სისტემების დიზაინი და მართვა, ინფექციების კონტროლის პროცედურების შემუშავება და ა.შ. გთხოვთ, დარწმუნდეთ, რომ აღრიცხული რიცხვი შეგროვდა ერთსა და იმავე წელს და პალატებში (კვლევაში არსებული პალატების ან მთლიანად საავადმყოფოს რიცხვი) ისევე, როგორც სრული განაკვეთის ეკვივალენტური ინფექციის კონტროლის ექთნების რაოდენობა.

სრული განაკვეთის ეკვივალენტური (FTE) ანტიმიკრობული პრეპარატების რაციონალური გამოყენების ზედამხედველობაზე პასუხისმგებელი კონსულტანტების რაოდენობა. ანტიმიკრობული პრეპარატების რაციონალური გამოყენების მეთვალყურე კონსულტანტების რაოდენობა საავადმყოფოში. სრულ განაკვეთზე ეკვივალენტური ანტიმიკრობული ზედამხედველობა ხორციელდება კონკრეტული კონსულტანტისთვის

(ან ფარმაცევტის) გამოყოფილ სამუშაო დროს, რომელიც დასაქმებულია საავადმყოფოში და სპეციალურად იღებს ანაზღაურებას ანტიმიკრობული მეთვალყურეობის სამუშაოებისთვის (მაგ: ანტიმიკრობული მეთვალყურეობის აქტივობები ნახსენებია მის სამუშაოს აღწერილობაში) და არა მკურნალი ექიმებისთვის, რომელიც ანტიმიკრობული მეთვალყურეობის აქტივობებზე (მაგ. დანიშნულების შემდგომი მიმოხილვა) ხარჯავს დროს, როგორც ყოველდღიური პრაქტიკის ნაწილს. გამოაკლეთ ამ პოზიციის FTE ინფექციის კონტროლის ექიმის FTE-ს, თუ ეს არის ერთი და იგივე პირი: ანტიმიკრობული მეთვალყურეობის ამოცანები არის ინფექციის კონტროლის ექიმის სამუშაოს აღწერილობის/ყოველდღიური საქმიანობის განუყოფელი ნაწილი, ანტიმიკრობულ ზედამხედველობაზე დახარჯული დრო უნდა გამოაკლდეს ინფექციის კონტროლის ექიმის დროს და ცალკე უნდა იყოს აღნიშნული.

გასულ წელს კოვიდ-19-ის შემთხვევების რაოდენობა საავადმყოფოში. გასულ წელს COVID-19-ის შემთხვევების რაოდენობა საავადმყოფოში, მათ შორის საზოგადოებაში შეძენილი და ჰოსპიტალიზებული ან/და საავადმყოფოში შეძენილი და ჰოსპიტალიზებული შემთხვევები. მიუთითეთ წელი ცალკე ცვლაში (YearOfCovidData).

გასულ წელს საავადმყოფოში COVID-19-ის აფეთქებების რაოდენობა. COVID-19-ის აფეთქების ან კლასტერების რაოდენობა საავადმყოფოში გასულ წელს. კლასტერის შემოთავაზებული განმარტება არის მინიმუმ 2 დადასტურებული სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული COVID-19-ის შემთხვევა პაციენტებსა და/ან ჯანდაცვის თანამშრომლებს შორის, რომლებიც დაკავშირებულია დროში და სივრცეში. თუ მონაცემები არ არის ხელმისაწვდომი ამ განმარტების მიხედვით, აღრიცხეთ კლასტერების/აფეთქებების რაოდენობა ეროვნული ან ადგილობრივი განმარტების მიხედვით და მიუთითეთ განმარტება კომენტარებში/დაკვირვებებში (ფორმა H3). მიუთითეთ წელი ცალკე ცვლადად (YearOfCovidData).

ამჟამინდელი COVID-19 შემთხვევების რაოდენობა საავადმყოფოში. COVID-19 შემთხვევების რაოდენობა საავადმყოფოში მომენტალური პრევალენტობის კვლევის დროს, მათ შორის ჰოსპიტალიზებული საზოგადოებაში დაწყებული და ჰოსპიტალიზებული საავადმყოფოში დაწყებული შემთხვევები. თუ შესაძლებელია, აღრიცხეთ ეს რიცხვი ბოლო მომენტალური პრევალენტობის კვლევის დღეს მიმდინარე საავადმყოფოში.

COVID-19-ის შემთხვევების რაოდენობა, რომელიც კვლევის მომენტში იმყოფებოდა ინტენსიურ პალატაში. COVID-19 შემთხვევების რაოდენობა რეანიმაციულ პალატაში (ICU) ან ინტენსიური მოვლის პალატაში მომენტალური პრევალენტობის კვლევის ჩატარების დროს. თუ შესაძლებელია, აღრიცხეთ ეს რიცხვი მომენტალური პრევალენტობის კვლევის ბოლო დღეს მიმდინარე საავადმყოფოში.

COVID-19-ის ვაქცინაციით მოცვა ჯანდაცვის პერსონალში (%). ჯანდაცვის პერსონალის ამჟამინდელი პროცენტი, ვინც სრულად არის ვაქცინირებული COVID-19-ის წინააღმდეგ მომენტალური პრევალენტობის კვლევის ჩატარების დროს სრული ვაქცინაციის

განმარტების მიხედვით (მაგ. ეს შეიძლება მოიცავდეს ვაქცინის ერთ ან მეტ დამატებით დოზას). ჯანდაცვის თანამშრომლების სრული ვაქცინაციის განმარტება მომენტალური პრევალენტობის კვლევის დროს გროვდება ეროვნულ კითხვარში (ფორმა N).

გრიპის ვაქცინაციით მოცვა ჯანდაცვის პერსონალში (%). გრიპის საწინააღმდეგოდ ვაქცინირებული ჯანდაცვის პერსონალის პროცენტი გრიპის საწინააღმდეგო ვაქცინაციის ბოლო კამპანიის დროს. მიუთითეთ ვაქცინაციის წელი.

ჰაეროვანი გზით გადამდები ინფექციების საიზოლაციო ოთახების რაოდენობა. ჰოსპიტალში ჰაეროვანი გზით გადამდები ინფექციების საიზოლაციო ოთახების რაოდენობა. ჰაეროვანი გზით გადამდები ინფექციების საიზოლაციო ოთახი აღჭურვილი უნდა იყოს უარყოფითი წნევით და უნდა ჰქონდეს რაბი.

ფორმა H2:

ინფექციის პრევენციისა და კონტროლის წლიური გეგმა (IPC) დამტკიცებული აღმასრულებელი დირექტორის მიერ. არსებობს თუ არა ინფექციის პრევენციისა და კონტროლის წლიური გეგმა (IPC) და თუ არსებობს, საავადმყოფოს აღმასრულებელმა დირექტორმა დაამტკიცა ის (გენერალური დირექტორი, აღმასრულებელი დირექტორი) კი/არა.

ინფექციის პრევენციისა და კონტროლის წლიური ანგარიში, დამტკიცებული აღმასრულებელი დირექტორის მიერ. არსებობს თუ არა ინფექციის პრევენციისა და კონტროლის (IPC) ყოველწლიური ანგარიში და თუ ასეა, საავადმყოფოს აღმასრულებელმა დირექტორმა დაამტკიცა ის (გენერალური დირექტორი, აღმასრულებელი დირექტორი) კი/არა.

მეთვალყურეობის ქსელებში მონაწილეობა. მიუთითეთ (დიახ/არა), თუ საავადმყოფო მონაწილეობს ეპიდზედამხედველობის ეროვნულ ან რეგიონულ ქსელში შემდეგი ეპიდზედამხედველობის მოდულებისთვის: ქირურგიული ჩარევის მიდამოს ინფექციების ზედამხედველობა (SSI), სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციების ინტენსიურ თერაპიაში ზედამხედველობა (ICU), *C. difficile* ინფექციების ზედამხედველობა (CDI), ანტიმიკრობული რეზისტენტობის ზედამხედველობა EARS-Net პროტოკოლის შესაბამისად (ანტიმიკრობული რეზისტენტობის ზედამხედველობა *S. pneumoniae*, *S. aureus*, *Enterococcus spp.*, *E. coli*, *K. pneumoniae*, *P. aeruginosa* და/ან *A. baumannii*-ს ინვაზიურ შტამებში), საავადმყოფოში ანტიმიკრობული საშუალებების მოხმარების ზედამხედველობა (ზედამხედველობა მე-5 ATC დონეზე განსაზღვრულ დღიურ დოზაზე (DDD) 1000 პაციენტზე დღეში) და სხვა სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციების ან ანტიმიკრობული რეზისტენტულობის მეთვალყურეობის მოდულები (ეროვნული/რეგიონული პროტოკოლები, რომლებისთვისაც ევროპული/ECDC პროტოკოლი არ არსებობს). ადგილობრივი ზედამხედველობა, მონაცემთა შედარებითი ანალიზისა და უკუკავშირისთვის ეროვნულ ან რეგიონულ საკოორდინაციო ცენტრში გადაცემის გარეშე, საკმარისი არ არის.

სხვა სამეთვალყურო ქსელების სპეციფიკაცია. თავისუფალი ტექსტი. მიუთითეთ რომელ სხვა სამეთვალყურო ქსელებში მონაწილეობს საავადმყოფო (თავისუფალი ტექსტი).

მიკრობიოლოგიური ლაბორატორიის მუშაობა შაბათ-კვირას. შაბათ-კვირას შეუძლიათ თუ არა კლინიკის ტებს მოითხოვონ რუტინული მიკრობიოლოგიური ტესტები და მიიღონ შედეგები სტანდარტულ დროში? აღრიცხეთ დიახ/არა/უცნობია ცალკე-ცალკე შაბათისა და კვირის კლინიკური ტესტებისა და სკრინინგ ტესტებისთვის, შესაბამისად.

უნივერსალური ნიღბის საყოველთაო გამოყენების პოლიტიკა COVID-19-ის პრევენციისთვის. არსებობს თუ არა ამჟამად საავადმყოფოში უნივერსალური ნიღბის გამოყენების პოლიტიკა? უნივერსალური ნიღბების პოლიტიკა ამ კონტექსტში გულისხმობს სახის ნიღბების ან რესპირატორების სავალდებულო ტარებას საავადმყოფოს შიგნით, COVID-19-იანი პაციენტების მოვლის გარდა სხვა აქტივობების დროს. (1) არა: არ უჭერს მხარს უნივერსალური ნიღბების პოლიტიკას. სახის ნიღბები საჭიროა მხოლოდ COVID-19-იანი პაციენტების მოვლის დროს და სხვა გარემოებებში, სადაც რეკომენდებულია სახის ნიღბების გამოყენება; (2) დიახ, მხოლოდ რუტინული მოვლისთვის: ჯანდაცვის თანამშრომლებს სჭირდებათ სახის ნიღბები ყველა რუტინული მოვლის დროს (ყველა არა-COVID-19-იანი პაციენტის კონტაქტისას), მაგრამ არა საავადმყოფოს სხვა ადგილებში; (3) დიახ, რუტინული მოვლისთვის და საავადმყოფოს ყველა საერთო ზონაში (მაგ. ექიმების ოთახი): მოთხოვნა ყველა პირისთვის (პერსონალი, პაციენტები, ვიზიტორები, სერვისის პროვაიდერები და სხვა) ყოველთვის ატარონ ნიღბი გარდა კვების და სითხის მიღების დროს. გაითვალისწინეთ, რომ მხოლოდ ბოლო კატეგორია ემთხვევა უნივერსალური ნიღბების განმარტებას ჯანმრთელობის მიხედვით, ხოლო მეორე კატეგორიას მოიხსენიებენ, როგორც „მიზანმიმართულ უწყვეტ სამედიცინო გამოყენებას“[14].

სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციების ზედამხედველობის ავტომატიზაციის ამჟამინდელი ხარისხი: მიუთითეთ სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციების თითოეული ჩამოთვლილი ტიპისთვის, რამდენად ავტომატიზირებულია ზედამხედველობა თქვენს საავადმყოფოში:

0. სრულიად მანუალური: სრულიად მანუალური ზედამხედველობა, პაციენტების შერჩევა, რომლებიც უნდა ჩაერთონ ზედამხედველობაში (მაგ. მოწყობილობის გამოყენების ან პროცედურების საფუძველზე) და სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციების გამოვლენა ხორციელდება სამედიცინო ბარათების მანუალური გადახედვით.

1. მნიშვნელოვანი ავტომატური შეგროვება: პროცედურების ან პაციენტ-დღეების ავტომატური, წესებზე დაფუძნებული პერიოდული შერჩევა, რომლებიც ჩართულები იქნებიან ზედამხედველობაში, მაგ. კონკრეტულ პალატებში მოხვედრის, ქირურგიული პროცედურების ან ისეთი მოწყობილობების გამოყენების საფუძველზე, როგორცაც ცენტრალური კათეტერები; კოდები შეირჩევა მანუალური ჩარევის გარეშე და პირდაპირ

კავშირშია ციფრულ ჩანაწერებთან. შემდგომში, შერჩეულ პაციენტებში, მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციების გამოსავლენად, დიაგრამები ხელით მზადდება

2. ნახევრად ავტომატური: მეთვალყურეობის ქვეშ მყოფი პაციენტების ავტომატური შერჩევა (როგორც #1-ში). ავტომატური ალგორითმი ახორციელებს პაციენტების წინასწარ შერჩევას, რომლებიც საჭიროებენ სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციების არსებობის ხელით დადასტურებას, ეფუძნება ჯანმრთელობის ელექტრონული ჩანაწერებიდან ამოღებულ ინფორმაციას და უკავშირდება ციფრული მეთვალყურეობის ჩანაწერს.

3. სრულად ავტომატური: მეთვალყურეობის ქვეშ მყოფი პაციენტების ავტომატური შერჩევა (როგორც #1-ში) და სრულად ავტომატიზებული ალგორითმი სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციების გამოვლენისთვის, რომელიც ეფუძნება ჯანმრთელობის ელექტრონული ჩანაწერებიდან ამოღებულ ინფორმაციას. ეს ნიშნავს, რომ ხელით შერჩევის ან დადასტურების ნაბიჯი არ არის საჭირო.

4. სხვა: ელექტრონულად ხელმისაწვდომი მონაცემთა ბაზები გამოიყენება ან პაციენტების წინასწარ შესარჩევად, რომლებიც უნდა ჩაერთონ ზედამხედველობაში (მნიშვნელის შეგროვება) და/ან პაციენტების წინასწარ შესარჩევად, რომლებსაც ესაჭიროებათ სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციების არსებობის ხელით დადასტურება (მაგ. მიკრობიოლოგიის მონაცემთა ბაზიდან) ავტომატური პირდაპირი დაკავშირების გარეშე ელექტრონულ მეთვალყურეობის ჩანაწერთან (შერჩევის პროცესისთვის ჯერ კიდევ საჭიროა მანუალური ნაბიჯები).

9. არ სრულდება: ამ ტიპის სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციების ზედამხედველობა არ ტარდება.

ზედამხედველობის ავტომატიზაციის მიმდინარე ხარისხი მოთხოვნილია შემდეგი ტიპის სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციებისთვის:

- ქირურგიული ჩარევის მიდამოს ინფექცია (SSI): ქირურგიული ჩარევის მიდამოს ინფექციების ზედამხედველობა ერთი ან მეტი კატეგორიის ოპერაციისთვის.
- სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული სისხლის ნაკადის სისტემის ინფექცია (HA-BSI): სისხლის ნაკადის ინფექციების ზედამხედველობა, რომელიც იწყება საავადმყოფოში ყოფნის მე-3 დღეს ან მიღებიდან 48 საათის ან მეტი ხნის შემდეგ, სისხლის ნაკადის ინფექციების წარმოშობის (წყაროს) დადგენით ან მის გარეშე.
- ცენტრალურ კათეტერთან ასოცირებული სისხლის ნაკადის ინფექცია (CLABSI) (სინონიმი: ცენტრალურ სისხლძარღვთა კათეტერთან (CVC) ასოცირებული სისხლის ნაკადის ინფექცია) ან ცენტრალურ სისხლძარღვთა კათეტერთან დაკავშირებული ინფექცია: ცენტრალურ სისხლძარღვთა კათეტერთან/ცენტრალური ხაზთან ასოცირებულში იგულისხმება ცენტრალური სისხლძარღვთა კათეტერის არსებობამდე 48 საათის განმავლობაში პირველადი სისხლის ნაკადის ინფექცია (ანუ სისხლის ნაკადის ინფექცია, რომელიც არ მომდინარეობს (არ არის მეორეული) სხვა ინფექციის

წყაროებიდან; ცენტრალურ სისხლძარღვთა კათეტერთან დაკავშირებული სისხლის ნაკადის ინფექცია ეყრდნობა მიკრობიოლოგიურ ან კლინიკურ კრიტერიუმებს, რათა დადგინდეს სისხლის ნაკადის ინფექციის წარმოშობა (იხ. სისხლის ნაკადის ინფექციის წარმოშობის და შემთხვევის განმარტება CRI3).

- კათეტერთან ასოცირებული საშარდე გზების ინფექცია (CAUTI): საშარდე გზების ინფექციის დაწყებამდე 7 დღის ფარგლებში საშარდე კათეტერის არსებობით.
- სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული პნევმონია (HA-PN): პნევმონია (იხ. შემთხვევის განმარტება), რომელიც იწყება საავადმყოფოში ყოფნის მე-3 დღეს ან მიღებიდან 48 საათის ან მეტი ხნის შემდეგ, ინვაზიური მოწყობილობის გამოყენებასთან კავშირის დადგენით ან მის გარეშე.
- ვენტილატორთან ასოცირებული პნევმონია (VAP) ან ინტუბაციასთან ასოცირებული პნევმონია (IAP), იხილეთ შემთხვევის განმარტებები.
- *Clostridoides difficile* ინფექციები (CDI)

სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციების ავტომატური მეთვალყურეობის შესაძლებლობა: ავტომატური ზედამხედველობა მოითხოვს მონაცემების ამოღებას ჯანმრთელობის ელექტრონული ჩანაწერებიდან სტრუქტურირებულ და, სასურველია, საერთო ფორმატში. ქვემოთ ჩამოთვლილი მონაცემთა წყაროებისთვის მიუთითეთ:

- 1) არის თუ არა მონაცემები ციფრულად შენახული: მონაცემები არსებობს ციფრულ ქვესისტემაში. YH=დიახ, საავადმყოფოს მასშტაბით; YW=დიახ, მხოლოდ კონკრეტულ პალატებში; N=არა; UNK=უცნობია
- 2) თუ კი: მიუთითეთ, ინახება თუ არა მონაცემები სტრუქტურირებულ ფორმატში (მაგ., არა როგორც თავისუფალი ტექსტის ჩანაწერები, არამედ როგორც კოდირებული ან სტანდარტიზებული ინფორმაცია): Y=დიახ / N=არა / NA=არ გამოიყენება / UNK=უცნობია. სტრუქტურირებული და კარგად განსაზღვრული მონაცემების მაგალითები მოიცავს თარიღის ველს სტანდარტულ ფორმატში (დდ/თთ/წწ), ICD-10 დიაგნოსტიკის კოდებს, ATC კოდები გამოწერილი მედიკამენტების ATC მისათითებლად; არასტრუქტურირებული მონაცემების მაგალითია კათეტერის ამოღების შესახებ მხოლოდ თავისუფალი ტექსტის ველებში მოხსენება.

მონაცემთა წყაროების სია:

- ქირურგიული პროცედურები: პროცედურის კოდი, როგორცაა ICD-10, ოპერაციის თარიღი
- მიღებისა და გაწერის თარიღები, საავადმყოფოს დონე
- ცენტრალური კათეტერის გამოყენება: ჩადგმისა და ამოღების თარიღი, ტიპი*
- საშარდე კათეტერების გამოყენება: ჩადგმის/ამოღების თარიღი*

- მიკრობიოლოგიური კულტურის შედეგები (კულტურის შედეგი, სინჯის აღების თარიღი, ნიმუშის ტიპი)
- ანტიმიკრობული პრეპარატის დანიშნულება: ანტიმიკრობული პრეპარატის სახელი ან კოდი (სასურველია ATC კოდი, დონე 5), დაწყების თარიღი, დასრულების თარიღი

* თუ ცენტრალური და საშარდე კათეტერებისთვის ცნობილია მხოლოდ ჩადგმის თარიღი, მაგრამ არა ამოღების თარიღი, მიუთითეთ „დიახ“.

ფორმა H3:

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის (WHO) ინფექციის პრევენციისა და კონტროლის ძირითადი კომპონენტები: საავადმყოფოებს, რომლებიც მონაწილეობენ ECDC-ს მომენტალური პრევალენტობის კვლევაში, შეუძლიათ შეავსონ ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ინფექციის პრევენციისა და კონტროლის შეფასების ჩარჩოს (IPCAF) სრული კითხვარი [10], რათა მხარი დაუჭირონ ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის სახელმძღვანელო პრინციპების განხორციელებას ინფექციის პრევენციისა და კონტროლის პროგრამების ძირითადი კომპონენტების შესახებ [9] გადაუდებელი დახმარების სამედიცინო დაწესებულების დონეზე. კითხვარი უნდა იყოს შევსებული ჯანმოს (WHO) ინფექციის პრევენციისა და კონტროლის პორტალზე, **დაამატეთ URL** . მომენტალური პრევალენტობის კვლევისთვის გამოყენებული ქვეყნის კოდი და საავადმყოფოს კოდი უნდა იყოს შეყვანილი მომენტალური პრევალენტობის კვლევის პორტალზე, რათა შემდგომში შესაძლებელი იყოს მონაცემების მიბმა (HelicsWin.Net-ის გამოყენებისას ეს ინფორმაცია ავტომატურად გადაეცემა WHO-ს ვებსაიტზე).

არასავალდებულო: მოწოდებულია ჯანმოს ინფექციის პრევენციისა და კონტროლის შეფასების ჩარჩოს სრული კითხვარი. კი /არა. თუ კი, უპასუხეთ დიახ ამ კითხვას და შეავსეთ სრული ინფექციის პრევენციისა და კონტროლის შეფასების ჩარჩოს (IPCAF) კითხვარი ჯანმოს ვებსაიტზე. თუ არა, უპასუხეთ არა. ამ შემთხვევაში, მულტიმოდალური სტრატეგიების განხორციელების შესაფასებლად კითხვების დამატებითი სერია უნდა იყოს მოწოდებული (ძირითადი კომპონენტი 5). კითხვები წინა ECDC-ს მომენტალური პრევალენტობის კვლევის პროტოკოლის მულტიმოდალურ სტრატეგიებთან დაკავშირებით (ვერსია 5.3) ამოღებულ იქნა და შეიცვალა ინფექციის პრევენციისა და კონტროლის შეფასების ჩარჩოს კითხვარის კითხვებით.

ინფექციის პრევალენტობის და კონტროლის ინტერვენციების განხორციელების მულტიმოდალური სტრატეგიები (ჯანმოს ძირითადი კომპონენტი 5).

იყენებთ თუ არა მულტიმოდალურ სტრატეგიებს ინფექციის პრევენციის და კონტროლის ინტერვენციების განსახორციელებლად? არა კი უცნობია

თქვენი მულტიმოდალური სტრატეგიები მოიცავს რომელიმე ან ყველა შემდეგ ელემენტს:

- სისტემის ცვლილება: ელემენტი არ შედის მულტიმოდალურ სტრატეგიებში ჩარევა ხდება საჭირო ინფრასტრუქტურისა და მარაგების უწყვეტი ხელმისაწვდომობის უზრუნველსაყოფად ინტერვენციები საჭირო ინფრასტრუქტურისა და მარაგების

უწყვეტი ხელმისაწვდომობის უზრუნველსაყოფად ადგილზეა და ეხება ერგონომიკასა და ხელმისაწვდომობას (მაგ. ცენტრალური ვენური კათეტერის ნაკრებისა და სამედიცინო თასის კომფორტული განთავსება მუშაობის პროცესში)

- განათლება და მომზადება: ელემენტი, რომელიც არ შედის მულტიმოდალურ სტრატეგიებში მხოლოდ წერილობითი ინფორმაცია და/ან ზეპირი ინსტრუქცია და/ან ელექტრონული სწავლება დამატებითი ინტერაქტიული ტრენინგი (მოიცავს სიმულაციას და/ან საწოლთან ვარჯიშს)

- მონიტორინგი და შეფასება: ელემენტი, რომელიც არ შედის მულტიმოდალურ სტრატეგიებში პროცესის ან შედეგის მაჩვენებლებთან შესაბამისობის მონიტორინგი (მაგ. ხელის ჰიგიენის ან კათეტერის პრაქტიკის აუდიტი) შესაბამისობის მონიტორინგი და მონიტორინგის შედეგების დროული გამოხმაურება ჯანდაცვის თანამშრომლებისა და ძირითადი მოთამაშეებისთვის.

- კომუნიკაციები და შეხსენებები: ელემენტი, რომელიც არ შედის მულტიმოდალურ სტრატეგიებში შეხსენებები, პლაკატები ან სხვა ადვოკატირების/ცნობიერების ამაღლების საშუალებები ინტერვენციის ხელშეწყობად დამატებითი მეთოდები/ინიციატივები ერთეულებსა და დისციპლინებში გუნდური კომუნიკაციის გასაუმჯობესებლად (მაგ. შემთხვევის რეგულარული კონფერენციებისა და შეფასების რაუნდების დამყარებით)

- უსაფრთხო გარემო და კულტურის ცვლილება: ელემენტი, რომელიც არ შედის მულტიმოდალურ სტრატეგიებში მენეჯერები/ლიდერები აჩვენებენ თვალსაჩინო მხარდაჭერას და მოქმედებენ როგორც ჩემპიონები და მისაბამი მაგალითები, ხელს უწყობენ ადაპტირებულ მიდგომას და აძლიერებენ კულტურას, რომელიც მხარს უჭერს ინფექციის პრევენციასა და კონტროლს, პაციენტის უსაფრთხოებას და ხარისხს. გარდა ამისა, გუნდებს და ინდივიდებს ეძლევათ უფლებამოსილება, აღიქვან ინტერვენციაზე პასუხისმგებლობა (მაგ. უკუკავშირის საშუალებით)

გამოიყენება თუ არა მულტიდისციპლინარული გუნდი ინფექციის პრევენციასა და კონტროლის მულტიმოდალური სტრატეგიების განსახორციელებლად? არა კი უცნობია

რეგულარულად აკავშირებთ თუ არა კოლეგებს ერთმანეთთან ხარისხის გაუმჯობესებისა და პაციენტის უსაფრთხოების სფეროში ინფექციის პრევენციასა და კონტროლის მულტიმოდალური სტრატეგიების შემუშავებისა და პოპულარიზაციისთვის? არა კი უცნობია

მოიცავს თუ არა ეს სტრატეგიები პაკეტებს ან საკონტროლო სიებს? არა კი უცნობია

H4 ფორმა: ნებაყოფლობითი

საავადმყოფოს მეოთხე ფორმის (H4) ცვლადები სასურველია, შეგროვდეს პალატის დონეზე. თუმცა, ქვეყნებს, რომლებიც მაჩვენებლებს არ აგროვებენ პალატის დონეზე,

შეუძლიათ ამ მონაცემების საავადმყოფოს დონეზე შეგროვება. ასევე, თუ ზოგიერთი პალატიდან ვერ მოხერხდა პალატის დონეზე მაჩვენებლების სრულად შეკრება, საავადმყოფოს დონის მონაცემები შესაძლებელს ხდის ყველა პალატის სრული სურათის მიღებას. მიუთითეთ მონაცემები მიმდინარე ან უახლესი ხელმისაწვდომი წლის შესახებ.

ალკოჰოლური ხელის სადუზინფექციო საშუალებების დისპენსერებით აღჭურვილი საწოლების რაოდენობა პაციენტის მოვლის წერტილში. საავადმყოფოში საწოლების რაოდენობა, რომლებიც აღჭურვილია ალკოჰოლური ხელის სადუზინფექციო საშუალებების დისპენსერებით, როგორც რეკომენდებულია ჯანდაცვის სფეროში ხელის ჰიგიენის შესახებ ჯანმოს 2009 წლის გაიდლაინებში. ალკოჰოლური ხელის სადუზინფექციო საშუალებების დისპენსერები მხოლოდ პაციენტის ოთახის შესასვლელში არ განიხილება, როგორც "ხელმისაწვდომობა მოვლის ადგილზე". „მოვლის ადგილი“ არის ადგილი, რომელიც აერთიანებს სამ ელემენტს: პაციენტს, სამედიცინო პერსონალს და ზრუნვას ან მკურნალობას, რომელიც მოიცავს კონტაქტს პაციენტთან ან მის გარემოსთან (პაციენტის ზონაში). კონცეფცია მოიცავს ხელების ჰიგიენის დაცვის აუცილებლობას რეკომენდებულ მომენტებში ზუსტად იქ, სადაც ხდება პაციენტის მოვლა. ამისთვის საჭიროა, რომ ხელის ჰიგიენის პროდუქტი (მაგ., ალკოჰოლური ხელის სადუზინფექციო საშუალება, თუ ეს შესაძლებელია) იყოს ადვილად ხელმისაწვდომი და რაც შეიძლება ახლოს - გაშლილი ხელის მანძილზე, პაციენტის მოვლა/მკურნალობის ადგილას, პაციენტის ზონის დატოვების გარეშე. ის დისპენსერები, რომლებიც ხელმისაწვდომია, მაგრამ ცარიელია მომენტალური პრევალენტობის კვლევის დღეს, უნდა იყოს შეტანილი მონაცემებში. რიცხვი მიუთითებთ მხოლოდ საკვლევი პალატებისთვის (თუ ხელმისაწვდომია, სხვაგვარად მიუთითეთ მთელი საავადმყოფოსთვის; ბოლო სვეტში დააზუსტეთ „მხოლოდ საკვლევი პალატებისთვის ან მთლიანად საავადმყოფოსთვის“).

საწოლების რაოდენობა, სადაც არსებობს ალკოჰოლური ხელის სადუზინფექციო საშუალების დისპენსერები. წინა ცვლადის მნიშვნელი, ანუ საწოლების ჯამური რაოდენობა, რომლებზედაც შემოწმდა ალკოჰოლური ხელის სადუზინფექციო საშუალებების დისპენსერის არსებობა მოვლის ადგილზე. თუ ყველა პალატა შეფასდებოდა, მაშინ ეს რიცხვი იგივე იქნება, რაც საავადმყოფოს საწოლების საერთო რაოდენობა.

პაციენტის პალატების საერთო რაოდენობა. ოთახების მთლიანი რაოდენობა საკვლევ პალატებში ან მთლიანად საავადმყოფოსთვის. მიუთითეთ რიცხვი მხოლოდ საკვლევი პალატებისთვის. თუ არ არის შესაძლებელი, მიუთითეთ მთელი საავადმყოფოსთვის; ბოლო სვეტში დააზუსტეთ „მხოლოდ საკვლევი პალატებისთვის ან მთლიანად საავადმყოფოსთვის“.

ერთპაციენტიანი პალატების რაოდენობა. ერთპაციენტიანი პალატების საერთო რაოდენობა საკვლევ პალატებს შორის, ან მთლიანად საავადმყოფოსთვის. გთხოვთ, დარწმუნდეთ, რომ ერთპაციენტიანი ოთახების საერთო რაოდენობა შეგროვდა იმავე წელს და იმავე პალატებში (საკვლევ პალატებში ან მთლიანად საავადმყოფოსთვის), სადაც პაციენტის ოთახების საერთო რაოდენობა. უნდა იყოს მითითებული ის ერთზე მეტ საწოლიანი

ოთახებიც, რომლებიც იზოლირებულია (მაგ., ინფექციის კონტროლის მიზნით) და ერთი პაციენტისთვის არის განკუთვნილი.

დაკავებული საწოლების რაოდენობა მომენტალური პრევალენტობის კვლევის დღეს 00:01 საათზე. მომენტალური პრევალენტობის კვლევის დღეს შუაღამეს დაკავებული საავადმყოფოს საწოლების რაოდენობა. რადგან მომენტალური პრევალენტობის კვლევას მთელი საავადმყოფოსთვის, ჩვეულებრივ, რამდენიმე დღე სჭირდება, ეს ცვლადი არ არის აუცილებელი რომ ჩაიწეროს მომენტალური პრევალენტობის კვლევის მონაცემთა შეგროვების პერიოდის დასაწყისში, თუმცა, ის არ უნდა ჩაიწეროს შაბათ-კვირას.

საწოლების რაოდენობა, რომლებიც შეფასდა, იყო თუ არა დაკავებული 00:01 საათზე მომენტალური პრევალენტობის კვლევის დღეს. საავადმყოფოს საწოლების რაოდენობა, რომლებიც შემოწმდა, იყო თუ არა დაკავებული შუაღამეს მომენტალური პრევალენტობის კვლევის დღეს. წინა ცვლადის მნიშვნელი. თუ კვლევა ჩატარდა ყველა საწოლზე, ეს ცვლადი უდრის საავადმყოფოში საწოლების მთლიან რაოდენობას. ბოლო სვეტში დააზუსტეთ „მხოლოდ საკვლევი პალატებისთვის“ ან „მთლიანად საავადმყოფოსთვის“.

საავადმყოფოში მყოფი სამედიცინო პერსონალის პროცენტი, რომლებიც ატარებენ ალკოჰოლის ხელის სადეზინფექციო საშუალების დისპენსერებს. ატარებს სამედიცინო პერსონალი ალკოჰოლის ხელის სადეზინფექციო საშუალების დისპენსერებს? (მაგ. ჯიბეში)? (თუ კი, გთხოვთ აღრიცხოთ პროცენტი). არა=0%, Q0; 1–25%: Q1; 26–50%: Q2; 51–75%: Q3; >75%: Q4

საავადმყოფოში ანტიმიკრობული საშუალებების განხილვა დანიშნულების მიხედვით. არსებობს თუ არა საავადმყოფოში ანტიმიკრობული პრეპარატის მიზანშეწონილობის განხილვის ოფიციალური პროცედურა პირველი დანიშნიდან 72 საათის (სამი კალენდარული დღის) განმავლობაში (დანიშნულების შემდგომი განხილვა)? ოფიციალური დანიშნულების განხილვის პროცედურა უნდა იყოს დოკუმენტირებული და დამტკიცებული საავადმყოფოს მენეჯმენტის მიერ და უნდა განხორციელდეს გარეშე პირის ან გუნდის მიერ, რომელიც არ არის ჩართული მკურნალობაში. პროცედურა, სულ მცირე, უნდა ეხებოდეს ფართო სპექტრის ან სარეზერვო ანტიმიკრობული საშუალებების დანიშვნას. აირჩიეთ ერთი პასუხი. YESALL = დიახ, ყველა პალატაში; YESSEL = დიახ, მხოლოდ შერჩეულ პალატებში (ძირითადად, მაგრამ არა აუცილებლად, ინტენსიურის ჩათვლით); YESICU = დიახ, მხოლოდ ICU-ში; N = არა; UNK=უცნობი.

ზოგადი ცვლადები და შენიშვნები:

წლის მონაცემები. წელი, რომლისთვისაც გამოიყენება საავადმყოფოს სხვა მონაცემები, უნდა იყოს მითითებული თითოეული ცვლადისთვის.

ჩართულია მხოლოდ საკვლევი პალატები/მთლიანად საავადმყოფოსთვის. საავადმყოფოს მონაცემები შეგროვდა მხოლოდ მომენტალურ პრევალენტობის კვლევაში შემავალი პალატებისთვის (კოდი: **Incl** ეს არის რეკომენდებული შემთხვევა) ან მთელი საავადმყოფოსთვის (კოდი:**Tot**); თუ ყველა პალატა შედის მომენტალურ პრევალენტობის

კვლევაში (Incl=Tot), მონიშნეთ „Incl“; უნდა იყოს მითითებული თითოეული ცვლადისთვის.

კომენტარები. თავისუფალი ტექსტი, კომენტარები, მაქსიმუმ 255 სიმბოლო.

შენიშვნა: სრული განაკვეთის ეკვივალენტი (FTE) არის სრული განაკვეთის თანამდებობის/სამუშაოს პროპორცია. ერთი FTE = ერთი სრული დროით პოზიცია, მაგრამ ეს ასევე შეიძლება იყოს ორი განსხვავებული პირის 2 ნახევარ განაკვეთის (50%) პოზიციების ჯამი; 0.10 სრული განაკვეთის ეკვივალენტი არის სრული განაკვეთის პოზიციის 10%. სრული განაკვეთის ეკვივალენტები უნდა მონიშნოს "მომენტალური პრევალენტობის კვლევის დღეს" ან როგორც "დღიური საშუალო" წინა წლისთვის, ცვლადის მიხედვით. თუ ერთი წლის განმავლობაში ხელმისაწვდომია მხოლოდ პერსონალური საათები ან პერსონალური დღეები (მაგ. რეგისტრირებული ექთნებისთვის), ისინი უნდა გადაკეთდეს სრული განაკვეთის ეკვივალენტებად „დღეში“, საათების რაოდენობის მიხედვით სრულ განაკვეთზე პოზიციის ადგილობრივი განმარტების გათვალისწინებით დღეში, კვირაში ან თვეში (და საჭიროების შემთხვევაში, სამუშაო დღეების რაოდენობა თვეში ან წელიწადში).

საავადმყოფოს ცვლადები უნდა დაემატოს მომენტალური პრევალენტობის კვლევის საკოორდინაციო ცენტრის ECDC-ის მიერ TESSy-ში გადაგზავნამდე

ჩანაწერის ID. უნიკალური იდენტიფიკატორი თითოეული საავადმყოფოსთვის-მომენტალური პრევალენტობის კვლევის თითოეულ ქსელში ([NetworkId]+[HospitalId]+[DateStartSurvey]-ის კომბინაცია).

ჩანაწერის ტიპი. ჩანაწერის ტიპი აცნობს TESSy-ს რომელ პროტოკოლს და დონეს ეხება მონაცემები. მომენტალური პრევალენტობის კვლევისთვის ჩანაწერის ტიპი საავადმყოფოს დონეზე (პირველი დონე) არის „HAIPPS“ სტანდარტული პროტოკოლისთვის და „HAIPPSLIGHT“ გამარტივებული პროტოკოლისთვის.

ჩანაწერის ტიპის ვერსია. შეიძლება არსებობდეს ჩანაწერის ტიპის ერთზე მეტი ვერსია.

საგანი. შესატყობინებელი "დაავადება". მომენტალური პრევალენტობის კვლევისთვის "HAIPPS" ყველა დონისთვის.

მონაცემების წყარო. ერთ ქვეყანას შეიძლება ჰქონდეს რამდენიმე მონაცემთა წყარო. უნდა შეესაბამებოდეს TESSy-ში განსაზღვრულ მონაცემთა წყაროს სახელს (მაგ. CC-HAI, სადაც „CC“ არის ქვეყნის კოდი); მონაცემთა ერთი წყარო შეიძლება გამოყენებულ იქნას სხვადასხვა სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციების მონაცემების ასატვირთად (მაგ. SSI, ICU და PPS), თუ საკოორდინაციო ცენტრი ერთი და იგივეა სხვადასხვა ზედამხედველობის პროტოკოლისთვის.

ანგარიშის წარმდგენი ქვეყანა. ჩანაწერების წარმდგენი ქვეყანა, კოდები იხილეთ კოდების წიგნი.

სტატისტიკისთვის გამოყენებული თარიღი. გამოკითხვის დაწყების თარიღი საავადმყოფოში; ეს თარიღი საშუალებას იძლევა განვასხვავოთ განმეორებითი გამოკითხვები ერთი და იმავე დაწესებულებისთვის. ქვეყნებს შეუძლიათ ატვირთონ ერთზე მეტი მომენტალური პრევალენტობის კვლევა ერთ წელიწადში.

სტატუსი. ანგარიშგების სტატუსი, ახალი/განახლება ან წაშლა (დეაქტივაცია). შეუსრულებლობის, გამოტოვების შემთხვევაში: NEW/განახლება. თუ დაყენებულია DELETE, ჩანაწერი მოცემული ჩანაწერის იდენტიფიკატორით წაიშლება TESSy-ის მონაცემთა ბაზიდან (უფრო სწორად, გაუქმებული). თუ დაყენებულია NEW/UPDATE ან არის ცარიელი, მონაცემთა ბაზაში კეთდება ახალი ჩანაწერი.

ქსელის იდენტიფიკატორი. თითოეული დაკვირვების საიტის/PPS-ის ქსელის უნიკალური იდენტიფიკატორი, რომელიც არჩეულია და შექმნილია ქვეყნის მიერ. ეს ველი კომბინირებულია საავადმყოფოს იდენტიფიკატორთან საავადმყოფოს უნიკალური კოდის შესაქმნელად, ვინაიდან ერთი ქვეყნის რამდენიმე ქსელმა შეიძლება გამოიყენოს საავადმყოფოს ერთი და იგივე კოდი. შესაძლებელია არ მიეთითოს, თუ ქვეყნის ფარგლებში ანგარიშის წარმდგენი საავადმყოფოს იდენტიფიკატორი არის უნიკალური.

საავადმყოფოს ლოკაცია. რეგიონი (NUTS 1 კოდი), სადაც მდებარეობს საავადმყოფო; NUTS 1 კოდები იხილეთ კოდების წიგნში.

საავადმყოფო ეროვნული რეპრეზენტატიული ამონარჩევის ნაწილია. „დიახ“, თუ ჰოსპიტალი არის საავადმყოფოების ეროვნული რეპრეზენტატიული ამონარჩევის ნაწილი (თუ ეროვნული შერჩევის მეთოდი უზრუნველყოფს რეპრეზენტატიულ ამონარჩევს, მხოლოდ ეს საავადმყოფოები იქნება ჩართული ეროვნულ მონაცემებში ევროკავშირის დონეზე; იხილეთ თავი შერჩევის შესახებ). წარდგენილი იქნება ეროვნული/რეგიონული მომენტალური პრევალენტობის კვლევის კოორდინატორის მიერ.

პალატის მონაცემები

პალატის მონაცემები შეიძლება შეგროვდეს სტანდარტული და გამარტივებული პროტოკოლის ვარიანტებში. პალატის დონის მაჩვენებლები არჩევითად შეიძლება შეგროვდეს საავადმყოფოს დონეზე, მთელი საავადმყოფოსთვის (ფორმა H3), ნაცვლად (ან დამატებით) თითოეული პალატისა. პალატის დონის მნიშვნელის მონაცემები არ არის სავალდებულო სტანდარტული ვარიანტისთვის, მაგრამ სავალდებულოა გამარტივებული ვარიანტისთვის. მნიშვნელის მონაცემები გროვდება ყველა პაციენტისთვის, რომლებიც მიიღეს პალატაში დილის 8 საათზე ან 8 საათამდე და არ იყვნენ გაწერილები გამოკითხვის დროს.

ფიგურა 7. პალატის მონაცემები (ფორმა W)



ECDC-მომენტალური პრევალენტობის კვლევა სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციებისა და ანტიმიკრობული საშუალებების გამოყენების შესახებ
ფორმა W პალატის მონაცემები

საავადმყოფოს კოდი [] პალატის დასახელება (აბრ.) /ერთეულის ID [] გამოკითხვის თარიღი: ___ / ___ / ___
 დდ / თთ / წწ

პალატის სპეციალიზაცია პედიატრია NEO ICU MED ქირურგია G/O GER ფსიქიატრიული რეაბილიტაცია გრძელვადიანი მოვლა (LTC) სხვა შერეული

პალატაში მყოფი პაციენტების რაოდენობა¹ []
 პაციენტების რაოდენობა კონსულტანტის/პაციენტის სპეციალიზაციის მიხედვით (მხოლოდ გამარტივებულ პროტოკოლში):

კონსულტანტის/პაციენტის სპეციალიზაცია	პალატაში პაციენტის რაოდენობა ⁴

არსებობს თუ არა ამ პალატაში ანტიმიკრობული საშუალების მიზანშეწონილობის განხილვის ოფიციალური პროცედურა პირველი დანიშნუიდან 72 საათის განმავლობაში (რეცეპტის შემდგომი განხილვა)? კი არა

	რაოდენობა	წელი ⁵
პაციენტ-დღეების რაოდენობა პალატაში		
ალკოჰოლური ხელის სანიტარის მოხმარება პალატაში ლიტრი/წელი ⁶		
ხელის ჰიგიენის შესაძლებლობის რაოდენობა/ წელი		
პალატაში საწოლების რაოდენობა		
საწოლების რაოდენობა AHR დისპენსერებით მოვლის წერტილში		
ჯანდაცვის მუშაკთა რაოდენობა პალატაში PPS-ის დროს		
ჯანდაცვის მუშაკთა რაოდენობა პალატაში, რომლებიც ატარებენ AHR დისპენსერებს		
პალატების რაოდენობა		
ერთადდგლიანი პალატების რაოდენობა		
დაკავებული საწოლების რაოდენობა PPS-ის დღეს 00.01 საათზე		

¹ თუ ეს შესაძლებელია, იმავე პალატაში მყოფი პაციენტები უნდა შედიოდნენ ერთ დღეს; ² მთავარი პალატის სპეციალიზაცია: >=80% პაციენტებისა უნდა ეუთვნოდეს სპეციალიზაციას, სხვა შემთხვევაში აირჩიეთ შერეული; ³ არჩევითი სტანდარტისთვის, სავალდებულო გამარტივებული პროტოკოლისთვის; ⁴ პალატაში შეყვანილი პაციენტების რაოდენობა დილის 8 საათამდე ან დილის 8:00 საათზე და გამოკითხვის დროს არ გაწერილი პალატიდან; ⁵ წელი: მონაცემების წელი, წინა წლის ან უახლესი ხელმისაწვდომი წლის; ⁶ იმავე წელს პალატისთვის მიწოდებული ალკოჰოლური ხსნარი ლიტრებში; N = რაოდენობა; AHR=ალკოჰოლის შემცველი ხელის გამწმენდი ხსნარი, HCW=ჯანდაცვის მუშაკები.

კომენტარები/დაკვირვებები: _____

პალატის მონაცემების განმარტება

გამოკითხვის თარიღი. პალატაში მონაცემების შეგროვების თარიღი. ერთი პალატის მონაცემები უნდა შეგროვდეს ერთ დღეს; თარიღი დდ/თთ/წწ.

საავადმყოფოს კოდი. ეროვნული/რეგიონული მომენტალური პრევალენტობის კვლევის საკოორდინაციო ცენტრის მიერ მინიჭებული საავადმყოფოს იდენტიფიკატორი/კოდი; უნიკალური კოდი ზედამხედველობის/მომენტალური პრევალენტობის კვლევის ქსელის მიხედვით, იგივე უნდა დარჩეს სხვადასხვა მომენტალური პრევალენტობის კვლევის პერიოდებში/წლებში.

პალატის სახელი (შემოკლებით)/ID. თითოეული პალატის უნიკალური იდენტიფიკატორი; აუცილებელია მნიშვნელისა და სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციების/ ანტიმიკრობული საშუალებების გამოყენების მონაცემების დასაკავშირებლად; უნდა იყოს გამოყენებული თანმიმდევრულად ყველა ფორმაზე და იგივე უნდა დარჩეს სხვადასხვა მომენტალური პრევალენტობის კვლევის პერიოდებში/წელში.

პალატის სპეციალიზაცია. მთავარი პალატის სპეციალიზაცია (პაციენტების $\geq 80\%$ საჭიროებენ ამ სპეციალიზაციას). თუ 80% -ზე ნაკლებია, უწოდეთ „შერეული პალატა“ (MIX). PED=პედიატრია, NEO=ნეონატალური, ICU=ინტენსიური თერაპია, MED=მედიცინა, SUR=ქირურგია, GO=გინეკოლოგია/მეანობა, GER=გერიატრია, PSY=ფსიქიატრია, RHB=რეაბილიტაცია, LTC=გრძელვადიანი მკურნალობა, OTH=სხვა, MIX=შერეული.

როგორც წესი, პალატის სპეციალიზაციის კოდი შედგება მთავარი კონსულტანტის/პაციენტის სპეციალიზაციის სამი პირველი ასოსგან, ორი გამონაკლისით: კოდი ICUNEO (NICU), როგორც პალატის სპეციალიზაცია NEO და ICUPED (PICU), როგორც პალატის სპეციალიზაცია PED. პალატის სპეციალიზაცია შეიძლება გაერთიანდეს პაციენტის სპეციალიზაციასთან სპეციალიზაციის დაზუსტებისთვის, მაგ. პედიატრიაში: პალატის სპეციალიზაცია PED + პაციენტის სპეციალიზაცია: ICUPED = პედიატრიული ICU, PED + SURCARD = პედიატრიული კარდიოქირურგია, PED + MEDONCO = პედიატრიული ონკოლოგია.

ჯანსაღ ახალშობილთა პალატა ან უნდა იყოს მიკუთვნებული GO-სთან (GOBAB), როდესაც ის მდებარეობს მეანობაში, ან PED-თან (PEDBAB), თუ ის მდებარეობს პედიატრიაში.

შენიშვნა: როგორ მივუჩინოთ კოდები პედიატრიულ პაციენტებს: გამოიყენეთ პალატის კოდი PED პედიატრიული პალატებისთვის. თუ პალატის სპეციალიზაციის კოდი არის PED, მაშინ პაციენტები უნდა იყვნენ კოდირებული კონსულტანტის/პაციენტის სპეციალიზაციით MEDGEN, MEDSUR და ა.შ. კონსულტანტის/პაციენტის სპეციალიზაცია PEDGEN ჩვეულებრივ გამოიყენება მხოლოდ მოზრდილთა პალატაში მყოფი პედიატრიული პაციენტებისთვის.

პალატაში პაციენტთა საერთო რაოდენობა. პალატაში შეყვანილი პაციენტების საერთო რაოდენობა დილის 8 საათამდე ან დილის 8 საათზე, რომლებიც გამოკითხვის დროს არ გაწერეს პალატიდან. ეს სავალდებულოა გამარტივებული პროტოკოლის ვარიანტისთვის, მაგრამ არჩევითია სტანდარტული პროტოკოლის ვარიანტისთვის.

პალატაში პაციენტების რაოდენობა კონსულტანტის/პაციენტის სპეციალიზაციის მიხედვით. მხოლოდ გამარტივებული პროტოკოლის ვარიანტი. პალატაში შეყვანილი პაციენტების რაოდენობა დილის 8 საათამდე ან დილის 8 საათზე, რომლებიც გამოკითხვის დროს არ გაწერეს პალატიდან. აღირიცხება ცალ-ცალკე თითოეული კონსულტანტის/პაციენტის სპეციალიზაციისთვის.

კონსულტანტი/პაციენტის სპეციალიზაცია. პაციენტზე პასუხისმგებელი ექიმის სპეციალიზაცია ან ძირითადი სპეციალიზაცია, რომლისთვისაც პაციენტი შეიყვანეს საავადმყოფოში. იხილეთ სპეციალიზაციის სია (ექვსასოიანი კოდები). პალატის მონაცემებში, ეს ცვლადი უნდა შეივსოს მხოლოდ გამარტივებული პროტოკოლის ვარიანტში. ასევე იხილეთ პაციენტის მონაცემები.

პალატაში ანტიმიკრობული საშუალებების დანიშნულების შემდგომი განხილვა. არსებობს თუ არა საავადმყოფოში ანტიმიკრობული პრეპარატის დანიშვნის მიზანშეწონილობის განხილვის ოფიციალური პროცედურა პირველი დანიშვნიდან 72 საათის (სამი კალენდარული დღის) განმავლობაში. დანიშნულების შემდგომი განხილვის პროცედურა უნდა იყოს დოკუმენტირებული და დამტკიცებული საავადმყოფოს მენეჯმენტის მიერ და უნდა განხორციელდეს გარეშე პირის ან გუნდის მიერ, რომელიც არ არის ჩართული სამკურნალო პროცესში. პროცედურა, სულ მცირე, უნდა ეხებოდეს ფართო სპექტრის ან სარეზერვო ანტიმიკრობული საშუალებების დანიშვნას. კი/რა

პაციენტ-დღეების რაოდენობა პალატაში. პაციენტ-დღეების რაოდენობა ერთი წლის განმავლობაში მიმდინარე პალატაში (თუ წინა წლის მონაცემები ხელმისაწვდომია, მიუთითეთ წელი მეორე სვეტში).

ალკოჰოლური ხელის სადეზინფექციო ხსნარის გამოყენება პალატაში (ლიტრი/წელიწადში). ერთი წლის განმავლობაში პალატაში შეტანილი ალკოჰოლური სადეზინფექციო ხსნარის რაოდენობა. საჭიროა იმავე წლის მონაცემები პალატაში მყოფი პაციენტ-დღეების რაოდენობის შესახებ.

პალატაში/წელიწადში დაფიქსირებული ხელების ჰიგიენის შესაძლებლობების რაოდენობა. რამდენი ხელის ჰიგიენის შესაძლებლობა დაფიქსირდა მიმდინარე პალატაში ერთ წელიწადში. მიუთითეთ წინა წლის ან უახლესი მონაცემები (მიუთითეთ წელი მეორე სვეტში). მონიშნეთ ხელის ჰიგიენისთვის დაფიქსირებული შესაძლებლობების რაოდენობა სრულად და არა მხოლოდ შესაბამისი დაკვირვებები.

საწოლების რაოდენობა პალატაში. საწოლების საერთო რაოდენობა პალატაში მომენტალური პრევალენტობის კვლევის დღეს. კვლევაში ჩართეთ ე.წ. „დერეფნის საწოლები“ და ახალშობილთა საწოლები.

ალკოჰოლური ხელის სადეზინფექციო საშუალებების დისპენსერებით აღჭურვილი საწოლების რაოდენობა პაციენტის მოვლის წერტილში. საავადმყოფოში საწოლების რაოდენობა, რომლებიც აღჭურვილია ალკოჰოლური ხელის სადეზინფექციო საშუალებების დისპენსერებით, როგორც რეკომენდებულია ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის 2009 წლის გაიდლაინებში ჯანდაცვის სფეროში ხელის ჰიგიენის შესახებ. ალკოჰოლური ხელის სადეზინფექციო საშუალებების დისპენსერები მხოლოდ პაციენტის ოთახის შესასვლელში არ განიხილება, როგორც "ხელმისაწვდომობა მოვლის ადგილზე". „მოვლის წერტილი“ არის ადგილი, რომელიც აერთიანებს სამ ელემენტს: პაციენტს, სამედიცინო პერსონალს და ზრუნვასა ან მკურნალობას, რომელიც მოიცავს კონტაქტს პაციენტთან ან მის გარემოცვასთან (პაციენტის ზონაში). კონცეფცია მოიცავს ხელების

ჰიგიენის დაცვის აუცილებლობას რეკომენდებულ მომენტებში ზუსტად იქ, სადაც ხდება პაციენტის მოვლა. ამისთვის საჭიროა, რომ ხელის ჰიგიენის პროდუქტი (მაგ. ალკოჰოლური ხელის სადეზინფექციო საშუალებება, თუ ეს შესაძლებელია) იყოს ადვილად ხელმისაწვდომი და რაც შეიძლება ახლოს - ხელის გაწვდის დისტანციაზე, პაციენტის მოვლა/მკურნალობის ადგილას, პაციენტის ზონის დატოვების გარეშე.

სამედიცინო პერსონალის რაოდენობა პალატაში მომენტალური პრევალენტობის კვლევის დროს. სამედიცინო პერსონალის (HCWs) რაოდენობა პალატაში მომენტალური პრევალენტობის კვლევის დროს. ამ ცვლადის მიზანია გაზომოს, მათი რა ნაწილი ატარებს ალკოჰოლური სადეზინფექციო ხსნარის დისპენსერებს. ამიტომ, ის სამედიცინო პერსონალი არ უნდა იყოს ჩართული კვლევაში, რომელთა შესახებაც არ არის ინფორმაცია ალკოჰოლური ხელის სადეზინფექციო ხსნარების ტარების შესახებ.

რა რაოდენობის სამედიცინო პერსონალი ატარებს ალკოჰოლური სადეზინფექციო ხსნარის დისპენსერებს. სამედიცინო პერსონალის რაოდენობა, რომლებიც ატარებენ ალკოჰოლური სადეზინფექციო ხსნარის დისპენსერებს.

პალატაში ოთახების რაოდენობა. პალატების საერთო რაოდენობა პალატაში მომენტალური პრევალენტობის კვლევის დღეს.

ერთადგილიანი პალატების რაოდენობა. ერთადგილიანი პალატების საერთო რაოდენობა პალატაში მომენტალური პრევალენტობის კვლევის დღეს. უნდა იყოს გათვალისწინებული ერთზე მეტ საწოლიანი ოთახები, რომლებიც იზოლირებულია (მაგ. ინფექციის კონტროლის მიზნით) და განკუთვნილია ერთი პაციენტისთვის.

დაკავებული საწოლების რაოდენობა მომენტალური პრევალენტობის კვლევის დღეს 00:01 საათზე. პალატის საწოლების რაოდენობა, რომლებიც დაიკავეს შუალამეს მომენტალური პრევალენტობის კვლევის დღეს (ასევე შეიძლება გაიზომოს შუალამეს მომენტალური პრევალენტობის კვლევის ჩატარების შემდეგ).

კომენტარები/დაკვირვებები. თავისუფალი ტექსტის ველი, მაგალითად, პალატაში კვლევის განხორციელებასთან დაკავშირებული პრობლემების, მონაცემთა ხარისხის პრობლემების ან კონკრეტული ეპიდემიოლოგიური ინფორმაციის აღსანიშნად.

პაციენტის მონაცემები (სტანდარტული პროტოკოლი)

სტანდარტულ (პაციენტზე დაფუძნებული) პროტოკოლში, დემოგრაფიული მონაცემები და რისკის ფაქტორები გროვდება თითოეული პაციენტისთვის, რომელიც იმყოფება/შეყვანილია პალატაში დილის 8-ზე ან 8 საათამდე და არ გაწერილა პალატადან გამოკითხვის დროს (მათ შორის, პაციენტები, რომლებიც არ იღებენ ანტიმიკრობულ საშუალებებს და არ აქვთ სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექცია).

ფიგურა 8. პაციენტზე დაფუძნებული რისკ-ფაქტორები (ფორმა A): ერთი ფორმა თითო პაციენტზე, ანტიმიკრობული საშუალებების გამოყენება და სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციების მონაცემები შეგროვებული ერთ ფორმაზე

ECDC-მომენტალური პრევალენტობის კვლევა სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციებისა და ანტიმიკრობული საშუალებების გამოყენების შესახებ

ფორმა A. სტანდარტული ვარიანტი: პაციენტის მონაცემები, ანტიმიკრობული (AM) გამოყენება და HAI მონაცემები

პაციენტის მონაცემები (შესაგროვებელი ინფ-ია ყველა პაციენტისთვის)

საავადმყოფოს კოდი [] პალატის სახელი (აბრ./)/Unit Id []

გამოკითხვის თარიღი: ___ / ___ / 20___ (დღე/თვე/წელი)

პაციენტის ნომერი: []

ასაკი წლებში: [] წელი; ასაკი, თუ < 2 წელია: [] თვე

სქესი: ქ / მ საავადმყოფოში მიღების თარიღი: ___ / ___ / ___ (დღე/თვე/წელი)

კონსულტანტი/პაციენტის სპეციალურია: []

თუ ახალშობილია, დაბადების წონა: [] გრამი - ქირურგიული ჩარევა მიღების შემდეგ:

ოპერაცია არ ჩატარებულა მინიმალური ინვაზიური/არა NHSN ოპერაცია NHSN ოპერაცია -> მიუთითეთ (სურვილისამებრ): [] არ არის ცნობილი

McCabe ქულა:

არასასეკელი დაავადება საბოლოოდ ფატალური დაავადება

სწრაფი ფატალური დაავადება არ არის ცნობილი

ვაქცინირებული COVID-19-ის წინააღმდეგ:

არა ნაწილობრივი სრული -> დამატებითი დოზები 0 >=2 არ არის ცნობილი

ცენტრალური სისხლძარღვთა კათეტერი: არა კი უცნობი

საშარდე კათეტერი: არა კი უცნობი

ინტუბაცია: არა კი უცნობი

პაციენტი იღებს ანტიმიკრობულ(ებ)ს⁽¹⁾: არა კი

პაციენტი აქვს აქტიური HAI⁽²⁾: არა კი

თუ კი

ანტიბიოტიკი (ზოგადი სახელი) ან ბრენდის	მიღების გზა	ჩვენება	ლიანოზი/აღილი	მიზეზი ჩანაწერებში	ცვლილება? (+ მიზეზი)

(1) იღებს სახე: P- პარენტერალური, O- ორალური, R- რექტალური, I- ინჰალაცია, ჩვენება: მკურნალობის განზრახვა(C), ტრავმადიანი მოვლა (L) ან შეუვა საავადმყოფოს (H) ინფექცია, კრატოლოგიური პროფილაქსია: SPI- ერთჯერადი დოზა, SPI- ერთი დღე, SPI- 2 დღე, MP- საუფროდონი პროფილაქსია, O- სხვა; ს- უცნობი მიაღება, დაგროვილი: ინდივიდუალური სა, მხოლოდ C-ს-ს მიზეზი შემთხვევა: კარ, AM- ამის ცვლილება (+ მიზეზი): N- არ არის ცვლილება, E- ესკალაცია, D- დეეკალაცია, S- გადაჭრის IV-დან ორალურზე, A- არასასურველი ეფექტი; O-სა-შეცვლილი, სხვა/უცნობი მიზეზი: ს-უცნობი.

შემთხვევის განმარტებული კოდი	HAI 1		HAI 2			
	AM (6)	SIR	AM (6)	SIR		
შესაბამისი მოწყობილობა (3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
ყოველწლიური მომენტები	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
დამწვევის თარიღი (4)	/	/	/	/		
ინფექციის წარმოშობა	<input type="checkbox"/> ანტიბიოტიკული კლინიკა <input type="checkbox"/> სხვა კლინიკა <input type="checkbox"/> LTCF <input type="checkbox"/> სხვა/უცნობი	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ანტიბიოტიკული კლინიკა <input type="checkbox"/> სხვა კლინიკა <input type="checkbox"/> LTCF <input type="checkbox"/> სხვა/უცნობი	<input type="checkbox"/>		
HAI-სთან ასოცირებული პალატა	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
ვაზოპროსტიტის მკურნალობა	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
თუ BSI წყარო ⁽⁵⁾						
	MO code	AMR	PDR	MO code	AMR	PDR
მაკრორგანიზმი 1						
მაკრორგანიზმი 2						
მაკრორგანიზმი 3						

(1) შესაბამისი მოწყობილობის გამოცემა ინფექციის დასტავაზე (ინტუბაცია, PPI სივრცე, CVC/PVC BSI-სივრცე, შარდის კათეტერი LFI სივრცე);
(2) მხოლოდ იმ ინფექციებისთვის, რომლებიც არ მოქმედებენ/აქტიურია პაციენტის (დღე/თვე/წელი); (3) C-CVC, C-PVC, S-PUL, S-UTI, S-DIG, S-SI, S-SST, S-DTH, UD, UIC; (4) მხოლოდ იმ ინფექციებისთვის, რომლებიც არ მოქმედებენ/აქტიურია პაციენტის (დღე/თვე/წელი); (5) C-CVC, C-PVC, S-PUL, S-UTI, S-DIG, S-SI, S-SST, S-DTH, UD, UIC; (6) მხოლოდ იმ ინფექციებისთვის, რომლებიც არ მოქმედებენ/აქტიურია პაციენტის (დღე/თვე/წელი); (7) Enterobacteriaceae: CEG + CAR, P. aeruginosa და Klebsiella spp.; CAR, SIR: S-სტრენდინი, I-სუბილენი, R-რეზისტენტული, P-უცნობი; PDR: პანდრუსიტენი; N-არა, P-უცნობი, C-დადასტურებული, S-უცნობი
(8) შესაბამისი მოწყობილობის გამოცემა ინფექციის დასტავაზე (ინტუბაცია, PPI სივრცე, CVC/PVC BSI-სივრცე, შარდის კათეტერი LFI სივრცე);
(9) მხოლოდ იმ ინფექციებისთვის, რომლებიც არ მოქმედებენ/აქტიურია პაციენტის (დღე/თვე/წელი); (10) C-CVC, C-PVC, S-PUL, S-UTI, S-DIG, S-SI, S-SST, S-DTH, UD, UIC; (11) მხოლოდ იმ ინფექციებისთვის, რომლებიც არ მოქმედებენ/აქტიურია პაციენტის (დღე/თვე/წელი); (12) Enterobacteriaceae: CEG + CAR, P. aeruginosa და Klebsiella spp.; CAR, SIR: S-სტრენდინი, I-სუბილენი, R-რეზისტენტული, P-უცნობი; PDR: პანდრუსიტენი; N-არა, P-უცნობი, C-დადასტურებული, S-უცნობი

პაციენტის მონაცემთა განმარტება

საავადმყოფოს კოდი. ეროვნული/რეგიონული მომენტალური პრევალენტობის კვლევის საკოორდინაციო ცენტრის მიერ მინიჭებული საავადმყოფოს იდენტიფიკატორი/კოდი; უნიკალური კოდი მეთვალყურეობის/მომენტალური პრევალენტობის კვლევის ქსელისთვის.

პალატის სახელი. საავადმყოფოს პალატის შემოკლებული სახელწოდება: აუცილებელია მნიშვნელისა და სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციების /ანტიმიკრობული პრეპარატების გამოყენების მონაცემების დასაკავშირებლად; მუდმივად უნდა იყოს გამოყენებული ყველა ფორმაზე და იგივე უნდა დარჩეს სხვადასხვა მომენტალური პრევალენტობის კვლევის პერიოდებში/წელში.

პალატის სპეციალიზაცია. მთავარი პალატის სპეციალიზაცია (პაციენტების $\geq 80\%$ საჭიროებენ ამ სპეციალობას). თუ 80% -ზე ნაკლებია, აირჩიეთ შერეული პალატა (MIX). იხილეთ მეტი დეტალი პალატის მონაცემებისა და სპეციალიზაციის კოდების სიაში. ეს ცვლადი შეიძლება გამოტოვებული იყოს პაციენტის მონაცემებიდან, თუ ის შეტანილია პალატის მონაცემებში. თუ პალატის მონაცემებში არ არის შეტანილი, ის უნდა ჩაიწეროს პაციენტის ფორმაში.

გამოკითხვის თარიღი. ამ პალატაში მონაცემების შეგროვების თარიღი. მონაცემები ერთი პალატიდან უნდა შეგროვდეს ერთ დღეს (დდ/თთ/წწ). თუ ეს ცვლადი პალატის მონაცემებში შეტანილია, შეიძლება იყოს გამოტოვებული პაციენტის მონაცემებიდან. თუ პალატის მონაცემებში არ არის შეტანილი, მაშინ ის უნდა დაემატოს პაციენტის ფორმას.

პაციენტის ნომერი. პაციენტის ანონიმური ნომერი შესაძლებელს ხდის პაციენტის მონაცემებსა, სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციების ან ანტიმიკრობული საშუალებების გამოყენების მონაცემებს შორის კავშირის დამყარებას. არ არის პაციენტის რეალური იდენტიფიკატორი.

ასაკი წლებში. პაციენტის ასაკი გამოხატული წლებით.

ასაკი თვეებში. პაციენტის ასაკი გამოხატული თვეებით, თუ მისი ასაკი ორ წელზე ნაკლებია.

სქესი. პაციენტის სქესი: M (მამრობითი), F (მდედრობითი) ან უცნ (უცნობი).

საავადმყოფოში მიღების თარიღი. თარიღი, როდესაც პაციენტი მიმდინარე ჰოსპიტალიზაციისთვის მიიყვანეს საავადმყოფოში (დდ/მმ/წწ).

კონსულტანტი/პაციენტის სპეციალიზაცია. პაციენტზე პასუხისმგებელი ექიმის სპეციალიზაცია ან ძირითადი სპეციალიზაცია, რის გამოც პაციენტი შეიყვანეს საავადმყოფოში. თუ კონსულტანტის სპეციალიზაცია განსხვავდება პაციენტის სპეციალიზაციისგან, უპირატესობა მიანიჭეთ პაციენტის სპეციალიზაციას. პედიატრიული პაციენტებისთვის პედიატრიულ პალატაში გამოიყენეთ სუბსპეციალიზაცია (MEDGEN, MEDSUR და ა.შ.) (იხ. პალატის სპეციალიზაცია). გთხოვთ, გაითვალისწინოთ, რომ გრძელვადიანი ზრუნვა არის პალატის სპეციალიზაცია და უნდა იქნას გამოყენებული მხოლოდ გამონაკლის შემთხვევებში, როგორც პაციენტის/კონსულტანტის სპეციალიზაცია.

ქირურგია ჩარევა. პაციენტს ოპერაცია ჩაუტარდა მიმდინარე ჰოსპიტალიზაციის დროს. ქირურგია განისაზღვრება, როგორც პროცედურა, რომელიც ხორციელდება ძირითადად სამკურნალო მიზნით, როდესაც ხდება ლორწოვანი გარსის და/ან კანის გაჭრა (არა

მხოლოდ ნემსის პუნქცია), - აუცილებელი არაა საოპერაციო დარბაზში. პასუხის კატეგორიები: 1. ოპერაციის გარეშე; 2. დიახ, მინიმალური ინვაზიური/არა NHSN ქირურგია (მაგალითები იხ. დანართში); 3. დიახ NHSN ქირურგია (შეგიძლიათ მიუთითოთ კოდები), ჩარევის ICD-9-CM კოდი ქირურგიული ჩარევის მიდამოს ინფექციების ეპიდემიოლოგიის სისტემაში NHSN. 4. უცნობი.

McCabe ქულა. ძირითადი სამედიცინო მდგომარეობის სიმძიმის კლასიფიკაცია. უგულებელყავით მწვავე ინფექციები, მაგ. თუ პაციენტს აქვს აქტიური სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექცია, შეაფასეთ ქულა, რომელიც პაციენტს ჰქონდა ინფექციის დაწყებამდე. პასუხის კატეგორიები: არალეტალური დაავადება (მოსალოდნელია სულ მცირე ხუთწლიანი გადარჩენის პერიოდი); საბოლოოდ ფატალური დაავადება (მოსალოდნელი გადარჩენა ერთიდან ხუთ წლამდე); სწრაფად ფატალური დაავადება (მოსალოდნელია გარდაცვალება ერთი წლის განმავლობაში); უცნობი.

მიუხედავად იმისა, რომ დაავადების პროგნოზი იცვლება დროში, სხვადასხვა საავადმყოფოში მკურნალობის ცვლილებისა და მათი ხელმისაწვდომობის მიხედვით, McCabe-ის ქულების გამოყენება მაინც შეიძლება იყოს სასარგებლო. დაავადებების რამდენიმე მაგალითი და მათი სხვადასხვა McCabe-ის ქულების კატეგორიები მოცემულია ქვემოთ. ეს მაგალითები, კერძოდ, მეორე (საბოლოოდ ფატალური) კატეგორიის მაგალითები, არ არის ამომწურავი, არამედ ასრულებს პროტოკოლისთვის სახელმძღვანელო ფუნქციას.

დაავადების მაგალითები McCabe-ის ქულების სხვადასხვა კატეგორიისთვის:

სწრაფად ფატალური: < ერთი წელი

- ბოლო სტადიის ჰემატოლოგიური ავთვისებიანი სიმსივნეები (გამოუსადეგარია ტრანსპლანტაციისთვის, ან რეციდივი), გულის უკმარისობა ($EF < 25\%$) და ღვიძლის ბოლო სტადიის დაავადება (ტრანსპლანტაციისთვის გამოუსადეგარი რეკალციტრანტული ასციტით, ენცეფალოპათია ან ვარიკოზული ვენები)
- პოლიორგანული უკმარისობა ინტენსიური თერაპიის პალატაში – APACHE II ქულა > 30 , SAPS II ქულა > 70
- ფილტვის დაავადება ფილტვისმიერი გულით

საბოლოოდ ფატალური: ერთი წლიდან ოთხ წლამდე

- ქრონიკული ლეიკემიები, მიელომა, ლიმფომა, მეტასტაზური კარცინომა, თირკმელების ბოლო სტადიის დაავადება (ტრანსპლანტაციის გარეშე)
- მამოძრავებელი ნეირონების დაავადება, გაფანტული სკლეროზი, რომელიც არ რეაგირებს მკურნალობაზე
- ალცჰეიმერის დაავადება/დემენცია
- დიაბეტი, რომელიც საჭიროებს ამპუტაციას ან ამპუტაციის შემდგომ

არა ფატალური: > ხუთი წელი

- დიაბეტი
- კარცინომა/ჰემატოლოგიური ავთვისებიანი სიმსივნე > 80% ხუთწლიანი გადარჩენით
- ანთებითი დაავადებები
- ქრონიკული კუჭ-ნაწლავის, გინეკოლოგიური დაავადებები
- მეანობა
- ინფექციები (მათ შორის შიდსი, C ჰეპატიტი, B ჰეპატიტი – თუ ზედა კატეგორიებს არ ეკუთვნის)
- ყველა სხვა დაავადება

წონა დაბადებისას: დაბადების წონა გრამებში ახალშობილებთვის (ერთ თვეზე ნაკლები ასაკის ჩვილები); წონა დაბადებისას არის ჩვილის წონა დაბადების დროს და არ უნდა შეიცვალოს, რადგან ჩვილი წონაში იმატებს ან იკლებს.

ვაქცინირებულია COVID-19-ის წინააღმდეგ: პაციენტი აცრილია COVID-19-ის წინააღმდეგ. სრული (სრული) ვაქცინაცია: დოზების რაოდენობა ვაქცინის მწარმოებლის მიხედვით. დამატებითი დოზები: პაციენტმა მიიღო ნებისმიერი ვაქცინის ერთი დამატებითი დოზა ან ორი ან მეტი დამატებითი დოზა გამოკითხვის თარიღამდე ორი კვირით ადრე (იგივე ან სხვა მწარმოებლის, ორიგინალი ან ვარიანტ-სპეციფიკური).

ცენტრალური სისხლძარღვის კათეტერი. პაციენტს აქვს ცენტრალური სისხლძარღვოვანი კათეტერი გამოკითხვის დღეს; დიახ/არა/უცნობი.

ცენტრალური სისხლძარღვთა კათეტერი CDC-ს განსაზღვრავს, როგორც:

- ინტრავასკულარული კათეტერი, რომელიც ბოლოვდება გულთან ან მის სიახლოვეს ან ერთ-ერთ დიდ სისხლძარღვში, რომელიც გამოიყენება ინფუზიის, სისხლის ასაღებად ან ჰემოდინამიკური მონიტორინგისთვის. ასევე, სისხლძარღვები მიიჩნევა მაგისტრალურ სისხლძარღვებად BSI ინფექციების ანგარიშგებისას და NHSN ეპიდზედამხედველობის სისტემაში ცენტრალური კათეტერიზაციის დღეების დათვლისთვის: აორტა, ფილტვის არტერია, ზედა ღრუ ვენა, ქვედა ღრუ ვენა, ბრაქიოცეფალური ვენები, შიდა საუღლე ვენები, ლავიწქვეშა ვენები, გარე iliac ვენები, თემოს საერთო ვენები, ბარძაყის ვენები და ახალშობილებში ჭიპის არტერია/ვენა.

შენიშვნები: არც ჩადგმის ადგილის და არც მოწყობილობის ტიპის მიხედვით არ განისაზღვრება არის თუ არა კათეტერი ცენტრალური. კათეტერი უნდა დასრულდეს ერთ-ერთ სისხლძარღვში, გულში ან მის მახლობლად, რათა კვალიფიცირდეს როგორც ცენტრალური.

სტილეთი (კათეტერის გამტარი) განიხილება ინტრავასკულარულ კათეტერად და მისი წვერის ადგილმდებარეობისა და გამოყენების მიხედვით, შეიძლება იყოს ცენტრალური.

კარდიოსტიმულატორის სადენები და სხვა არადრუიანი მოწყობილობები, რომლებიც ჩასმულია ცენტრალურ სისხლძარღვებში ან გულში, არ განიხილება ცენტრალურად, რადგან მათი მეშვეობით არ შეჰყავთ და ამოაქვთ სითხეები.

წყარო: CDC. სისხლის ნაკადის ინფექციის მოვლენა. 2016 წლის იანვარი. ხელმისაწვდომია: http://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/4psc_clabscurrent.pdf

შარდის ბუმტის კათეტერი. გამოკითხვის დღეს პაციენტს აქვს მოთავსებული საშარდე კათეტერი; დიახ/არა/უცნობი.

ინტუბაცია. გამოკითხვის დღეს პაციენტი იმყოფება ინტუბაციის ქვეშ მექანიკური ვენტილაციის გარეშე (ენდოტრაქეალური მილი ან ტრაქეოსტომია); დიახ/არა/უცნობი.

პაციენტი იღებს ანტიმიკრობულ საშუალებ(ებ)ას. გამოკითხვის დღეს პაციენტი იღებს სულ მცირე ერთ სისტემურ ანტიმიკრობულ აგენტს (მიცემული ან დაგეგმილი მკურნალობა, წყვეტილი მკურნალობის ჩათვლით, მაგ. ალტერნატიული დღე; ან სამედიცინო პროფილაქტიკა); ქირურგიული ანტიმიკრობული პროფილაქტიკისთვის შეამოწმეთ მიიღო თუ არა პაციენტმა რაიმე ქირურგიული პროფილაქტიკა 24 საათის განმავლობაში გამოკითხვის დღის დილის 8 საათამდე; კი/არა. თუ კი, შეაგროვეთ გამოყენებული ანტიმიკრობული პრეპარატის მონაცემები.

პაციენტს აქვს აქტიური სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექცია. გამოკითხვის დღეს პაციენტს აქვს აქტიური სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექცია; კი/არა. თუ კი, შეაგროვეთ სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციების მონაცემები.

შენიშვნები:

პაციენტის მონაცემები უნდა შეგროვდეს გამოკითხვის დღეს დილის 8 საათზე პალატაში არსებული/შეყვანილი თითოეული პაციენტისთვის (ინფიცირებული თუ არა), ოღონდ დღის შემთხვევების გამოკლებით (იხ. ჩართვის კრიტერიუმები).

მშობიარობა: დედაც და ახალშობილიც ჩაერთვებიან კვლევაში თუ იქ იმყოფებიან გამოკითხვის დღეს დილის 8 საათზე.

ახალშობილები:

- დაითვალეთ ყველა ინფექცია მათი დაბადების შემდეგ.
- დაარეგისტრირეთ კონსულტანტი/პაციენტის სპეციალიზაცია ჯანმრთელი ახალშობილებისთვის, როგორც GOBAB ან PEDBAB.
- შეანობა: ბუნებრივი მშობიარობის შემთხვევაში, ჩარევების/პროცედურების/მოწყობილობის გარეშე, დედის ინფექცია განიხილება, როგორც სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ ინფექცია დაიწყო მე-3 დღეს ან უფრო გვიან.

ანტიმიკრობული საშუალებების გამოყენების მონაცემები და სმაი-ის მონაცემები

ინფორმაცია შეაგროვეთ მხოლოდ მაშინ, თუ პაციენტი კვლევის დროს იღებს მინიმუმ ერთ ანტიმიკრობულ საშუალებას (გარდა იმ შემთხვევისა, თუ მედიკამენტი მიიღეს ქირურგიული პროფილაქტიკის მიზნით 24 საათის შუალედში კვლევის დღის დილის 8 საათამდე) ან თუ პაციენტს აქვს გადაუდებელი დახმარებასთან დაკავშირებული აქტიური ინფექცია (ამჟამინდელ ან სხვა საავადმყოფოში).

ანტიმიკრობული საშუალებების გამოყენება ხშირად წინ უძღვის სმაი-ის აღმოჩენას. ზოგიერთ პაციენტს შესაძლოა ჰქონდეს სმაი, რომლის მკურნალობაც არ ხდება ანტიმიკრობული საშუალებებით (მაგ. ვირუსული ინფექციები, საშარდე გზების ინფექციები და ა.შ.), რაც მოითხოვს სხვა წყაროების მოძიებას (იხილეთ სმაი-ის შემთხვევების ძიების ალგორითმი). სხვა შემთხვევებში, ექიმმა შესაძლოა უმკურნალოს ინფექციას, რომელიც არ შეესაბამება შემთხვევების განმარტებას. შესაბამისად, ანტიმიკრობული საშუალებების გამოყენებისთვის არსებული დიაგნოზების სია განსხვავდება სმაი-ის შემთხვევების განმარტებებისგან (იხილეთ კოდების წიგნი) და ჩვენებების სიაში მითითებულია ინფექციების მკურნალობის მიზნები. ამ კვლევის მიზანი არ არის ერთმანეთს დაუკავშიროს ანტიბიოტიკების გამოყენებისა და სმაი-ზე (როგორებიცაა მიკროორგანიზმები) არსებული ინფორმაცია. ორივე ტიპის მონაცემი გროვდება ცალ-ცალკე.

ანტიმიკრობული საშუალებების გამოყენების მონაცემები

ქირურგიული პროფილაქტიკა უნდა აღირიცხოს, თუ ის ჩატარდა კვლევამდე ერთი დღით ადრე (ე.ი. კვლევის დღის დილის 8 საათამდე 24 საათით ადრე). ანტიმიკრობული პრეპარატების სხვა დანარჩენი გამოყენების შემთხვევები, ნებისმიერი დანიშნულება ან დაგეგმილი გამოყენება (მათ შორის წყვეტილი გამოყენება, დღეგამოშვებით გამოყენება) უნდა დარეგისტრირდეს მხოლოდ მაშინ, თუ ის იყო კვლევის მომენტში. თუ სამკურნალო ან პროფილაქტიკური მიზნით დანიშნული ანტიმიკრობული პრეპარატი შეიცვალა კვლევის დღეს, ჩაიწერება მხოლოდ ბოლო ანტიმიკრობული პრეპარატი.

შენიშვნა. მიზანი მდგომარეობს იმაში, რომ განისაზღვროს ექიმთა მოსაზრება, რას მკურნალობენ ამისათვის ვნახულობთ ჩანაწერებს პაციენტთა ბარათებში და შესაძლებელია გამოვითხოვოთ დამატებითი ინფორმაცია ექთნებისგან, ფარმაცევტებისგან და ექიმებისგან. დანიშნულების მიზნობრიობის განხილვა არ ხდება. ასევე, არ უნდა იყოს დანიშნულების შეცვლის მცდელობა. პერსონალს არ უნდა გაუჩნდეს ზედამხედველობის ქვეშ ყოფნის შეგრძნება.

ანტიმიკრობული საშუალებების გამოყენების განსაზღვრა

ანტიმიკრობული საშუალებების გენერიკული ან ბრენდული სახელი. დაშვებულია, მაგალითად, ამოქსიცილინი, მაგრამ ასევე ეროვნული ბრენდული სახელები; ATC კოდების ჩათვლით (ATC2: J01 ანტიბაქტერიული, J02 სოკოს საწინააღმდეგო; ATC4:

A07AA, P01AB, D01BA; ATC5: J04AB02). არ მოიცავს ტუბერკულოზის მკურნალობას, თუმცა ანტიტუბერკულოზური მედიკამენტები შედის, როდესაც მას გამოიყენებენ ტუბერკულოზის გარდა სხვა მიკობაქტერიების წინააღმდეგ (MOTT) ან იღებენ მულტიმედიკამენტური რეზისტენტული ბაქტერიის მკურნალობისთვის. ბრენდული ან მედიკამენტური დასახელება უნდა გადაკეთდეს ATC5 კოდებად. იხილეთ კოდების წიგნი, რომელშიც შედის ანტიმიკრობული საშუალებები.

გზა. ანტიმიკრობული საშუალებების მიღების გზები; P=პარენტერული; O=ორალური; R=რექტალური; I=ინჰალაცია.

ანტიმიკრობული საშუალებების გამოყენების ჩვენებები. პაციენტი იღებს სისტემურ ანტიმიკრობულ საშუალებებს:

- მკურნალობის მიზანი: CI: საზოგადოებაში შეძენილი ინფექციები; LI: გრძელვადიანი მოვლის დაწესებულებიდან შეძენილი ინფექციები (მაგ. მოხუცთა თავმჯდომარე) ან ქრონიკული ზრუნვის საავადმყოფოებიდან; HI: გადაუდებელი სერვისების მიმწოდებელი საავადმყოფოებიდან შეძენილი ინფექცია.
- ქირურგიული პროფილაქტიკა: SP1: ერთი დოზა; SP2: ერთი დღე; SP3: > 1 დღე: შეამოწმეთ თუ პაციენტმა მიიღო კვლევის დაწყების დღის დილის 8 საათამდე 24 საათით ადრე- თუ კი, აღნიშნეთ, რომ მან მიიღო მედიკამენტი გუშინ წინ ან კვლევის დღეს, რათა განისაზღვროს ხანგრძლივობა.
- MP. სამედიცინო პროფილაქტიკა.
- O. სხვა ჩვენება (მაგ. ერთრომიცინის გამოყენება, პროკინეტიკური აგენტის სახით).
- UI. უცნობი ჩვენება/მიზეზი (დადასტურებული PPS-ს დროს).
- UNK. უცნობია/ინფორმაცია არ არის, ინდიკაციის შესახებ ინფორმაცია არ შემოწმებულა PPS დროს.

თუ ანტიმიკრობული მკურნალობა განკუთვნილია ინფექციის სამკურნალოდ, შეავსეთ ინფექციის ადგილი (დიაგნოზი). სხვა შემთხვევაში NA (არ გამოიყენება).

დიაგნოზი (ადგილმდებარეობა). დიაგნოზის ჯგუფები ანატომიური მდებარეობის მიხედვით: იხილეთ ანტიმიკრობული საშუალებების გამოყენებისთვის არსებული დიაგნოზის (ადგილმდებარეობა) კოდების სია. გამოყენებულ უნდა იქნას მხოლოდ მაშინ, როდესაც ჩვენება არის „ინფექციის სამკურნალოდ გამოყენება“; არ იწერება პროფილაქტიკის ან სხვა ჩვენების შემთხვევაში (გამოიყენეთ კოდი NA).

მიზეზი შენიშვნებში: კი/არა. კი, თუ ანტიმიკრობული საშუალების გამოყენების მიზეზი დოკუმენტირებული იყო პაციენტის ბარათში/ჩანაწერებში.

შეიცვალა ანტიმიკრობული საშუალებები? (+ მიზეზი). ინფექციის არსებობის მანძილზე შეიცვალა ანტიმიკრობული საშუალება (ან მიღების გზა), და თუ კი, რა გახდა ამის მიზეზი? თუ ანტიმიკრობული საშუალებები ინფექციის არსებობისას რამდენჯერმე

შეიცვალა, აღნიშნეთ ბოლო ცვლილებების მიზეზი. ცვლილებები უნდა იქნას გათვალისწინებული ინფექციის არსებობისას მთელი მკურნალობის რეჟიმისთვის.

- **N**=უცვლელი, ანტიმიკრობული საშუალება არ შეცვლილა.
- **E**=ესკალაცია: მოხდას ანტიმიკრობული საშუალებების გაძლიერება (ან სხვა ანტიმიკრობული საშუალების დამატება) მიკრობიოლოგიური და/ან კლინიკური მიზეზებიდან გამომდინარე, ე.ი. იზოლირებული მიკროორგანიზმს არ ჰქონდა მგრძობელობა წინა ანტიმიკრობულ საშუალებაზე და/ან მედიკამენტს არ ჰქონდა კლინიკური ეფექტი; მოიცავს იგივე ანტიბიოტიკის ორალურიდან პარენტერალური მიღების გზაზე გადასვლასაც.
- **D**=დე-ესკალაცია: მოხდა ანტიმიკრობული საშუალების შესუსტება მიკრობიოლოგიური და/ან კლინიკური მიზეზების გამო, ე.ი. იზოლირებული მიკროორგანიზმი მგრძობიარე იყო უფრო ვიწრო სპექტრის ან პირველი რიგის ანტიმიკრობულ საშუალებაზე და/ან პაციენტის მდგომარეობა ხელს უწყობს მედიკამენტის ჩანაცვლებას უფრო ვიწრო სპექტრის ან პირველი რიგის ანტიმიკრობული საშუალებით. თუ კვლევისას მოხდა იგივე ჩვენებისთვის მიცემული სხვა ანტიმიკრობული საშუალებების გამოყენების შეწყვეტა, მიუთითეთ დარჩენილი ანტიმიკრობული საშუალებების დე-ესკალაცია.
- **S**=ინტრავენურიდან ორალური გზით მიღებაზე გადასვლა; იგივე ანტიმიკრობული საშუალების მიღების გზა პარენტერალურიდან შეიცვალა ორალურით. შეცვლა შესაძლოა მოხდეს ანტიმიკრობულ საშუალებებს შორის, რომლებიც განეკუთვნებიან ანტიბიოტიკების ერთსა და იმავე კლასს. მაგ., IV ამპიცილინი/სულბაქტამიდან ორალურ ამოქსიცილინი/კლავულანატზე ან IV ცეფტრიაქსონიდან ორალურ ცეფუროქსიმ აქსეტილზე.
- **A**=გვერდითი ეფექტები; ანტიმიკრობული საშუალება შეიცვალა დაფიქსირებული ან მოსალოდნელი გვერდითი ეფექტის გამო.
- **OU**=ცვლილება უცნობი მიზეზის გამო: ანტიმიკრობული საშუალება შეიცვალა სხვა მიზეზის გამო, ან ანტიმიკრობული საშუალება შეიცვალა, მაგრამ მკვლევარი ვერ ადგენს ამის მიზეზს.
- **U**=უცნობია: არ არის ინფორმაცია იმის შესახებ, შეიცვალა თუ არა ანტიმიკრობული საშუალება.

სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციების მონაცემები

ძირითადი ტერმინები და შენიშვნები

კვლევის დღეს სამედიცინო მომსახურებასთან დაკავშირებული აქტიური ინფექციის (გადაუდებელი სერვისების მიმწოდებელ საავადმყოფოში დარჩენასთან დაკავშირებული) არსებობა განისაზღვრება როგორც:

- ინფექცია ითვლება აქტიურად, თუ კვლევის დღეს პაციენტს აქვს მისთვის დამახასიათებელი ნიშნები და სიმპტომები ან ნიშნები და სიმპტომები ჰქონდა მანამდე, თუმცა პაციენტი კვლავ მკურნალობს ინფექციას კვლევის მომენტში. სიმპტომების და ნიშნების არსებობის დადასტურება უნდა მოხდეს მკურნალობის დაწყებამდე, რათა განისაზღვროს ის თუ, რამდენად შეესაბამება ინფექცია სამედიცინო მომსახურებასთან დაკავშირებული ინფექციის შემთხვევის განმარტებას.

და

- სიმპტომები დაიწყო ამჟამინდელი შემოსვლიდან მე-3 დღეს ან მოგვიანებით (შემოყვანის დღე = დღე 1) ან პაციენტს აქვს ინფექცია, თუმცა ის წინა შემოყვანიდან 48 საათზე ნაკლებ დროში ბრუნდება გადაუდებელი სერვისების მიმწოდებელ საავადმყოფოში; ან
- პაციენტი შემოდის (ან ორი დღის განმავლობაში უნვითარდება სიმპტომები) ინფექციით, რომელიც შეესაბამება ქირურგიული ადგილის ინფექციის შემთხვევის განმარტებას (SSI), ე.ი SSI-მ თავი იჩინა ოპერაციიდან 30 დღის მანძილზე (ან ოპერაციისას იმპლანტის გამოყენების შემთხვევაში, ოპერაციიდან 90 დღის მანძილზე განვითარდა ღრმა ან ორგანოს SSI) და პაციენტს აქვს ან სიმპტომები, რომლებიც შეესაბამება შემთხვევის განმარტებას და/ან ინფექციის სამკურნალოდ იღებს ანტიმიკრობულ საშუალებებს; ან
- პაციენტი შემოდის (ან ორი დღის განმავლობაში უნვითარდება სიმპტომები) *C. difficile* ინფექციით გადაუდებელი სერვისების მიმწოდებელი საავადმყოფოდან ბოლო გაწერიდან 28 დღეზე ნაკლებ დროში; ან
- 1-ელ ან მე-2 დღეს პაციენტს ჩაუყენეს ინვაზიური მოწყობილობა, რომელმაც გამოიწვია სმაი-ის განვითარება მესამე დღემდე; ან
- პაციენტს დაუდგინდა COVID-19 და სიმპტომების დაწყების დღე (ან სიმპტომების არ ქონის შემთხვევაში პირველი დადებითი ტესტი) იყო ამჟამინდელი შემოყვანიდან მერვე დღე ან მოგვიანებით (შემოსვლის დღე = დღე 1) (სავარაუდო ან ნამდვილად სამედიცინო მომსახურებასთან დაკავშირებული COVID-19, [Error! Reference source not found.])

შენიშვნები:

- გასინჯვების/გამოკვლევების პასუხები, რომლებიც არ არის ხელმისაწვდომი კვლევის თარიღებში, არც უნდა დასრულდეს კვლევის შემდგომ და მხედველობაშიც არ უნდა იქნეს მიღებული, როდესაც დგინდება, დაკმაყოფილებულია თუ არა შემთხვევის განსაზღვრის კრიტერიუმები. სავარაუდოდ, ეს გამოიწვევს ზოგიერთი რეალური HAI-ს

შემთხვევების უგულვებელყოფას, თუმცა ის შეიძლება ჩაითვალოს მკურნალობის დაწყებამდე არსებული რეტროსპექტიული პერიოდის კომპენსაციად, როცა კვლევის თარიღებში პაციენტს უკვე აღარ აღენიშნება ინფექციისთვის დამახასიათებელი ნიშნები და სიმპტომები.

- *მონიშნეთ COVID-19-ს შემთხვევები, როდესაც სიმპტომები გაჩნდა მიმდინარე ჰოსპიტალიზაციის მესამე დღიდან (ან სიმპტომების არ ქონის შემთხვევაში პირველი დადებითი ტესტიდან), რათა მოხდეს კატეგორიის „განუსაზღვრელი ასოციაციის“ დაფიქსირება (ასევე იხილეთ შემთხვევის განმარტება).*

მოწყობილობასთან დაკავშირებული სმაი. სმაი პაციენტში, რომელთანაც ინფექციის სიმპტომების დაწყებამდე 48 საათის განმავლობაში (თუნდაც შუალედურად) გამოიყენებოდა შესაბამისი მოწყობილობა. ტერმინი „მოწყობილობასთან დაკავშირებული“ გამოიყენება მხოლოდ პნევმონიის, სისხლის ნაკადის ინფექციების და საშარდე გზების ინფექციების დროს. „შესაბამისი მოწყობილობები“ არის საინტუბაციო მილი, ვენის (პერიფერიული/ცენტრალური) კათეტერი და შარდის ბუშტის კათეტერი. თუ ინტერვალი 48 საათზე მეტია, უნდა არსებობდეს დამაჯერებელი მტკიცებულება, რომ ინფექცია დაკავშირებულია მოწყობილობის მოხმარებასთან. კათეტერთან დაკავშირებული საშარდე გზების ინფექციის (UTI) შემთხვევაში, შარდის ბუშტის კათეტერი მოთავსებული უნდა იყოს შვიდი დღის შუალედში საშარდე გზების ინფექციისთვის დამახასიათებელი სიმპტომების და ნიშნების გამოვლენამდე და დადებითი ლაბორატორიული შედეგების მიღებამდე. იხილეთ: Horan et al. Definitions of key terms used in the NNIS system. Am J Infect Control 1997; 25:112-6.

სისხლის ნაკადის ინფექციები (BSI და მეორადი BSI) ყოველთვის რეგისტრირდება, როგორც ცალკეული სმაი-ის წყაროს სპეციფიკაციით ცალკე ველში (პერიფერიული ან ცენტრალური კათეტერი, ინფექციის სხვა ადგილები – S-PUL, S-UTI, S-DIG, S-SSI, S-SST, S-OTH; ერთადერთი გამონაკლისია CRI3 (კათეტერთან-დაკავშირებული ინფექცია მიკრობიოლოგიური კავშირის დოკუმენტაციით ვენურ კათეტერსა და BSI-ს შორის) და ახალშობილთა სისხლის ნაკადის ინფექციები: CRI3 და ნეონატალური BSI-ები ორჯერ არ უნდა იქნეს მონიშნული მომენტალური პრევალენტობის კვლევაში (იხილეთ შემთხვევების განმარტება). მიკრობიოლოგიურად დადასტურებული კათეტერთან დაკავშირებული BSI უნდა იქნეს მონიშნული, როგორც CRI3. ნეონატალური სისხლის ნაკადის ინფექციები უნდა იქნეს მონიშნული, როგორც NEO-LCBI ან NEO-CNSB, BSI-ს წარმოშობასთან ერთად.

სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციების მონაცემები

შემთხვევების განმარტების კოდი. სმაი-ის შემთხვევების განმარტების კოდები: დააკონკრეტეთ სუბკატეგორია, მაგ., PN4, CVS-VASC (იხილეთ კოდების სია, მიმოხილვა და სმაი-ის შემთხვევების განმარტებები დანართ 2-ში). ერთი პაციენტის შემთხვევის განმარტებისას მხოლოდ ერთი კოდი უნდა იყოს მონიშნული (არცერთი სხვა ინფექციის ეპიზოდი). პნევმონიაზე და საშარდე გზების ინფექციებზე შეავსეთ მხოლოდ ერთი სუბკატეგორია (პრიორიტეტული პნევმონია: PN1> PN2> PN3> PN4> PN5; საშარდე

გზების ინფექცია: UTI-A> UTI-B). ლაბორატორიულად დადასტურებული სისხლის ნაკადის ინფექციებზე, წარმოადგინეთ მხოლოდ ერთი BSI, CRI3 (პრიორიტეტი CRI3> BSI), NEO-LCBI ან NEO-CNSB (პრიორიტეტი NEO-LCBI> NEO-CNSB [> BSI]). ინფექციის დაწყებიდან კვლევის დღემდე არსებული ყველა სიმპტომი და ნიშანი უნდა იქნეს მხედველობაში მიღებული, რომ მოხდეს სმაი-ის კატეგორიზაცია.

შესაბამისი მოწყობილობა ადგილზეა: კი/არა/უცნობია. უნდა დაკონკრეტდეს მხოლოდ PN, BSI, NEO-LCBI, NEO-CNSB და UTI შემთხვევაში. პასუხი „კი“, თუ პაციენტს ჩაყენებული ჰქონდა შესაბამისი მოწყობილობა (შუალედურადაც კი) ინფექციის დაწყებამდე 48 საათით ადრე (შვიდი დღე UTI-ს შემთხვევაში), ე.ი. ინტუბაცია პნევმონიისას, ცენტრალური/პერიფერიული ვენური კათეტერი სისხლის ნაკადის ინფექციისას და შარდის ბუმბის კათეტერი UTI შემთხვევაში; Unk=უცნობი;

CDC. მოწყობილობასთან დაკავშირებული ინფექციების განმარტებისთვის იხილეთ Horan TC, et al. Definitions of key terms used in the NNIS system. Am J Infect Control 1997; 25:112-6.

პაციენტს აქვს ინფექცია ჰოსპიტალიზაციისას: კი/არა. ინფექციის სიმპტომები და ნიშნები პაციენტს აღნიშნებოდა საავადმყოფოში შემოსვლისას. თუ არა, აღნიშნეთ ინფექციის დაწყების თარიღი.

დაწყების თარიღი. ინფექციის დაწყების თარიღი (დდ/თთ/წწ). არ იწერება თუ ნიშნები/სიმპტომები პაციენტს აქვს შემოყვანისას, მაგრამ აუცილებელია თუ დაიწყო ამჟამინდელი ჰოსპიტალიზაციისას. ჩაიწერეთ ინფექციის პირველი სიმპტომების და ნიშნების გამოვლენის თარიღი. თუ უცნობია, აღნიშნეთ ინფექციის მკურნალობის დაწყების თარიღი ან დღე, როდესაც პირველი სადიაგნოსტიკო ნიმუში აიღეს. თუ არ არის, არც მკურნალობა ან არც ნიმუში, გთხოვთ მონიშნოთ.

ინფექციის წარმოშობა. ინფექცია დაკავშირებულია (1) ახლანდელ საავადმყოფოსთან; (2) სხვა გადაუდებელი სერვისების მიმწოდებელ საავადმყოფოსთან; (3) გრძელვადიანი მოვლის დაწესებულებასთან; (4) სხვა წარმომავლობა ან უცნობი. ინფექციები, რომლებიც წარმოდგენილია შემოყვანისას შესაძლოა დაკავშირებული იყოს თქვენს საავადმყოფოში წინა ჰოსპიტალიზაციასთან ან სხვა გადაუდებელი სერვისების მიმწოდებელ იდაწესებულებიდან გადმოყვანასთან. კატეგორია „სხვა წარმომავლობა ან უცნობია“ შეიძლება გამოიყენოთ, მაგალითად, ინფექცია, რომელიც დაიწყო ამჟამინდელი ჰოსპიტალიზაციიდან ორი დღის მერე (= სმაი განმარტებით) და რომელიც მკვლევარის აზრით, არაა დაკავშირებული საავადმყოფოში ახლანდელ ჰოსპიტალიზაციასთან.

სმაი დაკავშირებული ამჟამინდელ პალატასთან. სმაი დაკავშირებულია ამჟამინდელ პალატასთან, თუ ინფექცია დაიწყო პალატაში მოთავსებიდან სამი დღის შემდეგ ან მოგვიანებით (სადაც პალატაში მოთავსების დღე არის -დღე 1) ან ინფექცია დაიწყო ამჟამინდელ პალატაში ინვაზიური მოწყობილობის ჩადგმიდან 1-ლ ან მე-2 დღეს ან თუ პაციენტი შემოდის ხელახლა სმაი-ით რომელიც უკავშირდება იმავე პალატაში წინანდელ დარჩენას, 30 დღის შუალედში ოპერაციიდან ქირურგიული ადგილის ინფექციის შემთხვევაში (ან 90 დღე ღრმა და ორგანო/სივრცის SSI იმპლანტაციის შემდეგ), 28

დღეზე ნაკლებ დროში *C. difficile* ინფექციის შემდგომ გაწერიდან, 48 საათზე ნაკლებ დროში (ორი კალენდაური დღე) სხვა სმ-ის გაწერის შემდეგ.

ვაზოპრესორებით მკურნალობა: ვაზოპრესორებით მკურნალობა (მაგ. ნორეპინეფრინი, ეპინეფრინი, ვაზოპრესინი, ფენილეპრინი, დოპამინი) დაიწყო სმ-ის შედეგთა გამო (სეპტიური შოკის მარკერი).

თუ BSI: წყარო. თუ ლაბორატორიულად დამტკიცებული სისხლის ნაკადის ინფექციაა, დააკონკრეტეთ წარმომავლობა: კათეტერთან დაკავშირებული (ცენტრალური: C-CVC, პერიფერიული C-PVC), სხვა ინფექციიდან მეორადი: ფილტვის (S-PUL), საშარდე გზის (S-UTI), საჭმლის მომნელებელი სისტემის (S-DIG), ქირურგიული ადგილის ინფექცია (S-SSI), კანი და რბილი ქსოვილების ინფექცია (S-SST), სხვა ინფექცია (S-OTH), ან BSI (დადასტურებული) უცნობი წარმოშობის (UO); მონაცემები დაკარგულია, ინფორმაცია მიუწვდომელია=UNK; მეორადი BSI მოიხსენიება როგორც ცალკეული სმ-ის, პირველად ინფექციასთან ერთად, თუ ის შეესაბამება შემთხვევის განმარტებას.

მიკროორგანიზმები. შეაგროვეთ კვლევის დღეს ხელმისაწვდომი მიკრობიოლოგიური კვლევის შედეგები (არ დაელოდოთ შედეგებს, რომლებიც არ არის ხელმისაწვდომი კვლევის დღეს). დააკონკრეტეთ სამ მიკროორგანიზმამდე იზოლირებული მიკრობები ექვს ასოიანი კოდის გამოყენებით (მაგ. STAAUR=*Staphylococcus aureus*); იხილეთ კოდების წიგნი.

ანტიმიკრობული რეზისტენტობის ფენოტიპირება. დააკონკრეტეთ მგრძობელობა ანტიმიკრობულ რეზისტენტობისთვის შერჩეულ მარკერებზე მიკროორგანიზმიდან გამომდინარე.

აღნიშნეთ S (მგრძობიარე, სტანდარტული დოზის რეჟიმზე), I (მგრძობიარე, გაზრდილ ექსპოზიციაზე), R (რეზისტენტული) ან UNK (უცნობი) ანტიმიკრობული საშუალებების ჯგუფებზე (უმჯობესია) ან ჯგუფიდან დატესტილი ანტიმიკრობული საშუალებები. ჯგუფზე მგრძობელობა საჭიროებს მინიმუმ ჯგუფიდან ერთ ანტიმიკრობულ საშუალებაზე დატესტვას.

თუ ჯგუფიდან რამდენიმე ანტიბიოტიკი დაიტესტა (მაგ. კარბაპენემები (CAR)), მონიშნეთ ნაკლები მგრძობელობის შედეგები (მაგ. მეროპენემი R + იმიპენემი I = CAR R).

Staphylococcus aureus

- MRSA: oxacillin-ზე (OXA) რეზისტენტული ან სხვა მარკერებთან meticillin-resistant *S. aureus* -ის (MRSA), როგორცაა ceftazidime (FOX), cloxacillin (CLO), dicloxacillin (DIC), flucloxacillin (FLC), meticillin (MET)
- VRSA: გლიკოპეპტიდზე (GLY) რეზისტენტულია : vancomycin-თან (VAN) ან teicoplanin-თან (TEC)
- VISA: გლიკოპეპტიდზე (GLY) საშუალო მგრძობელობა: vancomycin-თან (VAN) ან teicoplanin-თან (TEC)

Enterococcus spp. GLY:

- VRE: გლიკოპეპტიდზე (GLY) რეზისტენტულია: vancomycin-თან (VAN) ან teicoplanin-თან (TEC)

Enterobacterales (ენტერობაქტერიები) (გამოიყოფა: *Escherichia coli*, *Klebsiella* spp., *Enterobacter* spp., *Proteus* spp., *Citrobacter* spp., *Serratia* spp., *Morganella* spp.)

- მესამე თაობის ცეფალოსპორინები (C3G): cefotaxime (CTX), ceftriaxone (CRO), ceftazidime (CAZ)
- კარბაპენემები (CAR): imipenem (IPM), meropenem (MEM), doripenem (DOR)

Pseudomonas aeruginosa

- კარბაპენემები (CAR): imipenem (IPM), meropenem (MEM), doripenem (DOR)

Acinetobacter spp.

- კარბაპენემები (CAR): imipenem (IPM), meropenem (MEM), doripenem (DOR)

პან-რეზისტენტული (PDR). მიკროორგანიზმი არის პან-რეზისტენტული.

- N = არა PDR: მგრძობიარე მინიმუმ დატესტილი ანტიმიკრობული საშუალებებიდან ერთ-ერთზე
- P = შესაძლო PDR: R ან I ლაბორატორიაში/სავადმყოფოში ყველა დატესტილ ანტიმიკრობულ საშუალებაზე
- C = დადასტურებული PDR: R ან I ყველა ანტიმიკრობული საშუალებების კატეგორიებზე, დადასტურებული მიმართვით ან სხვა კლინიკური ლაბორატორიის მიერ, რომელიც ტესტავს რუტინული ტესტების გარდა ანტიმიკრობული საშუალებების დამატებით პანელს, რეფერენსებში გამოქვეყნებული „განმარტება მიკროორგანიზმების მიერ“ შესაბამისად [1]
- UNK=უცნობი

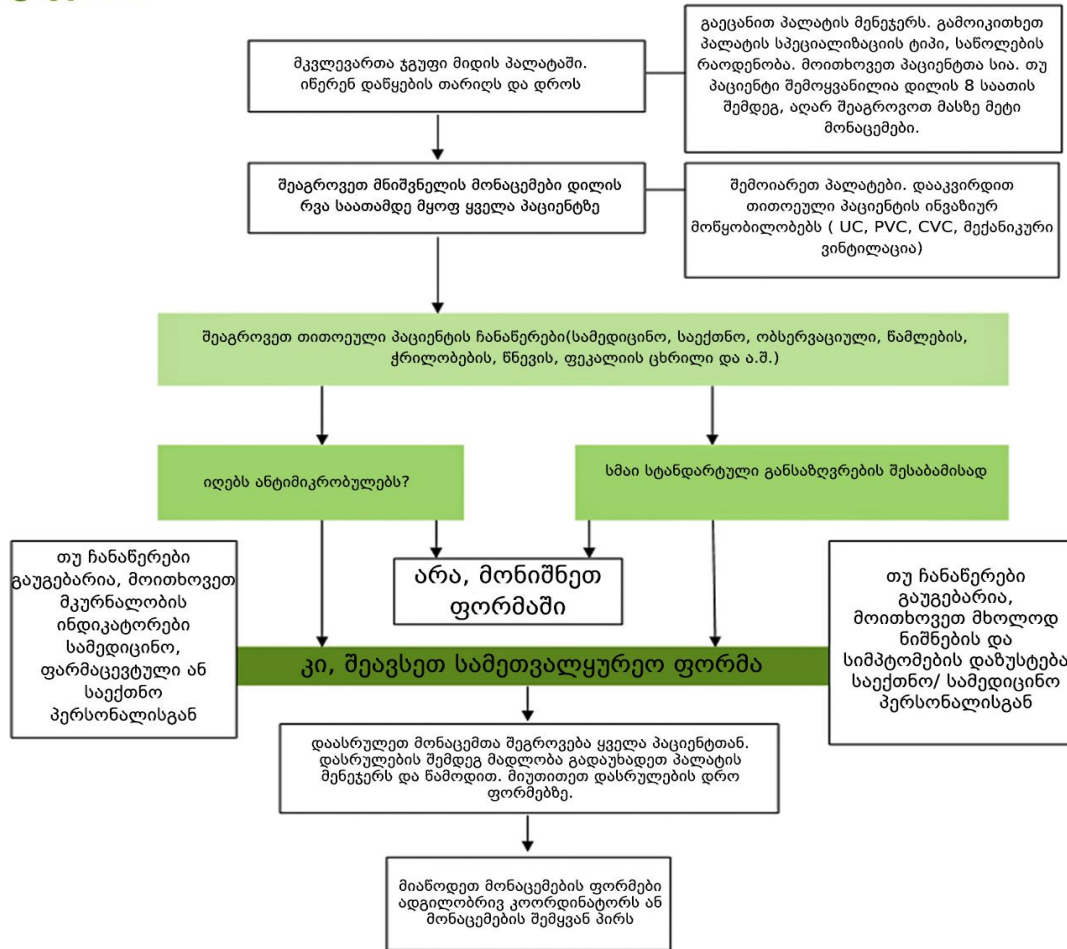
[1] Magiorakos AP, Srinivasan A, Carey RB, Carmeli Y, Falagas ME, Giske CG, et al. Multidrug-resistant, extensively drug-resistant and pandrug-resistant bacteria: an international expert proposal for interim standard definitions for acquired resistance. *Clin Microbiol Infect.* 2012 Mar;18(3):268-81.

სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციების შემთხვევების აღმოჩენის რეკომენდებული ალგორითმი

ფიგურა 9. სმა ინფექციების შემთხვევის აღმოჩენის რეკომენდირებული ალგორითმი

სამედიცინო მომსახურებასთან დაკავშირებული ინფექციების შემთხვევების აღმოჩენის რეკომენდირებული ალგორითმი

ფიგურა 9



UC--შარდის ბუშტის კათეტერი PVC- პერიფერიული ვენური კათეტერი CVC- ცენტრალური ვენური კათეტერი

მრიცხველის მონაცემები გამარტივებული პროტოკოლის ვარიანტში

ვინაიდან გამარტივებული (ერთეულზე დაფუძნებულ) პროტოკოლის ვარიანტში მნიშვნელის მონაცემები აგრეგირებულად გროვდება, პაციენტის და პალატის ზოგიერთი დამატებითი ცვლადების შეგროვება უნდა მოხდეს იმ პაციენტებისთვის, რომლებიც იღებენ ანტიმიკრობულ საშუალებებს და/ან აქვთ აქტიური სამედიცინო მომსახურეობასთან დაკავშირებული ინფექციები.

საავადმყოფოს კოდი. საავადმყოფოს იდენტიფიკატორი/კოდი მინიჭებული ეროვნული/რეგიონული PPS საკოორდინაციო ცენტრის მიერ; უნიკალური კოდი თითო სამეთვალყურეო/PPS ქსელზე უნდა დარჩეს იგივე სხვადასხვა PPS პერიოდში/წლებში.

პალატის სახელი (შემოკლებული)/ ერთეულის ID. უნიკალური იდენტიფიკატორი თითოეული საავადმყოფოს ერთეულის (შემოკლებული პალატის სახელი); აუცილებელია მნიშვნელისა და HAI/AU მონაცემთა დაკავშირებისთვის; უნდა იქნას გამოყენებული მუდმივად ყველა ფორმაში და უნდა დარჩეს უცვლელი სხვადასხვა PPS პერიოდში/წლებში.

პაციენტის ნომერი. პაციენტის ანონიმური ნომერი საშუალებას იძლევა პაციენტის მონაცემებსა და HAI და ანტიმიკრობული საშუალებების გამოყენების ინფორმაციის შორის კავშირის დადგენაში. არ არის პაციენტის რეალური საიდენტიფიკაციო მონაცემი.

ასაკი წლებში. პაციენტის ასაკი გამოხატული წლებით.

ასაკი თვეებში. პაციენტის ასაკი გამოხატული თვეებით, თუ მისი ასაკი ორ წელზე ნაკლებია.

სქესი. პაციენტის სქესი: M (მამრობითი), F (მდედრობითი) ან უცნ (უცნობი).

საავადმყოფოში მიღების თარიღი. თარიღი, როდესაც პაციენტი მიმდინარე ჰოსპიტალიზაციისთვის მიიყვანეს საავადმყოფოში (დდ/მმ/წწ).

კონსულტანტი/პაციენტის სპეციალიზაცია. პაციენტზე პასუხისმგებელი ექიმის სპეციალიზაცია ან ძირითადი სპეციალიზაცია, რის გამოც პაციენტი შეიყვანეს საავადმყოფოში. თუ კონსულტანტის სპეციალიზაცია განსხვავდება პაციენტის სპეციალიზაციისგან, უპირატესობა მიანიჭეთ პაციენტის სპეციალიზაციას. პედიატრიული პაციენტებისთვის პედიატრიულ პალატაში გამოიყენეთ სუბსპეციალიზაცია (MEDGEN, MEDSUR და ა.შ.) (იხ. პალატის სპეციალიზაცია).

პაციენტი იყებს ანტიმიკრობულ საშუალებებს: კი/არა/უცნობია. პაციენტი იღებს არაადგილობრივ ანტიბაქტერიულ ან სოკოს საწინააღმდეგო საშუალებებს. პროფილაქტიკა: ნებისმიერი პაციენტი, რომელმაც დილის 8 საათამდე გამოკითხვის დღეს ბოლო 24 საათში მიიღო ერთი ან მეტი დოზა.

პაციენტს აქვს აქტიური სმია: კი/არა/უცნობია. იხილეთ აქტიური ინფექციის განმარტება ზემოთ.

ფიგურა 10. ფორმა N8. გამარტივებული ვარიანტი: ანტიმიკრობული (AM) გამოყენება და HAI მონაცემები

ECDC-მომენტალური პრევალენტობის კვლევა სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციებისა და ანტიმიკრობული საშუალებების გამოყენების შესახებ

ფორმა B. გამარტივებული ვარიანტი: ანტიმიკრობული (AM) გამოყენება და HAI მონაცემები

პაციენტის მონაცემები (მხოლოდ HAI და/ან ანტიმიკრობული პრეპარატების მქონე პაციენტები)

საავადმყოფოს კოდი []
 პალატის სახელი (აბბრ.)/Unit Id []
 პაციენტის ნომერი: []
 ასაკი წლებში: [] წელი; ასაკი, თუ < 2 წლისაა: [] თვე
 სქესი: მდედრ./მამრ.
 საავადმყოფოში მიღების თარიღი: ____ / ____ / ____ (დღ/მე/წწ)
 კონსულტანტი/პაციენტის სპეციალობა: []
 პაციენტი იღებს ანტიმიკრობულ(ებ)ს⁽¹⁾: არა კი
 პაციენტი აქვს აქტიური HAI(2): არა კი

ანტიმიკრობული (ზოგადი ან ბრენდის სახელი)

ანტიმიკრობული (ზოგადი ან ბრენდის სახელი)	მიღების ს გზა	ჩვენება	Diagnosis (site)	მიზნობრივი ჩანაწერი	ცვლილება? (+/- მიზნობრივი)

იღების სახე: P-პარენტერალური, O-ორალური, R-რექტალური, I-ინჰალაცია, ჩვენება: სპიტიდის გამწვანებელი (C), გრძელვადიანი მოვლა (L) ან მწვავე საავადმყოფოს (H) ინფექცია; ქირურგიული პროცედურა: SP1-ერთეული დონა, SP2-ერთი დღე, SP3- >1 დღე, MP-სამკურნალო პროცედურა; O- სხვა; SI- უცნობი მათიობა; დიაგნოზი: იზოლირებული სისხლი, მხოლოდ C-I-H; მიზნობრივი მონაცემები: კ/არა, AM არის ცვლილება? (+/- მიზნობრივი); N-არ არის ცვლილება; F-უცაღვანო; D-ფუნგალური; S- გადათოვნილი IV-დან ორალურზე; A-არასასაქონლო უცებზე; O-ა-მედიკალი, სხვა/უცნობი მიზნობრივი, უცნობი.

HAI 1

შემთხვევის განმარტვებული კოდი	HAI 1	HAI 2
შესაბამისი მოწყობილობა (3)	O კი O არა O უცნობი	O კი O არა O უცნობი
იყო შემთხვევის მომენტში	O კი O არა	O კი O არა
დაწყების თარიღი (4)	/ /	/ /
ინფექციის წარმოშობა	O აგამბინდული კლინიკა O სხვა კლინიკა O LTFC O სხვა/უცნობი	O აგამბინდული კლინიკა O სხვა კლინიკა O LTFC O სხვა/უცნობი
HAI-სთან ასოცირებული პალატა	O კი O არა O უცნობი	O კი O არა O უცნობი
ვაზოპრესორით მკურნალობა	O კი O არა O უცნობი	O კი O არა O უცნობი
თუ BSI: წყარო ⁽⁵⁾		

MO code

MO code	AMR			PDR	AMR			PDR
	AM (6)	SR	PDR		AM (6)	SR	PDR	
მიკროორგანიზმი 1								
მიკროორგანიზმი 2								
მიკროორგანიზმი 3								

(1) გამოკითხვის დროს, გარდა ქირურგიული პროცედურებისა 24 საათით ადრე გამოკითხვის დღის დღის 8:00 საათამდე; თუ კი, შეავსეთ ანტიმიკრობული გამოყენების მონაცემები; თუ პაციენტი იღებს >3 ანტიმიკრობულ პრეპარატს, დაამატეთ ახალი ფორმა; (2) ინფექცია დაწყებული 3 დღე, ან 551 კრიტერიუმები დაკმაყოფილებულია (ოპერაცია წინა 30დ/90დ), ან გაწერეს სასწრაფო სამედიცინო დახმარების საავადმყოფო <48 საათის წინ, ან CDI და გაწერილია სასწრაფო სამედიცინო დახმარების საავადმყოფო <28 დღის წინ ან დაწყება < დღე 3 ინვაზიური მოწყობილობის/პროცედურების შემდეგ D1 ან D2-ზე] და [HAI შემთხვევის კრიტერიუმები დაკმაყოფილებულია კვლევის დღის ან პაციენტი დებულობს (ნებისმიერ) მკურნალობას HAI-სთვის და შემთხვევის კრიტერიუმები დაკმაყოფილებულია მკურნალობის D1-სა და კვლევის დღის შორის]; თუ კი, შეავსეთ HAI მონაცემები; თუ პაციენტი აქვს > 2 HAI, დაამატეთ ახალი ფორმა.

(3) შესაბამისი მოწყობილობის გამოყენება იმდენი დღის მანძილზე (ინტენსიური PH-სთვის, CVC/PVC BSI-სთვის, მარჯვენა კათეტერი UH-სთვის); (4) მოლოდინი ინფექციისთვის, რომელიც არ მოხდის/საკუთარი მიზეზის (დღ/მე/წწწ) [5] C-CVC, C-PVC, S-PLE, S-UTL, S-CMG, S-SH, S-SST, S-GTH, LJO, UNK; (6) AB: შემთხვეული აქტივობები; S: არასა-CMR; ენტეროკოკები; EY: Enterobacteriaceae; CS6 + CMR; P: aeruginosa და Acinetobacter spp.; CMR; SR: S-მენინგოკოკი, I-ჰეაფილუსი, H-იზობაქტერიული, S-უცნობი; PDR: ანტიმიკრობული/საქონლო, O-დადასტურებული, U-უცნობი; (7) შესაბამისი მოწყობილობის გამოყენება იმდენი დღის მანძილზე (ინტენსიური PH-სთვის, CVC/PVC BSI-სთვის, მარჯვენა კათეტერი UH-სთვის); (8) მოლოდინი ინფექციისთვის, რომელიც არ მოხდის/საკუთარი მიზეზის (დღ/მე/წწწ) [9] C-CVC, C-PVC, S-PLE, S-UTL, S-CMG, S-SH, S-SST, S-GTH, LJO, UNK; (6) AB: შემთხვეული აქტივობები; S: არასა-CMR; ენტეროკოკები; EY: Enterobacteriaceae; CS6 + CMR; P: aeruginosa და Acinetobacter spp.; CMR; SR: S-მენინგოკოკი, I-ჰეაფილუსი, H-იზობაქტერიული, S-უცნობი; PDR: ანტიმიკრობული/საქონლო, O-დადასტურებული, U-უცნობი

ეროვნული/რეგიონული მონაცემები

(ეხება მხოლოდ PPS-ის საკოორდინაციო ცენტრებს.)

მიზნები

- გადაუდებელი სერვისების მიმწოდებელი საავადმყოფოების საერთო რაოდენობის აღრიცხვა ქვეყანაში და ევროპაში და საავადმყოფოებში წლიური ჰოსპიტალიზაციის ჯამური რიცხვის გამოთვლა, რათა შეფასდეს სმაი-ის და ანტიმიკრობული საშუალებების გამოყენების საერთო ტვირთი გადაუდებელი სერვისების მიმწოდებელ საავადმყოფოებში.
- ეროვნულ დონეზე ამონარჩევის მეთოდოლოგიის შესახებ ინფორმაციის შეგროვება.

შენიშვნები:

- უმჯობესია ეროვნული დონის მონაცემები, მაგრამ საჭიროების შემთხვევაში ან თუ უფრო მიზანშეწონილია, წარმოადგინეთ რეგიონული დონის მონაცემები.
- ეროვნული/რეგიონული მონაცემების ECDC-თვის წარდგენამდე, ეროვნული/რეგიონული მონაცემები წარედგინება მომენტალური პრევალენტობის კვლევის საკოორდინატორო ცენტრს. მათი შეყვანა შესაძლებელია მანუალურად ან შეიძლება აიტვირთოს (თითო ჩანაწერი) TESSy-ში (ECDC-ის სამეთვალყურეო სისტემა).

ფიგურა 11. ეროვნული/რეგიონული მონაცემები (ფორმა N)

ECDC-მომენტალური პრევალენტობის კვლევა სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციებისა და ანტიმიკრობული საშუალებების გამოყენების შესახებ ფორმა N. ეროვნული/რეგიონული მონაცემები

ქვეყნის კოდი: _____ ქსელის ID/მონაცემთა წყარო: _____

დაწყების თარიღი PPS : __ / __ / __

ეროვნული/რეგიონული PPS საკოორდინაციო ცენტრი/ინსტიტუტი: _____

ეროვნული/რეგიონული PPS საკოორდინაციო პროგრამა/განყოფილება: _____

სახელი: _____

საიტ: _____

	N	წელი
გადაუდებელი სერვისების საავადმყოფოების საერთო რაოდენობა („ადგილები“)		
ჰოსპიტალური გაერთიანებების რაოდენობა		
საწოდების საერთო რაოდენობა გადაუდებელი სერვისების საავადმყოფოებში		
გადაუდებელი მოვლის საწოდების საერთო რაოდენობა		
გაწერის/მიღებების რაოდენობა, ყველა		
გაწერის/მიღებების რაოდენობა, მხოლოდ გადაუდებელი მოვლის საწოდები		
პაციენტ-დღეების რაოდენობა, ყველა		
პაციენტ-დღეების რაოდენობა, მხოლოდ გადაუდებელი მოვლის საწოდები		

მესავადმყოფოების შერჩევის/რეკრუტირების მეთოდი (შესაძლებელია 1-ზე მეტი პასუხი):

რეპრეზენტატიული სისტემატური შემთხვევითი ამონარჩევი
 სხვა რეპრეზენტატიული ნიმუში ხელსაყრელი ნიმუში (შერჩევა)

მოწვეულია ყველა საავადმყოფო
 ნებაყოფლობითი მონაწილეობა
 სავალდებულო მონაწილეობა

სავადმყოფოების საერთო რაოდენობა PPS-ში: გამარტივებული (ერთელზე დაფუძნებული) პროტოკოლი _____ სტანდარტული (პაციენტზე დაფუძნებული) პროტოკოლი _____

ECDC-ში წარდგენილი საავადმყოფოების რაოდენობა: გამარტივებული (ერთელზე დაფუძნებული) პროტოკოლი _____ სტანდარტული (პაციენტზე დაფუძნებული) პროტოკოლი _____

კომენტარი/დაკვირვება: _____

ეროვნული/რეგიონული მონაცემთა განმარტება

ქვეყნის კოდი. ქვეყანა, რომელიც წარადგენს ჩანაწერს.

ქსელის ID. რეგიონის ან ქსელის კოდი, რომლის მონაცემებიც არის მოცემული (მაგ., EN, NI, SC, WA ინგლისისთვის, ჩრდილოეთ ირლანდიისთვის, შოტლანდიისთვის და უელსისთვის); დატოვეთ ცარიელი თუ მონაცემები მოცემულია მთელი ქვეყნისთვის (ეროვნული დონე).

PPS დაწყების დრო. მონაცემების შეგროვების პირველი თარიღი (პირველი საავადმყოფოს მიერ) ან მომენტალური პრევალენტობის კვების დაწყების თარიღი, იმის მიხედვით თუ რომელი იყო პირველი.

ეროვნული/რეგიონული PPS-ის კოორდინირების ცენტრი/დაწესებულება. PPS-ის კოორდინირების ცენტრის ან დაწესებულების დასახელება ინგლისურად (თუ შესაძლებელია) ან ადგილობრივ ენაზე.

ეროვნული/რეგიონული PPS-ის კოორდინირების პროგრამა/ერთეული, სახელი. PPS-ის კოორდინირების პროგრამის ან ერთეულის სახელი (მაგ., ეროვნული სმაი-ის სამეთვალყურეო პროგრამის სახელი) ინგლისურად (თუ შესაძლებელია) ან ადგილობრივ ენაზე. დატოვეთ ცარიელი თუ არარელევანტურია.

ეროვნული/რეგიონული PPS-ის კოორდინირების პროგრამა/ერთეული, ვებგვერდი. ვებ მისამართი (URL) პროგრამის ან ერთეულის, რომელიც კოორდინირებას უწევს PPS-ს (თუ ხელმისაწვდომია), კონკრეტული PPS-ის გვერდების მიუხედავად.

გადაუდებელი სერვისების მიმწოდებელი საავადმყოფოების ჯამური რიცხვი. გადაუდებელი სერვისების მიმწოდებელი საავადმყოფოების ჯამური რიცხვი (ცალკეული ადგილები ან გეოგრაფიული მდებარეობები) თქვენს ქვეყანაში/ რეგიონში, გადაუდებელი სერვისების მიმწოდებელი საავადმყოფოების ეროვნული/რეგიონული განმარტების შესაბამისად.

საავადმყოფოების გაერთიანებების რაოდენობა: თქვენს ქვეყანაში ან რეგიონში არსებული საავადმყოფოების გაერთიანებების რაოდენობა. დატოვეთ ცარიელი თუ არ არის ასეთი ჯგუფები; უცნობია= UNK.

გადაუდებელი სერვისების მიმწოდებელ საავადმყოფოებში საწოლების ჯამური რაოდენობა: საწოლების ჯამური რაოდენობა (არამწვავე საწოლების ცათვლით) გადაუდებელი სერვისების მიმწოდებელ საავადმყოფოში. უცნობია=UNK.

გადაუდებელი მოვლის საწოლების ჯამური რაოდენობა. გადაუდებელი მოვლის საწოლების ჯამური რაოდენობა (არაგადაუდებელი საწოლების გამოკლებით) გადაუდებელი სერვისების მიმწოდებელ საავადმყოფოში. უცნობია=UNK.

გაწერის/ჰოსპიტალიზაციის რაოდენობა. თქვენს ქვეყანაში/რეგიონში გადაუდებელი სერვისების მიმწოდებელი საავადმყოფოებიდან წინა წელს (ან უახლოესი წლის, რომლის მონაცემებიც ხელმისაწვდომია) გაწერის ჯამური რაოდენობა. თუ გაწერები არ არის

ხელმისაწვდომი, ჩაწერეთ გადაუდებელი სერვისების მიმწოდებელ საავადმყოფოებში ჰოსპიტალიზაციების რაოდენობა. უცნობი=UNK.

გაწერის/ჰოსპიტალიზაციის რაოდენობა, მხოლოდ გადაუდებელი მოვლის საწოლებზე. თუ ხელმისაწვდომია: წლიური გაწერების რაოდენობა გადაუდებელი სერვისების მიმწოდებელი საავადმყოფოებიდან მხოლოდ გადაუდებელი მოვლის საწოლებიდან (წინა წლის ან უახლოესი წლის, რომლის მონაცემებიც ხელმისაწვდომია). თუ გაწერები არ არის ხელმისაწვდომი, ჩაწერეთ გადაუდებელი სერვისების მიმწოდებელ საავადმყოფოებში ჰოსპიტალიზაციების რაოდენობა. უცნობი=UNK.

პაციენტის ჰოსპიტალიზაციის დღეების სრული რაოდენობა. წინა წელს (ან უახლოესი წლის, რომლის მონაცემებიც ხელმისაწვდომია) გადაუდებელი სერვისების მიმწოდებელ საავადმყოფოში პაციენტის ჰოსპიტალიზაციის ჯამური რაოდენობა. უცნობი=UNK.

პაციენტის ჰოსპიტალიზაციის დღეების სრული რაოდენობა, მხოლოდ გადაუდებელი მოვლის საწოლებზე. თუ ხელმისაწვდომია: წლიური რაოდენობა გადაუდებელი სერვისების მიმწოდებელ საავადმყოფოში პაციენტის ყოფნის დღეების რაოდენობა მხოლოდ გადაუდებელი მოვლის საწოლებზე (წინა წლის ან უახლოესი წლის, რომლის მონაცემებიც ხელმისაწვდომია) უცნობი=UNK.

წლიური მონაცემები. თითოეული საავადმყოფოს სტატისტიკისთვის აღნიშნეთ მონაცემების შესაბამისი წელი; დატოვეთ ცარიელი თუ უცნობია. UNK=მონაცემები ხელმისაწვდომია, თუმცა მონაცემთა წელი უცნობი.

PPS-ისას სამედიცინო პერსონალის COVID-19-ის საწინააღმდეგო ვაქცინაციის სტატუსი, განისაზღვრება ეროვნული ვაქცინაციის სქემის მიხედვით. (1) სრული საბაზისო ვაქცინაცია; (2) სრული საბაზისო ვაქცინაცია და ერთი დამატებითი დოზა; (3) სრული საბაზისო ვაქცინაცია და ორი დამატებითი დოზა; (4) სრული საბაზისო ვაქცინაცია და სამი ან მეტი დამატებითი დოზა; (5) სხვა, გთხოვთ განმარტოთ.

სამედიცინო პერსონალის COVID-19-ის ვაქცინაციის სხვა რეჟიმი. თავისუფალი ტექსტი. აღწერეთ დეტალებში, თუ წინა კითხვაზე პასუხი არის „სხვა“.

საავადმყოფოების შერჩევის/ჩართვის მეთოდები. ეროვნული PPS-თვის საავადმყოფოების არჩევის (ჩართვის) მეთოდები; თუ შესაძლებელია ერთზე მეტი პასუხი:

- REPSRS=რეპრეზენტატული შერჩევა (რეკომენდებული მეთოდი): საავადმყოფოების ჯამური რაოდენობა შერჩეული იქნება სისტემური შემთხვევითი შერჩევის დახმარებით, როგორც აღწერილია პროტოკოლის თავში „შერჩევის დიზაინი“.
- REPTH=სხვა რეპრეზენტატული შერჩევის მეთოდი; გთხოვთ, აღწეროთ მეთოდი „კომენტარებში/დაკვირვებებში“.
- CONSAM= მოსახერხებელი შერჩევა: საავადმყოფოების შერჩევა საკოორდინაციო ცენტრის მიერ (მაგ. მაღალი ხარისხის მონაცემების მიღების მოლოდინის მიხედვით).

- **ALLHOSP**=ყველა საავადმყოფო მოწვეულია: ყველა გადაუდებელი სერვისების მიმწოდებელი საავადმყოფო მოწვეულია ეროვნული მომენტალური პრევალენტობის კვლევაში მონაწილეობის მისაღებად; შესაძლებელია შერჩევის მეთოდებთან კომბინირება.
- **VOLUNT**=მოხალისეობრივი მონაწილეობა; საავადმყოფოებს დამოუკიდებლად შეუძლიათ აირჩიონ მიიღებენ თუ არა მოწვევას მონაწილეობაზე.
- **MANDAT**=სავალდებულო მონაწილეობა; მოწვევის მიღების შემდეგ მონაწილეობა სავალდებულოა.

PPS-ში საავადმყოფოების საერთო რაოდენობა. ორივე გამარტივებული (ერთეულზე დაფუძნებული) და სტანდარტული (პაციენტზე დაფუძნებული) პროტოკოლისთვის, საავადმყოფოების საერთო რაოდენობა, რომლებმაც მონაწილეობა მიიღეს ეროვნულ/რეგიონულ PPS-ში (თუ ყველა მონაცემი არ არის გადაცემული ECDC-სთვის, მოაწოდეთ საავადმყოფოების ჯამური რაოდენობა).

კომენტარები/დაკვირვებები. თავისუფალი ტექსტი; ნებისმიერი კომენტარი რასაც მიიჩნევთ რელევანტურად ან ფიქრობთ, რომ უნდა იყოს გათვალისწინებული ეროვნული/რეგიონული მონაცემების ინტერპრეტაციისთვის; მაგალითად, დამატებითი დეტალები გამოყენებული შერჩევის მეთოდის შესახებ.

მონაცემთა სტრუქტურა და ცვლადების დასახელებები

ცხრილები PPS-ის მონაცემთა სტრუქტურის შესახებ ფაილებისთვის, რომლებიც უნდა აიტვირთოს TESSy-ში, ხელმისაწვდომია ცალკეულ Excel-ის დოკუმენტში. სტრუქტურა სხვა HAI-ქსელის სამეთვალყურეო მოდულების მსგავსია და გააჩნია ოთხი იერარქიული დონე.

მონაცემები შესაძლოა აიტვირთოს XML ფორმატში (ერთ ფაილად) ან CSV ფორმატში (ცალკეული ფაილები თითოეული დონისთვის). CSV ფაილებში, RecordId ზედა დონეს უკავშირდება მომდევნო დონის ParentIds. CSV ფაილის სახელი უნდა იწყებოდეს რიცხვით, რომელიც განსაზღვრავს მონაცემთა ქვეჯგუფის დონეს მონაცემთა ბაზის იერარქიაში. ჩანაწერის ტიპი (ცვლადი RecordType) უზრუნველყოფს დონისა და მონაცემთა ქვეჯგუფის იდენტიფიკაციას TESSy-ში. ჩანაწერთა ტიპი PPS მონაცემებისთვის არის შემდეგი:

სტანდარტული პროტოკოლის ვერსიის ჩანაწერების ტიპები

- **HAIPPS** (1-ლი დონე): საავადმყოფოს მონაცემები, ერთი ჩანაწერი თითო საავადმყოფოს კვლევაზე
- **HAIPPS\$WD** (2-ე დონე): პალატის მონაცემები, ერთი ჩანაწერი თითო პალატის კვლევაზე (სურვილისამებრ); დაუკავშირეთ ParentId RecordIds HAIPPS-ში (1-ლი დონე)
- **HAIPPS\$PT** (2-ე დონე): პაციენტის მონაცემები, ერთი ჩანაწერი თითო პაციენტზე; დაუკავშირეთ ParentId RecordId-ს HAIPPS-ში (1-ლი დონე)
- **HAIPPS\$PT\$AM** (3-ე დონე): ანტიმიკრობული საშუალებების გამოყენების მონაცემები, ერთი ჩანაწერი თითო ანტიმიკრობული აგენტის მიღების მითითებაზე; დაუკავშირეთ ParentId RecordId-ს HAIPPS\$PT-ში (2-ე დონე)
- **HAIPPS\$PT\$INF** (3-ე დონე): სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებულ ინფექციების მონაცემები, ერთი ჩანაწერი თითო HAI-ზე; დაუკავშირეთ ParentId RecordId-ს HAIPPS\$PT-ში (2-ე დონე)
- **HAIPPS\$PT\$INF\$RES** (4-ე დონე): სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებულ ინფექციებში არსებული მიკროორგანიზმების და ანტიმიკრობული რეზისტენტობის მონაცემები; დაუკავშირეთ ParentId RecordId-ს HAIPPS\$PT\$INF-ში (3-ე დონე)

CSV ფაილები, რომლებიც აიტვირთება TESSy-ში: 1. HAIPPS.csv, 2. HAIPPSWD.csv (სურვილისამებრ), 2. HAIPPSPT.csv, 3. HAIPPSPTAM.csv, 3. HAIPPSPTINF.csv, 4.HAIPPSPTINFRES.csv

გამარტივებული პროტოკოლის ვერსიის ჩანაწერების ტიპები

- **HAIPPSLIGHT** (1-ლი დონე): საავადმყოფოს მონაცემები, ერთი ჩანაწერი თითო საავადმყოფოს კვლევაზე
- **HAIPPSLIGHT\$WD** (2-ე დონე): პალატის მონაცემები, ერთი ჩანაწერი თითო პალატის კვლევაზე (სურვილისამებრ); დაუკავშირეთ ParentId RecordIds HAIPPSLIGHT-ში (1-ლი დონე)
- **HAIPPSLIGHT\$DENO** (2-ე დონე): პალატის მნიშვნელის მონაცემები, ერთი ჩანაწერი თითო პაციენტზე; დაუკავშირეთ ParentId RecordIds HAIPPSLIGHT-ში (1-ლი დონე)
- **HAIPPSLIGHT\$DENO\$AM** (3-ე დონე): ანტიმიკრობული საშუალებების გამოყენების მონაცემები, ერთი ჩანაწერი თითო ანტიმიკრობული აგენტის მიღების მითითებაზე; დაუკავშირეთ ParentId RecordId-ს HAIPPSLIGHT\$DENO-ში (2-ე დონე)
- **HAIPPSLIGHT\$DENO\$INF** (3-ე დონე): სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებულ ინფექციების მონაცემები, ერთი ჩანაწერი თითო HAI-ზე; დაუკავშირეთ ParentId RecordId-ს HAIPPSLIGHT\$DENO-ში (2-ე დონე)
- **HAIPPSLIGHT\$DENO\$INF\$RES** სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებულ ინფექციებში არსებული მიკროორგანიზმების და ანტიმიკრობული რეზისტენტობის მონაცემები; დაუკავშირეთ ParentId RecordId-ს HAIPPSLIGHT\$DENO\$INF-ში (3-ე დონე)

CSV ფაილები, რომლებიც აიტვირთება TESSy-ში: 1. HAIPPSLIGHT.csv, 2. HAIPPSLIGHTWD.csv (სურვილისამებრ), 3. HAIPPSLIGHTDENO.csv, 4. HAIPPSLIGHTDENOAM.csv, 5. HAIPPSLIGHTDENOINF.csv, 6. HAIPPSLIGHTDENOINFRES.csv

ეროვნული მონაცემები: ჩანაწერის ტიპი HAIPPSDENOM, მნიშვნელის მონაცემები და PPS-ის მონაცემები ქვეყნისთვის (ან რეგიონის თუ მონაცემთა წყარო რეგიონ-სპეციფიკურია)

პალატის დონე სტრუქტურის და პროცესის ინდიკატორებთან დამატებულ იქნა მეორე დონეზე ორივე სტანდარტული და გამარტივებული პროტოკოლის ვერსიებში PPS 2016-2017-ის პროტოკოლში [Error! Reference source not found.]. ვინაიდან პალატის ინდიკატორის მონაცემები არჩევითია, ეს მონაცემთა დონეც არჩევითია; მონაცემთა სტრუქტურის სხვა დანარჩენი ელემენტები იდენტურია პირველი PPS-ის: პაციენტის და პალატის მნიშვნელის მონაცემები პირდაპირ დაკავშირებულია საავადმყოფოს დონეზე (არა პალატის). აუცილებელია, რომ პალატის ID კოდი იყოს იდენტური (ე.ი. ზუსტად იგივენაირად დაწერილი) ყველა მონაცემთა დონეზე.

შენიშვნა მიკროორგანიზმებისა და რეზისტენტობის მონაცემებზე

TESSy-ის ფორმატი მიკროორგანიზმების და რეზისტენტულობის მონაცემებში მიყვება გამომწვევი-მედიკამენტის სტრუქტურას როგორც EARS-Net-ში, HAI-Net SSI-სა and HAI-Net ICU-ში. ამის მიზეზია: 1) სხვა TESSy-ის მონაცემებთან თანხვედრა და 2) პროტოკოლის მომავალ ვერსიებში ანტიმიკრობული მარკერების შეცვლის შესაძლებლობა.

PPS 2016-2017-ის პროტოკოლში და ამჟამინდელ პროტოკოლში 2022-2023, მონაცემები პირდაპირ შეგროვილია ორგანიზმი-მედიკამენტის ფორმატში. S/I/R მონაცემების შეგროვება თითოეული ორგანიზმი-მედიკამენტის კომბინაციის საშუალებას იძლევა მონაცემთა ანალიზის EARS-Net მოხსენების მსგავსად. S/I/R კატეგორიის განმარტება იქნა მიღებული 2019 წელს ანტიმიკრობულ საშუალებებზე მგრძობელობის ტესტირების ევროპული კომიტეტის განმარტებებში (EUCAST, [**Error! Reference source not found.**]): S ნიშნავს „მგრძობიარე სტანდარტული დოზირების რეჟიმზე“, ადრე-„მგრძობიარე“; I ახლა ნიშნავს „მგრძობიარე ხანგრძლივ ექსპოზიციაზე“, ადრე-„საშუალო მგრძობელობა“.

მადლიერება

PPS ის პროტოკოლის შეხვედრებში მონაწილეობა

სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციების და ანტიმიკრობული საშუალებების გამოყენებაზე ევროპის გადაუდებელი სერვისის მიმწოდებელ საავადმყოფოებში ჩატარებული პირველი ECDC-ის მომენტალური პრევალენტობის კვლევის პროტოკოლი (2011-12) **[Error! Reference source not found.]** დადგინდა შემდეგ შეხვედრებზე:

- PPS სამუშაო ჯგუფი 2009 წელს წლიურ HAI-ის სამეთვალყურეო შეხვედრა, 8–10 ივნისი 2009, ECDC, სტოკჰოლმი
- PPS ექსპერტების შეხვედრა, 8–9 სექტემბერი 2009, ECDC, სტოკჰოლმი
- PPS ექსპერტების შეხვედრა, 24–25 თებერვალი 2010, ECDC, სტოკჰოლმი
- PPS ორი სამუშაო ჯგუფი 2010 წლის წლიურ HAI-ის სამეთვალყურეო შეხვედრა, 7–9 ივნისი 2010, ECDC, სტოკჰოლმი
- PPS პროტოკოლთან დაკავშირებული შეხვედრა პილოტურ PPS-თან მიმართებაში, 6 ოქტომბერი 2010, ECDC, სტოკჰოლმი
- PPS ვორკშოპი ბელგიის ევროკავშირის თავჯდომარეობის (BAPCOC) და ECDC-ის მიერ ორგანიზებულ კონფერენციაზე „ახალი სტრატეგიები ინფექციების, ანტიბიოტიკების გამოყენების და რეზისტენტობის მონიტორინგისა და კონტროლისთვის ევროკავშირის წევრ ქვეყნების სამედიცინო დაწესებულებებში“ 8–10 ნოემბერი 2010
- HAI-Net საკოორდინაციო ჯგუფის შეხვედრა, პრაღა, 3–4 მარტი 2011
- PPS ტრენერთა ტრენინგების კურსი ეროვნული PPS-ის კოორდინატორების/ტრენერებისთვის, ლონდონი, 28–30 მარტი 2011
- ტელეკონფერენციის შეხვედრები, ნიმუშის დიზაინზე, PPS პილოტის დამხმარე ჯგუფთან PPS პილოტის განმავლობაში და ასევე მას შემდეგ.

სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციების და ანტიმიკრობული საშუალებების გამოყენების შესახებ ევროპის გადაუდებელი სერვისის მიმწოდებელ საავადმყოფოებში ჩატარებული 2016–2017 **[Error! Reference source not found.]** მეორე ECDC-ის მომენტალური პრევალენტობის კვლევის პროტოკოლში ცვლილებები განიხილეს შემდეგ შეხვედრებში:

- PPS 2011–2012 შეფასების შეხვედრა, 17–18 სექტემბერი 2013, ECDC, სტოკჰოლმი
- HAI-Net სტრუქტურის და პროცესის ინდიკატორების პროტოკოლზე შეხვედრა, 19–20 თებერვალი 2014, ECDC, სტოკჰოლმი
- HAI-Net საკოორდინაციო კომიტეტის შეხვედრა, 9 მაისი 2014, საავადმყოფო del Mar, ბარსელონა
- HAI-Net PPS-ის სესიები ARHAI-ის ქსელების მესამე ერთობლივ შეხვედრაზე, 11–13 თებერვალი 2015, სტოკჰოლმი
- HAI-Net საკოორდინაციო კომიტეტის შეხვედრა, 14–15 აპრილი 2015, ECDC, სტოკჰოლმი
- სამედიცინო მომსახურეობასთან ასოცირებული ინფექციების და ანტიმიკრობული საშუალებების გამოყენებაზე ევროპის გადაუდებელი სერვისების მიმწოდებელ საავადმყოფოებში ჩატარებული მეორე ECDC-ის მომენტალური პრევალენტობის კვლევის შეხვედრა და ვორკშოპი, 2016–2017, 20–22 ოქტომბერი 2015, ECDC, სტოკჰოლმი

პირველ ECDC PPS-ის შეხვედრებში ჯამში მონაწილეობა მიიღო 111 ექსპერტმა სულ მცირე ერთ შეხვედრაში და 153 ექსპერტმა მეორე ECDC PPS-ის პროტოკოლის შეხვედრების სულ მცირე ერთ სესიაში. შეხვედრის მონაწილეები (n=229) ჩამოთვლილია ქვეყნის და ინსტიტუტის მიხედვით ქვემოთ მოცემულ ცხრილში, სადაც ასევე აღნიშნულია ჯამური, ცალკე პირველ და მეორე (ფრჩხილებში) PPS-ის შეხვედრებზე დასწრების რაოდენობა.

ცხრილი 3. PPS-ის პირველი და მეორე პროტოკოლის ECDC-ის PPS შეხვედრებში მონაწილეების სია, ქვეყნის და დაწესებულებების მიხედვით, 2009–2015

ქვეყანა	სახელი (შეხვედრების საერთო რაოდენობა; PPS 2011-2012/PPS 2016-2017)	დაწესებულება
EU/EEA countries		
ავსტრია	Alexander Blacky (6; 6/0), Elisabeth Presterl (3; 0/3), Michael Hiesmayr (1; 0/1)	ვენის სამედიცინო ინსტიტუტი
	Reinhild Strauss (3; 1/2)	ჯანდაცვის ფედერალური სამინისტრო, ვენა
	Reinhild Strauss (3; 1/2)	ელიზაბეტინენ ლინცის საავადმყოფო
ბელგია	Mat Goossens (3; 3/0), Katrien Latour (3; 0/3), Béatrice Jans (2; 1/1), Karl Mertens (2; 2/0), Sofie Vaerenberg (2; 2/0), Sylvanus Fonguh (1; 0/1), Natacha Viseur (1; 1/0)	საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სამეცნიერო ინსტიტუტი, ბრიუსელი

ქვეყანა	სახელი (შეხვედრების საერთო რაოდენობა; PPS 2011-2012/PPS 2016-2017)	დაწესებულება
ბულგარეთი	Rossitza Vatcheva-Dobrevska (7; 7/0), Elina Dobрева (2; 0/2), Ivan Ivanov (1; 0/1), Nadezhda Vladimirova (1; 0/1)	ინფექციური და პარაზიტული დაავადებების ეროვნული ცენტრი, სოფია
	Hristina Hitkova (1; 1/0)	პლევენის სამედიცინო უნივერსიტეტი
ხორვატია	Zrinka Bošnjak (7; 4/3), Ana Budimir (3; 0/3), Domagoj Drenjancevic (1; 1/0), Smilja Kalenic (1; 1/0)	საუნივერსიტეტო საავადმყოფო, ზაგრები
კვიპროსი	Arjana Tambic Andrasevic (1; 1/0)	ინფექციური დაავადებების საუნივერსიტეტო კლინიკა, ზაგრები
	Niki Paphitou (1; 0/1)	ნიკოზია გენერალური ჰოსპიტალი/ჯანდაცვის სამინისტრო, ნიკოზია
	Avgi Hadjiloukas (4; 4/0)	ჯანდაცვის სამინისტრო, ნიკოსია
	Emmelia Vounou (1; 1/0)	ლიმასოლის საავადმყოფო
ჩეხეთი	Jana Prattingerová (4; 1/3)	რეგიონალური საზოგადოებრივი ჯანდაცვა, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ინსტიტუტი, HAI-ის ეროვნული რეფერენს ცენტრი, პრაღა
	Miroslava Girod Schreinerova (4; 4/0)	ჯანდაცვის სამინისტრო, ეპიდემიოლოგიის განყოფილება, პრაღა
	Vlastimil Jindrák (3; 1/2)	საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ინსტიტუტი, HAI-ის ეროვნული რეფერენს ცენტრი, პრაღა
	Jan Sturma (2; 2/0)	საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ინსტიტუტი, პრაღა
	Hana Tkadlecová (1; 1/0)	რეგიონალური საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ორგანო ზლინში
	Václav Vaniš (1; 0/1)	ჰომოლსის საავადმყოფო, პრაღა
დანია	Christian Stab Jensen (6; 4/2), Brian Kristensen (3; 0/3), Elsebeth Tvenstrup Jensen (3; 3/0)	შრატების სახელმწიფო ინსტიტუტი, კოპენჰაგენი
ესტონეთი	Pille Märtin (7; 4/3)	დასავლეთ ტალინის ცენტრალური საავადმყოფო
	Piret Mitt (3; 1/2), Viivika Adamson (1; 1/0)	ტარტუს საუნივერსიტეტო საავადმყოფო
	Annika Lemetsar (2; 2/0)	ტალინის ჯანდაცვის საბჭო
ფინეთი	Outi Lyytikäinen (11; 6/5), Dinah Arifulla (2; 0/2), Tommi Kärki (2; 2/0)	ჯანმრთელობის და კეთილდღეობის ეროვნული ინსტიტუტი, ჰელსინკი
საფრანგეთი	Bruno Coignard (8; 7/1), Sophie Vaux (2; 1/1) Kathleen Chami (1; 0/1), Valérie Ponties (1; 0/1), Jean-Michel Thiolet	საზოგადოებრივი ჯანდაცვის კვლევითი

ქვეყანა	სახელი (შეხვედრების საერთო რაოდენობა; PPS 2011-2012/PPS 2016-2017)	დაწესებულება
	(1; 1/0)	ინსტიტუტი, პარიზი
	Anne Savey (3; 0/3), Marine Giard (2; 0/2)	ლიონის სმაი ინფექციებთან ბრძოლის საკოორდინაციო ცენტრი
	Pascal Astagneau (1; 1/0)	C-Clin Nord პარიზის უნივერსიტეტი VI
გერმანია	Sonja Hansen (7; 4/3), Brar Piening (5; 3/2), Petra Gastmeier (4; 1/3), Michael Behnke (3; 1/2)	ჰიგენის და გარემოდაცვითი მედიცინის ინსტიტუტი, შარიტეს მედიცინის უნივერსიტეტი, ბერლინი
	Martine Mielke (2; 1/1), Muna Abu Sin (1; 0/1), Jan Walter (1; 0/1)	რობერტ კოხის ინსტიტუტი, ბერლინი
საბერძნეთი	Achilleas Gikas (4; 3/1), Evangelos Kritsotakis (3; 2/1)	კრეტის უნივერსიტეტის სამედიცინო სკოლა, ჰერაკლიონი
	Xanthi Dedoukou (3; 1/2), Antonios Maragkos (2; 1/1), Paraskevi Tsounou (1; 0/1), Flora Kontopidou (1; 1/0)	საბერძნეთის დაავადებათა კონტროლის და პრევენციის ცენტრი, ათენი
უნგრეთი	Karolina Böröcz (5; 4/1), Andrea Kurcz (4; 1/3) Ágnes Hajdu (2; 1/1), Emese Szilágyi (2; 2/0), István Veress (1; 0/1)	ეპიდემიოლოგიის ეროვნული ცენტრი, ბუდაპეშტი
ისლანდია	Ólafur Guðlaugsson (4; 1/3)	Landspítali საუნივერსიტეტო კლინიკა, რეიკიავიკი
ირლანდია	Karen Burns (3; 1/2), Fidelma Fitzpatrick (2; 2/0), Stephen Murphan (2; 1/1), Fiona Roche (2; 1/1), Robert Cunney (1; 1/0), Sheila Donlon (1; 0/1)	ჯანმრთელობის დაცვის ზედამხედველობის ცენტრი, დუბლინი
იტალია	Maria Luisa Moro (9; 5/4), Enrico Ricchizzi (3; 1/2), Angelo Pan (1; 1/0), Davide Resi (1; 1/0)	ემილია -რომანის რეგიონალური ჯანდაცვის სააგენტო, ბოლონია
	Antonella Agodi (1; 0/1)	კატანიის უნივერსიტეტი
	Michela Stillo (1; 0/1)	ტურინის უნივერსიტეტი
ლატვია	Elina Dimina (6; 3/3), Raina Nikiforova (2; 1/1)	ლატვიის დაავადებათა კონტროლის და პრევენციის ცენტრი, რიგა
	Uga Dumpis (5; 5/0), Aija Vilde (1; 0/1)	სტრადინის საუნივერსიტეტო საავადმყოფო, რიგა
	Jelena Galajeva (1; 1/0)	ლატვიის ინფექციური ცენტრი, რიგა
	Marite Kula (1; 1/0)	ლიეპაიას რეგიონალური საავადმყოფო
ლიტვა	Rolanda Valintėlienė (9; 5/4), Greta Vizujė (3; 1/2), Jolanta Ašembergienė (2; 0/2), Ramute Budginaitė (1; 1/0), Ieva Kisielienė (1; 0/1), Ruta Markevičė (1; 1/0)	ჰიგენის ინსტიტუტი, ვილნიუსი
	Nerija Kuprevičienė (1; 0/1)	ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო, ვილნიუსი

ქვეყანა	სახელი (შეხვედრების საერთო რაოდენობა; PPS 2011-2012/PPS 2016-2017)	დაწესებულება
ლუქსემბურგი	Elisabeth Heisbourg (2; 1/1), Martine Debacker (1; 0/1), Eliane Gelhausen (1; 0/1)	ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო, ლუქსემბურგი
	Robert Hemmer (1; 1/0)	ცნტრი ჰოსპიტალერი, ლუქსემბურგი
მალტა	Peter Zarb ^{1,2} (6; 5/1), Elizabeth Scicluna (5; 3/2), Rodianne Abela (1; 0/1), Michael Borg (1; 0/1), Deborah Xuereb (1; 0/1)	მსიდას დედათა და ბავშვთა ჰოსპიტალი
ნიდერლანდები	Titia Hopmans (4; 1/3), Mayke Koek (4; 1/3), Birgit Van Benthem (3; 3/0), Sabine De Greeff (1; 0/1), Iralice Jansen (1; 1/0), Emma Smid (1; 0/1), Tjallie Van der Kooi (1; 1/0)	საზოგადოებრივი ჯანმრთელობისა და გარემოს დაცვის ეროვნული ინსტიტუტი, ბილთჰოვენი
ნორვეგია	Nina Kristine Sorknes (5; 2/3), Janne Møller-Stray (4; 4/0), Thale Catherine Berg (2; 0/2) Torunn Alberg (1; 0/1), Horst Bentele (1; 1/0) Jørgen Bjørnholt (1; 0/1), Hanne-Merete Eriksen (1; 0/1), Hege Line Løwer (1; 1/0)	საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ნორვეგიული ინსტიტუტი, ოსლო
პოლონეთი	Aleksander Deptula (6; 2/4)	ნიკოლაუს კოპერნიკუსის უნივერსიტეტი, ტორუნ
	Tomasz Ozorowski (3; 3/0)	პოსნანის სამედიცინო უნივერსიტეტი
	Waleria Hryniewicz (2; 1/1)	ეროვნული სამედიცინო ინსტიტუტი, ვარშავა
	Ewa Trejnowska (2; 1/1)	რეგიონალური სამედიცინო ცენტრი, ოპოლე
	Jadwiga Wójkowska-Mach (1; 0/1)	იაგლონის უნივერსიტეტის სამედიცინო კოლეჯი, კრაკოვი
პორტუგალია	Ana Cristina Costa (4; 4/0), Elaine Pina (3; 1/2)	ჯანდაცვის მართვის გენერალური სამმართველო, ლისაბონი
	Ana Paula Cruz (1; 0/1), Paulo Nogueira (1; 0/1), Maria Elena Noriega (1; 1/0)	
	Paulo André Fernandes (2; 0/2)	მედიკამენტების და ჯანმრთელობის პროდუქტების ეროვნული ორგანო, ლისაბონი
	José Artur Paiva (2; 1/1)	Director PPCIRA; Centro Hospitalar de S.João, პორტო
რუმინეთი	Roxana Serban (6; 3/3), Ionel Iosif (2; 0/2), Aurora Violeta Stanescu (1; 1/0)	საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ინსტიტუტი, ბუქარესტი
	Camelia Ghita (1; 1/0)	ბუქარესტის საავადმყოფო
	Gabriel Adrian Popescu (1; 0/1)	კაროლ დავილას სამედიცინო და ფარმაცევტული უნივერსიტეტი, ბუქარესტი; ინფექციური დაავადებების ეროვნული ინსტიტუტი 'Dr. Matei Bals', ბუქარესტი
სლოვაკეთი	Slavka Litvova (4; 4/0), Mária Štefkovicová (3; 0/3), Eva Kopšíková (1;	რეგიონალური საზოგადოებრივი ჯანდაცვის

ქვეყანა	სახელი (შეხვედრების საერთო რაოდენობა; PPS 2011-2012/PPS 2016-2017)	დაწესებულება
	0/1)	ორგანო, ტრენინი
	Lukas Murajda (2; 2/0)	კომენიუსის უნივერსიტეტი, ჯესენიუსის მედიცინის ფაკულტეტი, მარტინი
	Jana Námešná (2; 0/2)	რეგიონალური საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ორგანო, Banska Bystrica
სლოვენია	Jana Kolman (11; 5/6), Irena Klavs (4; 2/2)	საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ინსტიტუტი, ლუბლიანა
	Božena Kotnik Kevorkijan (2; 2/0), Rajko Saletinger (1; 0/1)	მარიბორის საუნივერსიტეტო სამედიცინო ცენტრი
	Tatjana Lejko Zupanc (1; 1/0)	ლუბლიანას საუნივერსიტეტო სამედიცინო ცენტრი
ესპანეთი	Josep Vaque Rafart (7; 4/3), Jose Angel Rodrigo Pendas (1; 1/0)	ვალ-დებრონის საუნივერსიტეტო კლინიკა, ბარსელონა
	Angel Asensio Vegas (3; 2/1), Mireia Cantero Caballero (1; 0/1)	საუნივერსიტეტო საავადმყოფო Puerta de Hierro Majadahonda, მადრიდი
	Mercedes Palomar (3; 0/3)	ინტენსიური და კრიტიკული მოვლის მედიცინის ესპანური საზოგადოება, საუნივერსიტეტო საავადმყოფო Arnau de Vilanova, ლეიდა
შვედეთი	Tomas Söderblom (4; 1/3), Inga Zetterqvist (2; 0/2), Jenny Hellman (1; 0/1), Johan Struwe (1; 1/0)	შვედეთის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სააგენტო, სტოკჰოლმი
	Mats Erntell (3; 3/0), Gunilla Skoog (1; 1/0)	ანტიბიოტიკების რეზისტენტობის წინააღმდეგ ბრძოლის შვედური სტრატეგიული პროგრამა, სტოკჰოლმი
	Dag Ström (1; 1/0)	ადგილობრივი და რეგიონალური ორგანოების შვედური ასოციაცია, სტოკჰოლმი
დიდი ბრიტანეთი-ინგლისი	Susan Hopkins (9; 5/4), Jennie Wilson (3; 3/0), Andre Charlett (1; 1/0), Elizabeth Sheridan (1; 1/0)	საზოგადოებრივი ჯანდაცვა ინგლისი, კოლინდეილი
დიდი ბრიტანეთი-ჩრ. ირლანდია	Gerard McIlvenny (4; 2/2), Lourda Geoghegan (2; 0/2), Ed Smyth (1; 1/0)	საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სააგენტო, ჩრ. ირლანდია, ბელფასტი
დიდი ბრიტანეთი-შოტლანდია	Jacqui Reilly (11; 5/6), Shona Cairns (4; 4/0)	ჯანმრთელობის დაცვა შოტლანდია, გლასგო
	Peter Davey ¹ (1; 1/0)	დანდის უნივერსიტეტი
დიდი	Wendy Harrison (2; 0/2), Dafydd Williams (2; 1/1)	საზოგადოებრივი ჯანდაცვა, უელსი,

ქვეყანა	სახელი (შეხვედრების საერთო რაოდენობა; PPS 2011-2012/PPS 2016-2017)	დაწესებულება
ბრიტანეთი-უელსი		კარდიფი
	David Nicholas Looker (1; 1/0)	„გლან კალვიდის“ საავადმყოფო, დენბიშირი
ევროკავშირის განვითარებადი ქვეყნები		
ალბანეთი	Zahide Sulejmani (1; 0/1), Eugena Tomini (1; 0/1)	საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ინსტიტუტი, ტირანა
	Pellumb Piperi (1; 1/0)	ჯანდაცვის სამინისტრო, ტირანა
ბოსნია-ჰერცეგოვინა	Maja Ostojic (1; 0/1)	მოსტარის საუნივერსიტეტო კლინიკა-საავადმყოფო
	Aida Pitic (1; 0/1)	სარაევოს უნივერსიტეტის კლინიკური ცენტრი
კოსოვო	Agreta Gecaj-Gashi (1; 0/1)	კოსოვოს უნივერსიტეტის კლინიკური ცენტრი, ინტენსიური მოვლა, პრიშტინა
	Lul Raka (1; 0/1)	საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ინსტიტუტი, კოსოვო, პრიშტინა
მაკედონიის ყოფილი იუგოსლავიის რესპუბლიკა	Gordana Kuzmanovska (1; 0/1), Kristina Stavridis (1; 0/1)	საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ინსტიტუტი, სკოპიე
	Katja Popovska (1; 0/1)	მიკრობიოლოგიის ინსტიტუტის სამედიცინო ფაკულტეტი, სკოპიე
მონტენეგრო	Anton Duravcaj (1; 0/1), Gordana Mijovic (1; 1/0)	მონტენეგროს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ინსტიტუტი, პოდგორიცა
	Miro Knežević (1; 0/1)	მონტენეგროს კლინიკური ცენტრი, პოდგორიცა
	Sanja Simovic (1; 0/1)	ჰოსპიტალური ინფექციების ეროვნული კომისია
სერბეთი	Gorana Cosic (1; 0/1)	საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ინსტიტუტი, ნოვი-სადი
	Mitra Drakulovic (1; 0/1)	სერბეთის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ინსტიტუტი „ეჟიმი მილან იოვანოვიჩ ბატუტი“ ბელგრადი
	Natasa Mazic (1; 0/1)	სერბეთის კლინიკური ცენტრი, ბელგრადი
თურქეთი	Dilek Arman (1; 1/0)	გაზის უნივერსიტეტი, ანკარა
	Fadime Callak Oku (1; 0/1)	ჯანდაცვის სერვისების გენერალური დირექტორატი, ჯანდაცვის სამსახურის სტანდარტების დეპარტამენტი
ევროკავშირის სამეზობლო პოლიტიკის ქვეყნები		

ქვეყანა	სახელი (შეხვედრების საერთო რაოდენობა; PPS 2011-2012/PPS 2016-2017)	დაწესებულება
ალჟირი	Amhis Wahiba (1; 0/1)	საზოგადოებრივი ჰოსპიტალიერი ბოლოჰინი, ალჟერი
სომხეთი	Romella Abovyan (1; 0/1)	დაავადებათა კონტროლის და პრევენციის ეროვნული ცენტრი, ერევანი
ეგვიპტე	Khaled Hassanein (1; 0/1)	მოსახლეობის ჯანმრთელობის და დაცვის სამინისტრო, კაირო
საქართველო	Giorgi Chakhunashvili (1; 0/1)	დაავადებათა კონტროლის და პრევენციის ეროვნული ცენტრი, თბილისი
ისრაელი	Mitchell J. Schwaber (1; 0/1)	ინფექციების კონტროლის და ანტიბიოტიკო რეზისტენტობის ეროვნული ცენტრი, თელავივი
ლუბანი	Rima Moghnieh (2; 0/2)	მკვასედის საერთო პროფილის საავადმყოფო, ბეირუთი
ტუნისი	Ihlem Boutiba (1; 0/1)	ტუნისის მედიცინის ფაკულტეტი
უკრაინა	Maxym Pylypenko (1; 0/1), Aidyn Salmanov (1; 0/1)	პ.ლ. შუპიკის დიპლომისშემდგომი განათლების ეროვნული სამედიცინო აკადემია, კიევი
	Viktoriia Zadorozhna (1; 0/1)	გრომაშევსკის ეპიდემიოლოგიის და ინფექციური დაავადებების ინსტიტუტი, კიევი
ინდივიდუალური ექსპერტები		
საფრანგეთი	Arno Muller ¹ (9; 6/3)	ინდივიდუალური ექსპერტი, საფრანგეთი; ECDC-ის კონსულტანტი ESAC-Net-თვის
საფრანგეთი	Catherine Dumartin (1; 0/1)	ნოზოკომიური ინფექციებთან ბრზოლის ამზრეთ-დასავლეთის საკოორდინაციო ცენტრი, ბორდო
დიდი ბრიტანეთი/PP S ტრენინგი	Barry Cookson (2; 2/0), Gareth Hughes (2; 2/0) Berit Müller-Peabody (2; 2/0), Naomi Boxall (1; 1/0)	ინგლისის საზოგადოებრივი ჯანდაცვა, კოლინდეილი
დიდი ბრიტანეთი	Walter Zingg (3; 0/3)	ლონდონის სამპერატორო კოლეჯი
დიდი ბრიტანეთი	Mike Sharland ² (1; 0/1)	წმ.გიორგის ჯანმრთელობის NHS ფონდი, ლონდონი
ინტერნაციონალური და ევროპული ორგანიზაციები/პროექტები		
ევროპული კომისია	Nicole Heine (1; 0/1)	ევროპული კომისია, ლუქსემბურგი

ქვეყანა	სახელი (შეხვედრების საერთო რაოდენობა; PPS 2011-2012/PPS 2016-2017)	დაწესებულება
ESAC	Herman Goossens (5; 5/0), Nico Drapier (1; 1/0)	ანტიმიკრობული საშუალებების მოხმარების ევროპული კომისია (ESAC); ანტევერპენის უნივერსიტეტი, ანტევერპენი
ESICM	Alain Lepape (4; 1/3)	ევროპის ინტენსიური თერაპიის საზოგადოება (ESICM), ინფექციური განყოფილება; ჩუ, ლიონი
EUCIC	Evelina Tacconelli (1; 0/1)	კლინიკური მიკრობიოლოგიის და ინფექციური დაავადებების ევროპული საზოგადოება (ESCMID), ინფექციების კონტროლის ევროპული კომიტეტი (EUCIC)
აშშ/CDC	Shelley Magill (5; 3/2), Scott Fridkin (2; 2/0)	დაავადებათა კონტროლის და პრევენციის ცენტრი, ატლანტა
ჯანმო-ს ევროპული რეგიონალური ოფისი	Ana Paula Coutinho (5; 3/2), Bernardus Ganter (2; 2/0)	ჯანმრთელობის დაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია, ევროპის რეგიონალური ოფისი, კოპენჰაგენი
ECDC	Carl Suetens (14; 8/6), Jolanta Griškevičienė (8; 5/3), Pete Kinross (5; 0/5), Dominique L. Monnet (5; 1/4), Klaus Weist (5; 3/2), Ole Heuer (4; 2/2), Carlo Gagliotti (3; 3/0), Diamantis Plachouras (3; 0/3), Tommi Kärki (1; 0/1), Barbara Albiger (1; 0/1), Tommi Asikainen (1; 1/0), Anna-Pelagia Magiorakos (1; 0/1), Sorin Ostafiev (1; 0/1), Vladimir Prikazsky (1; 1/0), Luisa Sodano (1; 1/0)	დაავადებათა კონტროლის და პრევენციის ევროპული ცენტრი, სტოკჰოლმი

¹ასევე წარმოადგენენ ESAC-ს პროექტს

²ასევე წარმოადგენენ ESAC-Net-ის კოორდინირების კომიტეტს

ასევე, 2013-2015 წლებში ორგანიზებულ იქნა შვიდი ტელეკონფერენცია სტრუქტურის და პროცესის ინდიკატორების არჩევისთვის HAI-Net PPS-ის ექსპერტთა ჯგუფის წევრებთან ერთად: Outi Lyytikäinen (ფინეთი); Sonja Hansen (გერმანია); Maria-Luisa Moro (იტალია); Peter Zarb (მალტა, ESAC-Net Coordination Group); Jana Kolman (სლოვენია); Susan Hopkins (დიდი ბრიტანეთი-ინგლისი); Jacqui Reilly (დიდი ბრიტანეთი-შოტლანდია); Walter Zingg (SIGHT project); Arno Muller (ESAC-Net-ის კონსულტანტი); Pete Kinross (ECDC); Anna-Pelagia Magiorakos (ECDC), Diamantis Plachouras (ECDC), Carl Suetens (ECDC).

მესამე ECDC PPS-ის პროტოკოლის 2022-2023 განხილვისთვის, COVID-19-ის პანდემიის გამო პირისპირ შეხვედრის ორგანიზირება ვერ მოხერხდა. ნაცვლად ამისა მოხდა ცვლილებებზე შეთანხმება, HAI-Net ქსელის ვირტუალურ შეხვედრაზე ხმის მიცემის საშუალებით, რომელიც გაიმართა სამ სესიად 3, 8 და 16 ივნისს 2021 წელს.

დანართი 1. დამატებითი მასალები

კოდების წიგნი

კოდების წიგნი დართულია ამ გამოცემასთან დანართი 2-ის სახით და შეიცავს:

- სპეციალობების დასახელებას (პალატა, პაციენტი/კონსულტანტი);
- ანტიმიკრობული აგენტების ჯენერიკული სახელებს და ATC-5 კოდებს;
- დიაგნოზების სიას ანტიმიკრობული საშუალებებით მკურნალობის დაწყებისთვის (ადაპტირებული ESAC-დან);
- HAI-ის შემთხვევების განმარტებას;
- კათეტერთან ასოცირებული ინფექციების დიაგნოსტიკის ალგორითმს;
- მიკროორგანიზმების კოდებს;
- ანტიმიკრობული რეზისტენტობის მარკერების კოდებს; და
- ქირურგიული ოპერაციების კატეგორიებს (NHSN/non-NHSN მაგალითები).

ფორმები

PowerPoint ფაილი ყველა ფორმასთან ერთად ხელმისაწვდომია ცალკე ჩამოსატვირთად. ის განკუთვნილია მაღალი ხარისხით ბეჭდვისთვის და/ან სათარგმნად.

TESSy-ის ცვლადების განმარტებები და ვალიდაციის წესები

Excel-ის ფაილი, რომელშიც მოცემულია ცვლადების განმარტება ECDC-ის TESSy-ის სისტემაში მონაცემთა ატვირთვისთვის, ხელმისაწვდომია ცალკე ჩამოსატვირთად TESSy-ს ან ECDC-ის HAI-Net ქსელში. ასევე შესაძლებელია მისი მოთხოვნა იმეილით ARHAI@ecdc.europa.eu.

შენიშვნა სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციების შემთხვევების განმარტებაზე

2009 წლის იანვარში ერთობლივი ექსპერტთა ჯგუფის რეკომენდაციით და 2009 და 2010 წელს შეხვედრისას PPS-ის ექსპერტთა დადასტურებით, ECDC PPS-ის პროტოკოლი იყენებს არსებული შემთხვევების ევროპულ განმარტებას [Error! Reference source not found.-Error! Reference source not found.] და ავსებს

მათ შემთხვევების დაავადებათა კონტროლის და პრევენციის (CDC) ცენტრის განმარტებით, რომელსაც იყენებს CDC-ის ეროვნული ჯანდაცვის უსაფრთხოების ქსელი (NHSN, ადრე NNIS)[**Error! Reference source not found.**]. ქვისების განმარტების თანხვედრა აშშ/CDC-ს და ევროკავშირის/HELICS შორის შეფასდა Hansen et al-ის მიერ [**Error! Reference source not found.**].

ქვისების ევროპული განმარტება, რომელიც გამოიყენება ECDC PPS-ში არის:

შემთხვევების HELICS/IPSE განმარტება

- ქირურგიული ჩარევის მიდამოს ინფექცია
- პნევმონია
- სისხლის ნაკადის ინფექცია
- ცენტრალურ ვენურ კათეტერთან ასოცირებული ინფექციები
- საშარდე გზების ინფექციები

Clostridioides difficile ინფექცია

კონკრეტული განმარტებები ახალშობილთათვის, დადგენილი KISS ქსელის მიერ:

- კლინიკურად საეჭვო სისხლის ნაკადის ინფექციები (კლინიკური სეფსისი)
- ლაბორატორიულად დადასტურებული სისხლის ნაკადის ინფექციები
- ლაბორატორიულად დადასტურებული სისხლის ნაკადის ინფექციები კოაგულაზა ნეგატიური სტაფილოკოკებით გამოწვეული
- პნევმონია ახალშობილებში
- ნეკროზული ენტეროკოლიტი

COVID-19: დადასტურებული COVID-19-ის შემთხვევების განმარტება და COVID-19-ის ინფექციის წყაროს ეპიდემიოლოგიური დადგენა

შენიშვნა: CDC-ის HAI-ის შემთხვევების განმარტება ახალშობილებში ჩანაცვლდა შემთხვევების განმარტებით, რომელიც გამოიყენება Neo-KISS სისტემაში. ეს განმარტებები არ დამკვიდრებულა ევროკავშირის დონეზე, თუმცა ის ამჟამინა EU-PPS-ის ექსპერტთა ჯგუფმა.

სხვა დანარჩენი შემთხვევების განმარტება არის CDC/NHSN-ის შემთხვევების განმარტება.

დანართი 2. კოდების წიგნი

სპეციალიზაციის კოდების სია

სპეციალიზაციის კოდები გამოიყენება შემდეგი ცვლადებისთვის: პალატის სპეციალიზაცია, პაციენტის/კონსულტანტის სპეციალიზაცია, სპეციალიზებული საავადმყოფო. პალატის სპეციალიზაციის კოდები მოცემულია პირველ სვეტში.

კატეგორია/პალატის სპეციალიზაცია (კოდი)	პაციენტის/კონსულტანტის სპეციალიზაციის კოდი	პაციენტის/კონსულტანტის სპეციალობის სახელი
ქირურგიული სპეციალობები (SUR)	SURGEN	ზოგადი ქირურგია
ქირურგიული სპეციალობები (SUR)	SURDIG	საჭმლის მომნელებელი სისტემის ქირურგია
ქირურგიული სპეციალობები (SUR)	SURORTR	ორთოპედია და ქირურგიული ტრავმატოლოგია
ქირურგიული სპეციალობები (SUR)	SURORTO	ორთოპედია
ქირურგიული სპეციალობები (SUR)	SURTR	ტრავმატოლოგია
ქირურგიული სპეციალობები (SUR)	SURCV	გულ-სისხლძარღვთა ქირურგია
ქირურგიული სპეციალობები (SUR)	SURCARD	კარდიო ქირურგია
ქირურგიული სპეციალობები (SUR)	SURVASC	სისხლძარღვთა ქირურგია
ქირურგიული სპეციალობები (SUR)	SURTHO	თორაკოქირურგია
ქირურგიული სპეციალობები (SUR)	SURNEU	ნეიროქირურგია
ქირურგიული სპეციალობები (SUR)	SURPED	პედატრიული ზოგადი ქირურგია
ქირურგიული სპეციალობები (SUR)	SURTRANS	ტრანსპლანტაციური ქირურგია
ქირურგიული სპეციალობები (SUR)	SURONCO	ონკოქირურგია
ქირურგიული სპეციალობები (SUR)	SURENT	ყელ-ყურ ცხვირის ქირურგია
ქირურგიული სპეციალობები (SUR)	SUROPH	ოფთალმოლოგია
ქირურგიული სპეციალობები (SUR)	SURMAXFAC	ყბა-სახის ქირურგია
ქირურგიული სპეციალობები (SUR)	SURSTODEN	სტომატოლოგია
ქირურგიული სპეციალობები (SUR)	SURBURN	დამწვრობის მოვლა
ქირურგიული სპეციალობები (SUR)	SURURO	უროლოგია
ქირურგიული სპეციალობები (SUR)	SURPLAS	პლასტიკური და რეკონსტრუქციული ქირურგია
ქირურგიული სპეციალობები (SUR)	SUROTH	სხვა ქირურგია

კატეგორია/ვალატის სპეციალიზაცია (კოდი)	პაციენტის/კონსულტანტის სპეციალიზაციის კოდი	პაციენტის/კონსულტანტის სპეციალობის სახელი
სამედიცინო სპეციალობები (MED)	MEDGEN	ზოგადი მედიცინა
სამედიცინო სპეციალობები (MED)	MEDGAST	გასტროენტეროლოგია
სამედიცინო სპეციალობები (MED)	MEDHEP	ჰეპატოლოგია
სამედიცინო სპეციალობები (MED)	MEDENDO	ენდოკრინოლოგია
სამედიცინო სპეციალობები (MED)	MEDONCO	ონკოლოგია
სამედიცინო სპეციალობები (MED)	MEDHEMA	ჰემატოლოგია
სამედიცინო სპეციალობები (MED)	MEDBMT	ძვლის ტვინის ტრანსპლანტაცია (BMT)
სამედიცინო სპეციალობები (MED)	MEDHEMBMT	ჰემატოლოგია/BMT
სამედიცინო სპეციალობები (MED)	MEDCARD	კარდიოლოგია
სამედიცინო სპეციალობები (MED)	MEDCOV	COVID-19 (არა -რეანიმაცია)
სამედიცინო სპეციალობები (MED)	MEDDERM	დერმატოლოგია
სამედიცინო სპეციალობები (MED)	MEDNEPH	ნეფროლოგია
სამედიცინო სპეციალობები (MED)	MEDNEU	ნევროლოგია
სამედიცინო სპეციალობები (MED)	MEDPNEU	პულმონოლოგია
სამედიცინო სპეციალობები (MED)	MEDRHEU	რევმატოლოგია
სამედიცინო სპეციალობები (MED)	MEDID	ინფექციური დაავადებები
სამედიცინო სპეციალობები (MED)	MEDTR	სამედიცინო ტრავმატოლოგია
სამედიცინო სპეციალობები (MED)	MEDOTH	სხვა სამედიცინო
პედიატრია (PED)	PEDGEN	ზოგადი პედიატრია, არასპეციალიზირებული
ნეონატოლოგია (NEO)	PEDNEO	ნეონატოლოგია (გარდა ჯანმრთელი ახალშობილებისა)
ნეონატოლოგია (NEO)	PEDBAB	ჯანმრთელი ახალშობილები (პედიატრია)
ნეონატოლოგია (NEO)	ICUNEO	ნეონატოლოგიური რეანიმაცია
პედიატრია (PED)	ICUPED	პედიატრიული რეანიმაცია
ინტენსიური თერაპიის მედიცინა (ICU)	ICUMED	ზოგადი რეანიმაცია
ინტენსიური თერაპიის მედიცინა (ICU)	ICUSUR	ქირურგიული რეანიმაცია
ინტენსიური თერაპიის მედიცინა (ICU)	ICUMIX	შერეული (მრავალპროფილური) რეანიმაცია, ზოგადი ინტენსიური ან კრიტიკული თერაპია
ინტენსიური თერაპიის მედიცინა (ICU)	ICUCOV	COVID-19 რეანიმაცია
ინტენსიური თერაპიის მედიცინა (ICU)	ICUSPEC	სპეციალიზირებული რეანიმაცია
ინტენსიური თერაპიის მედიცინა (ICU)	ICUOTH	სხვა რეანიმაცია

კატეგორია/პალატის სპეციალიზაცია (კოდი)	პაციენტის/კონსულტანტის სპეციალიზაციის კოდი	პაციენტის/კონსულტანტის სპეციალობის სახელი
მეან-გინეკოლოგია (GO)	GOOBS	მეანობა/სამშობიარო
მეან-გინეკოლოგია (GO)	GOGYN	გინეკოლოგია
მეან-გინეკოლოგია (GO)	GOBAB	ჯანმრთელი ახალშობილები (სამშობიარო)
გერიატრიული (GER)	GER	გერიატრია, მოხუცთა მოვლა
ფსიქიატრია (PSY)	PSY	ფსიქიატრია
რეაბილიტაცია (RHB)	RHB	რეაბილიტაცია
გრძელვადიანი ზრუნვა (LTC)	LTC*	ხანგრძლივი მოვლა
სხვა (OTH)	OTH	სხვა, რაც არაა ჩამონათვალში
შერეული (MIX)	MIX*	სპეციალობების კომბინაცია

* *LTC* და *MIX* არის მხოლოდ პალატის სპეციალიზაცია და მათი გამოყენება უნდა მოხდეს მხოლოდ ექსკლუზიურად პაციენტის/კონსულტანტის სპეციალიზაციისას (მაგ. *LTC*-ის ნაცვლად გამოიყენეთ *MEDGEN*, *GER*, *RHB*; *MIX*-ის შემთხვევაში, გამოიყენეთ პაციენტის მთავარი დაავადების სპეციალიზაცია).

დიაგნოზის/ადგილის კოდების სია ანტიმიკრობული საშუალებების გამოყენებისთვის

დიაგნოზის/ადგილის კოდი	მაგალითი
CNS	ცენტრალური ნერვული სისტემის ინფექციები
EYE	ენდოფტალმიტი
ENT	ყურის, ცხვირის, ყელის, ხახის და პირის ღრუს ინფექციები
BRON	მწვავე ბრონქიტი ან ქრონიკული ბრონქიტის გამწვავება
PNEU	პნევმონია
CF	კისტური ფიბროზი
CVS	კარდიოვასკულარული ინფექციები: ენდოკარდიტი, სისხლძარღვოვანი ტრანსპლანტანტი
GI	გასტროინტესტინალური ინფექციები (მაგ. სალმონელოზი, ანტიბიოტიკებთან დაკავშირებული დიარეა)
IA	ინტრააბდომინალური ინფექციები - სეფსისი, ჰეპატობილიარული სისტემის ჩათვლით
SST-SSI	ქირურგიული ჩარევის მოდამოს ინფექცია, რომელიც მოიცავს კანს და რბილ ქსოვილებს მაგრამ არ ვრცელდება ძვალში
SST-O	ცელულიტი, ჭრილობა, ღრმა რბილი ქსოვილები ძვლის ჩათვლით, არ არის დაკავშირებული ოპერაციასთან
BJ-SSI	სეპტიკური ართრიტი, ქირურგიული ჩარევის მიდამოს ოსტეომიელიტი
BJ-O	სეპტიკური ართრიტი, ოსტეომიელიტი, რომელიც არ არის კავშირში ოპერაციასთან
CYS	ქვედა საშარდე გზების სიმპტომური ინფექცია (მაგ. ცისტეტი)
PYE	ზედა საშარდე გზების სიმპტომური ინფექცია (მაგ. პილონეფრიტი)
ASB	ასიმპტომური ბაქტერიურია
OBGY	სამენაო ან გინეკოლოგიური ინფექციები, სგდ ინფექციები ქალებში
GUM	პროსტატიტი, ეპიდიდიმო-ორქიტი, სგდ ინფექციები კაცებში
BAC	ლაბორატორიულად დადასტურებული ბაქტერიემია
CSEP	კლინიკური სეფსისი (საექვო სისხლის ინფექციები ლაბორატორიული დადასტურების გარეშე/ შედეგები არ არის ხელმისაწვდომი, სისხლის კულტურა არ შეგროვებულა ან უარყოფითი სისხლის კულტურა), ფებრილური ნეიტროპენიის გარდა

FN	ნეიტროპენიური ცხელება ან ინფექციების სხვა სახის გამოვლინება იმუნოდეფიციტის მქონე პაციენტებში (მაგ. აივ ინფექცია, ქიმიოთერაპია და ა.შ.) მკაფიო ანატომიური ლოკალიზაციის გარეშე
SIRS	სისტემური ინფლამატორული პასუხი მკაფიო ანატომიური ლოკალიზაციის გარეშე
UND	სრულიად განუსაზღვრელი; ადგილი სისტემური ანთების გარეშე
NA	მიუღებელია; მკურნალობის გარდა სხვა ანტიმიკრობული საშუალებების გამოყენებისთვის

ანტიმიკრობული საშუალებების გამოყენების ჩვენებები

ჩვენების კოდი	ჩვენება
მკურნალობა	
CI	საზოგადოებაში შეძენილი ინფექციების მკურნალობა (CI)
LI	ხანგრძლივ მოვლასთან ასოცირებული ინფექციების მკურნალობა (LI)
HI	სამედიცინო მომსახურეობასთან ასოცირებული ინფექციების მკურნალობა (HI)
პროფილაქტიკა	
MP	მედიკამენტური პროფილაქტიკა
SP1	ქირურგიული პროფილაქტიკა: ერთი დოზა
SP2	ქირურგიული პროფილაქტიკა: ერთი დღე
SP3	ქირურგიული პროფილაქტიკა: > 1 დღე
სხვა	
O	სხვა მიზეზები (მაგ. პროკინეტიკური ერთრომიცინი)
UI	უცნობი ჩვენება (PPS-ის დროს აღწერილი)

ანტიმიკრობული საშუალებების ATC კოდები (2021)

ანტიმიკრობული აგენტი: გენერიკული სახელი	ATC5 კოდი
ამიკაცინი	J01GB06

ანტიმიკრობული აგენტი: გენერული სახელი	ATC5 კოდი
ამოქსიცილინი	J01CA04
ამოქსიცილინი და ენზიმის ინჰიბიტორი	J01CR02
ამფოტერიცინი B (ორალური)	A07AA07
ამფოტერიცინი B (პარენტერალური)	J02AA01
ამპიცილინი	J01CA01
ამპიცილინი და ფერმენტის ინჰიბიტორი	J01CR01
ამპიცილინი, კომბინაციები	J01CA51
ანიდულაფუნგინი	J02AX06
არბეკაცინი	J01GB12
ასპროქსიცილინი	J01CA19
აზანიდაზოლი	P01AB04
აზიდოცილინი	J01CE04
აზიტრომიცინი	J01FA10
აზიტრომიცინი, ფლუკონაზოლი და სეკნიდაზოლი	J01RA07
აზლოცილინი	J01CA09
აზეტრონამი	J01DF01
ბაცამპიცილინი	J01CA06
ბაციტრაცინი	J01XX10
ბეკანამიცილინი	J01GB13
ბენზათინ ბენზილპენიცილინი	J01CE08
ბენზათინ ფენოქსიმეთილპენიცილინი	J01CE10
ბენზილპენიცილინი	J01CE01
ბიაპენემ	J01DH05
ბროდიმოპრიმი	J01EA02
კარბენიცილინი	J01CA03
კარინდაცილინი	J01CA05
კარუმონამი	J01DF02
კასპოფუნგინი	J02AX04
ცეფასტრილი	J01DB10
ცეფაკოლორი	J01DC04

ანტიმიკრობული აგენტი: გენერული სახელი	ATC5 კოდი
ცეფადროქსილი	J01DB05
ცეფალექსინი	J01DB01
ცეფალორიდინი	J01DB02
ცეფალოტინი	J01DB03
ცეფამანდოლი	J01DC03
ცეფაპირინი	J01DB08
ცეფატრიზინი	J01DB07
ცეფაზედონი	J01DB06
ცეფაზოლინი	J01DB04
ცეფბუპერაზონი	J01DC13
ცეფკაპენი	J01DD17
ცეფდინირი	J01DD15
ცეფდიტორენი	J01DD16
ცეფეპიმი	J01DE01
ცეფეპიმი და ამიკაცინი	J01RA06
ცეფატამეტი	J01DD10
ცეფიდეროკოლი	J01DI04
ცეფექსიმი	J01DD08
ცეფექსიმი და ორინდაზოლი	J01RA15
ცეფმენოქსიმი	J01DD05
ცეფმეტაზოლი	J01DC09
ცეფმინოქსი	J01DC12
ცეფოდიზიმი	J01DD09
ცეფონიციდი	J01DC06
ცეოპერაზონი	J01DD12
ცეფოპერაზონი, კომბინაციები	J01DD62
ცეფორანიდი	J01DC11
ცეფოტაქსიმი	J01DD01
ცეფოტაქსიმი და ზეტა ლაცტამაზას ინჰიბიტორი	J01DD51
ცეფოტეტანი	J01DC05

ანტიმიკრობული აგენტი: გენერული სახელი	ATC5 კოდი
ცეფოტამი	J01DC07
ცეფოქსიტინი	J01DC01
ცეფოზოპრანი	J01DE03
ცეფპირამიდი	J01DD11
ცეფპრომი	J01DE02
ცეფპოდოქსიმი	J01DD13
ცეფპოდოქსიმი და ზეტა ლაქტამაზას ინჰიბიტორი	J01DD64
ცეფპროზილი	J01DC10
ცეფრადინი	J01DB09
ცეფროქსადინი	J01DB11
ცეფსულოდინი	J01DD03
ცეფტაროლინი ფოსამილი	J01DI02
ცეფტაზიდიმი	J01DD02
ცეფტაზიდიმი და ზეტა ლაქტამაზას ინჰიბიტორი	J01DD52
ცეფტერამი	J01DD18
ცეფტეზოლი	J01DB12
ცეფტიბუტენი	J01DD14
ცეფტიზოქსიმი	J01DD07
ცეფტოზიპროლი მედოკარილი	J01DI01
ცეფტოლოზანი და ზეტა ლაქტამაზას ინჰიბიტორი	J01DI54
ცეფტრიაქსონი	J01DD04
ცეფტრიაქსონი, კომბინაციები	J01DD54
ცეფუროქსიმი	J01DC02
ცეფუროქსიმი და მეტრონიდაზოლი	J01RA03
ქლორამფენიკოლი	J01BA01
ქლორტეტრაციკლინი	J01AA03
ცინოქსაცინი	J01MB06
ციპროფლოქსაცინი	J01MA02
ციპროფლოქსაცინი და მეტრონიდაზოლი	J01RA10
ციპროფლოქსაცინი და ორინდაზოლი	J01RA12

ანტიმიკრობული აგენტი: გენერული სახელი	ATC5 კოდი
ციპროფლოქსაცინი და ტინიდაზოლი	J01RA11
კლარიტრომიცინი	J01FA09
კლინდამიცინი	J01FF01
კლოფოქტოლი	J01XX03
კლომეტოცილინი	J01CE07
კლომოციკლინი	J01AA11
კლოქსაცილინი	J01CF02
კოლისტინი (ინექცია, ინფუზია)	J01XB01
კოლისტინი (ორალური)	A07AA10
ბეტა ლაქტამაზა სენსიტიური პენიცილინების კომბინაცია	J01CE30
შუალედური მოქმედების სულფონამიდების კომბინაცია	J01EC20
ხანგრძლივი მოქმედების სულფონამიდების კომბინაცია	J01ED20
პენიცილინების კომბინაცია	J01CR50
ფართო სპექტრის პენიცილინების კომბინაცია	J01CA20
ხანმოკლე მოქმედების სულფანილამიდების კომბინაცია	J01EB20
ტეტრაციკლინების კომბინაცია	J01AA20
ციკლოსერინი	J04AB01
დალბავანცინი	J01XA04
დაფტომიცინი	J01XX09
დელაფლოქსაცინი	J01MA23
დემეკლოციკლინი	J01AA01
დიბეკაცინი	J01GB09
დიკლოქსაცილინი	J01CF01
დირიტრომიცინი	J01FA13
დორიპენემი	J01DH04
დოქსიციკლინი	J01AA02
ენოქსაცინი	J01MA04
ეპიცილინი	J01CA07
ერავაციკლინი	J01AA13
ერთაპენემი	J01DH03

ანტიმიკრობული აგენტი: გენერული სახელი	ATC5 კოდი
ერიტრომიცინი	J01FA01
ეტამბუტოლი	J04AK02
ეთინამიდი	J04AD03
ფაროპენმი	J01DI03
ფიდაქსომიცინი	A07AA12
ფლეროქსაცინი	J01MA08
ფლომოქსეფი	J01DC14
ფლუკლოქსაცილინი	J01CF05
ფლუკონაზოლი	J02AC01
ფლუციტოზინი	J02AX01
ფლუმეცანი	J01MB07
ფლურიტრომიცინი	J01FA14
ფოსფომიცინი	J01XX01
ფურაზიდინი	J01XE03
ფუზიდინის მჟავა	J01XC01
გარენოქსაცინი	J01MA19
გატიფლოქსაცინი	J01MA16
გემიფლოქსაცინი	J01MA15
გენტამიცინი	J01GB03
გრეპაფლოქსაცინი	J01MA11
გრიზოფლუვინი	D01BA01
ჰაჩიმიცინი	J02AA02
ჰეტაცილინი	J01CA18
იკლაპრიმი	J01EA03
იმიპენემი და ენზიმის ინჰიბიტორი	J01DH51
იმიპენემი, ცილასტატინი და რელეზაქტამი	J01DH56
იზავუკონაზოლი	J02AC05
იზეპამიცინი	J01GB11
იზონიაზიდის	J04AC01
იტრაკონაზოლი	J02AC02

ანტიბიოტიკული აგენტი: გენერული სახელი	ATC5 კოდი
ჯოზამიცინი	J01FA07
კანამიცინი	A07AA08
კანამიცინი	J01GB04
კეტოკონაზოლი	J02AB02
ლასკუფლოქსაცინი	J01MA25
ლათამოქსეფი	J01DD06
ლეფამულინი	J01XX12
ლევოფლოქსაცინი	J01MA12
ლევოფლოქსაცინი, კომბინაცია სხვა ანტიბაქტერიულებთან	J01RA05
ლევონადიფლოქსიცინი	J01MA24
ლინკომიცინი	J01FF02
ლინეზოლიდი	J01XX08
ლომეფლოქსაცინი	J01MA07
ლორაკარბეფი	J01DC08
ლიმეციკლინი	J01AA04
მანდელიკის მჟავა	J01XX06
მეცილინამი	J01CA11
მეროპენემი	J01DH02
მეროპენემი და ვაზორბაქტამი	J01DH52
მეტაციკლინი	J01AA05
მეტამპიცილინი	J01CA14
მეტენამინი	J01XX05
მეტიცილინი	J01CF03
მეტრონიდაზოლი(ორალური, რექტალური)	P01AB01
მეტრონიდაზოლი (პარენტალური)	J01XD01
მეტრონიდაზოლი, კომბინაციები	P01AB51
მეზლოცილინი	J01CA10
მიკაფუნგინი	J02AX05
მიკონაზოლი	J02AB01
მიდეკამიცინი	J01FA03

ანტიმიკრობული აგენტი: გენერული სახელი	ATC5 კოდი
მინოციკლინი	J01AA08
მიოკამიცინი	J01FA11
მოქსიფლოქსაცინი	J01MA14
ნაფცილინი	J01CF06
ნალიდიქსის მჟავა	J01MB02
ნატამიცინი	A07AA03
ნემონოქსაცინი	J01MB08
ნეომიცინი (ინექცია, ინფუზია)	J01GB05
ნეომიცინი (ორალური)	A07AA01
ნეომიცინი, კომბინაციები (ორალური)	A07AA51
ნეტილმიცინი	J01GB07
ნიფურტიონოლი	J01XE02
ნიმორაზოლი	P01AB06
ნიტროფურანტონი	J01XE01
ნიტროფურანტონი, კომბინაციები	J01XE51
ნიტროქსოლინი	J01XX07
ნორფლოქსაცინი	J01MA06
ნორფლოქსაცინი და მეტრონიდაზოლი	J01RA14
ნორფლოქსაცინი და ტინიდაზოლი	J01RA13
ნისტატინი	A07AA02
ოფლოქსაცინი	J01MA01
ოფლოქსაცინი ფა ორინდაზოლი	J01RA09
ოლენდომიცინი	J01FA05
ომადაციკლინი	J01AA15
ორიტავანცინი	J01XA05
ორინდაზოლი (ორალური)	P01AB03
ორინდაზოლი (პარენტალური)	J01XD03
ოტესეკონაზოლი	J02AC06
ოქსაცილინი	J01CF04
ოქსოლინის მჟავა	J01MB05

ანტიმიკრობული აგენტი: გენერული სახელი	ATC5 კოდი
ოქსიტეტრაციკლინი	J01AA06
ოქსიტეტრაციკლინი, კომბინაციები	J01AA56
პანიპენემი და ბეტამიპრონი	J01DH55
პარომომიცინი	A07AA06
პაზუფლოქსაცინი	J01MA18
პეფლოქსაცინი	J01MA03
პენამეცილინი	J01CE06
პენიცილინები, კომბინაციები სხვა ანტიმიკრობულთან	J01RA01
პენიემპიციკლინი	J01AA10
ფენეტიცილინი	J01CE05
ფენოქსიმეთილპენიცილინი	J01CE02
პირომიდინის მჟავა	J01MB04
პიპერაცილინი	J01CA12
პიპერაცილინი და ენზიმის ინჰიბიტორი	J01CR05
პირომიდინის მჟავა	J01MB03
პივამპიცილინი	J01CA02
პივეცილინამი	J01CA08
პლაზომიცინი	J01GB14
პოლიმიქსინ B	A07AA05
პოლიმიქსინ B	J01XB02
პოზაკონაზოლი	J02AC04
პრისტინამიცინი	J01FG01
პროცინ ბენზილპენიცილინი	J01CE09
პროპენიდაზოლი	P01AB05
პროპიცილინი	J01CE03
პრულიფლოქსაცინი	J01MA17
პირაზინამიდი	J04AK01
ქუინუპრისტინი/დალფოპრისტინი	J01FG02
რიბოსტამიცინი	J01GB10
რიფაბუტინი	J04AB04

ანტიმიკრობული აგენტი: გენერული სახელი	ATC5 კოდი
რიფამპიცინი	J04AB02
რიფაქსიმინი	A07AA11
როკიტამიცინი	J01FA12
როლიტეტრაციკლინი	J01AA09
როსოქსაცინი	J01MB01
როქსიტრომიცინი	J01FA06
რუფლოქსაცინი	J01MA10
სარეციკლინი	J01AA14
სეკნიდაზოლი	P01AB07
სიზომიცინი	J01GB08
სიტაფლოქსაცინი	J01MA21
სოლიტრომიცინი	J01FA16
სპარფლოქსაცინი	J01MA09
სპექტინომიცინი	J01XX04
სპირამიცინი	J01FA02
სპირამიცინი და მეტრონიდაზოლი	J01RA04
სტრეპტოდეოცინი	J01GA02
სტრეპტომიცინი (ორალური)	A07AA04
სტრეპტომიცინი (პარენტერალური)	J01GA01
სტრეპტომიცინი, კომბინაციები	A07AA54
სულბაქტამი	J01CG01
სულბენიცილინი	J01CA16
სულფადაზინი	J01EC02
სულფადაზინი და ტეტროქსაპრიმი	J01EE06
სულფადაზინი და ტრიმეტროპრიმი	J01EE02
სულფადიმეტოქსინი	J01ED01
სულფადიმიდინი	J01EB03
სულფადიმიდინი და ტრიმეტროპრიმი	J01EE05
სულფაფურაზოლი	J01EB05
სულფაიზოდიმიდინი	J01EB01

ანტიმიკრობული აგენტი: გენერული სახელი	ATC5 კოდი
სულფალენი	J01ED02
სულფამაზონი	J01ED09
სულფამერაზინი	J01ED07
სულფამერაზინი და ტრიმეტოპრიმი	J01EE07
სულფამეტიზოლი	J01EB02
სულფამეტოქსაზოლი	J01EC01
სულფამეტოქსაზოლი და ტრიმეტოპრიმი	J01EE01
სულფამეტიქსიპირიდაზინი	J01ED05
სულფამეტომიდინი	J01ED03
სულფამეტოქსიდაზინი	J01ED04
სულფამეტროლი და ტრიმეტოპრიმი	J01EE03
სულფამოქსოლი	J01EC03
სულფამოქსოლი და ტრიმეტოპრიმი	J01EE04
სულფანილამიდი	J01EB06
სულფაპერინი	J01ED06
სულფაფენაზოლი	J01ED08
სულფაპირიდინი	J01EB04
სულფატაზოლი	J01EB07
სულჰათიორეა	J01EB08
სულფონამიდები, სხვა ანტიბიოტიკებთან კომბინაციაში (გარდა ტრიმეტოპრიმისა)	J01RA02
სულტამცილინი	J01CR04
ტალამცილინი	J01CA15
ტაზობაქტამი	J01CG02
ტეზიპენემ პივოქსილი	J01DH06
ტედიზოლიდი	J01XX11
ტეიკოპლანინი	J01XA02
ტელავანსინი	J01XA03
ტელითრომიცინი	J01FA15
ტემაფლოქსაცინი	J01MA05
ტემოცილინი	J01CA17

ანტიმიკრობული აგენტი: გენერული სახელი	ATC5 კოდი
ტერბინაფინი	D01BA02
ტეტრაციკლინი	J01AA07
ტეტრაციკლინი და ოლენდომიცინი	J01RA08
ტიამფენიკოლი	J01BA02
ტიამფენიკოლი, კომბინაციები	J01BA52
ტიკარცილინი	J01CA13
ტიკარციკლინი და ენზიმის ინჰიბიტორი	J01CR03
ტიგეციკლინი	J01AA12
ტინიდაზოლი (ორალური, რექტალური)	P01AB02
ტინიდაზოლი (პარენტალური)	J01XD02
ტობრამიცინი	J01GB01
ტოსუფლოქსაცინი	J01MA22
ტრიმეტოპრიმი	J01EA01
ტროლენდომიცინი	J01FA08
ტროვაფლოქსაცინი	J01MA13
ვანკომიცინი (ორალური)	A07AA09
ვანკომიცინი (პარენტერალური)	J01XA01
ვორიკონაზოლი	J02AC03
ქსიბორნოლი	J01XX02

სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციები:

სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციების კოდების სია, ცხრილი

HAI კოდი	HAI იარლიყი
SSI-S	ქირურგიული ჩარევის მიდამოს ინფექცია, ზედაპირული ქიჩმი
SSI-D	ქირურგიული ჩარევის მიდამოს ინფექცია, ღრმა ქიჩმი
SSI-O	ქირურგიული ჩარევის მიდამოს ინფექცია, ორგანო/სივრცის ქიჩმი
PN1	პნევმონია, კლინიკური + დადებითი რაოდენობრივი კულტურა მინიმალურად დაბინძურებული ქვედა სასუნთქი გზების ნიმუშიდან
PN2	პნევმონია, კლინიკური + დადებითი რაოდენობრივი კულტურა სავარაუდოდ დაბინძურებული ქვედა სასუნთქი გზების ნიმუშიდან
PN3	პნევმონია, კლინიკური + ალტერნატიული მიკრობიოლოგიური მეთოდით მიკრობიოლოგიური დიაგნოზი
PN4	პნევმონია, კლინიკური + დადებითი ნახველის კულტურა ან არა რაოდენობრივი კულტურა ქვედა სასუნთქი გზების ნიმუშიდან
PN5	პნევმონია: პნევმონიის კლინიკური ნიშნები დადებითი მიკრობიოლოგიური კულტურის გარეშე
COV-ASY	ასიმპტომატური COVID-19
COV-MM	საშუალო სიმძიმის COVID-19
COV-SEV	მწვავე COVID-19
UTI-A	სიმპტომატური საშარდე გზების ინფექცია, მიკრობიოლოგიურად დადასტურებული
UTI-B	სიმპტომატური საშარდე გზების ინფექცია, მიკრობიოლოგიურად დაუდასტურებელი
BSI	სისხლის ნაკადის ინფექციები (ლაბორატორიულად დამოწმებული), გარდა CRI3
CRI1-CVC	ადგილობრივი ცვკ-თან-დაკავშირებული ინფექციები (უარყოფითი სისხლის კულტურა)
CRI2-CVC	ზოგადი ცვკ-თან-დაკავშირებული ინფექციები (უარყოფითი სისხლის კულტურა)
CRI3-CVC	მიკრობიოლოგიურად დადასტურებული ცვკ-თან-დაკავშირებული სისხლის ნაკადის ინფექციები
CRI1-PVC	ადგილობრივი ცვკ-თან დაკავშირებული ინფექციები (უარყოფითი სისხლის კულტურა)
CRI2-PVC	ზოგადი პვკ-თან დაკავშირებული ინფექციები (უარყოფითი სისხლის კულტურა)
CRI3-PVC	მიკრობიოლოგიურად დადასტურებული პვკ-თან-დაკავშირებული სისხლის ნაკადის ინფექციები
BJ-BONE	ოსტეომიელიტი

HAI კოდი	HAI იარლიყი
BJ-JNT	სახსარი ან ჩანთა
BJ-DISC	დისკთა შორისი სივრცის ინფექცია
CNS-IC	ინტრაკრანიალური ინფექცია
CNS-MEN	მენინგიტი ან ვენტრიკულიტი
CNS-SA	ხერხემლის აბცესი მენინგიტის გარეშე
CVS-VASC	არტერიული ან ვენური ინფექცია
CVS-ENDO	ენდოკარდიტი
CVS-CARD	მიოკარდიტი ან პერიკარდიტი
CVS-MED	მედიასტინიტი
EENT-CONJ	კონუქტივიტი
EENT-EYE	თვალი, ყველაფერი გარდა კონუქტივიტისა
EENT-EAR	ყურის მასტოიდი
EENT-ORAL	პირის ღრუ (პირი, ენა ან ღრძილები)
EENT-SINU	სინუსიტი
EENT-UR	ზედა სასუნთქი გზები, ფარინგიტი, ლარინგიტი, ეპიგლოტიტი
LRI-BRON	ბრონქიტი, ტრაქეობრონქიტი, ბრონქიოლიტი, ტრაქეიტი, პნევმონიის არსებობის გარეშე
LRI-LUNG	ქვედა სასუნთქი გზების სხვა ინფექციები
GI-CDI	<i>Clostridioides difficile</i> (CDI) ინფექციები
GI-GE	გასტროენტერიტი (გარდა CDI-სა)
GI-GIT	საჭმლისმომწოდებელი გზა (ეზოფაგუსი, კუჭი, წვრილი და მსხილი ნაწლავი და რექტუმი), გარდა GE, CDI
GI-HEP	ჰეპატიტი
GI-IAB	მუცლის ღრუს ინფექციები, რომლებიც სხვაგან არაა მითითებული
REPR-EMET	ენდომეტრიტი
REPR-EPIS	ეპიზოტომია
REPR-VCUF	ვაგინალური მანჟეტი
REPR-OREP	ქალთა და მამაკაცთა რეპროდუქციული სისტემის სხვა ინფექციები

HAI კოდი	HAI იარლიყი
SST-SKIN	კანის ინფექციები
SST-ST	რბილი ქსოვილები (ნეკროზული ფასციტი, ინფექციური განგრენა, ნეკროზული ცელულიტი, ინფექციური მიოზიტი, ლიმფადენიტი ან ლიმფანგიტი)
SST-DECU	ნაწოლი, რომელიც მოიცავს ზედაპირული და ღრმა ინფექციებს
SST-BURN	დამწვრობა
SST-BRST	მკერდის აბცესი ან მასტიტი
SYS-DI	გავრცელებული ინფექცია
SYS-CSEP	ზრდასრულებში და ბავშვებში ნამკურნალები მწვავე ამოუცნობი ინფექცია
NEO-CSEP	კლინიკური სეფსისი ახალშობილებში
NEO-LCBI	ლაბორატორიულად დადასტურებული სისხლის ნაკადის ინფექციები ახალშობილებში, არა-CNS
NEO-CNSB	ლაბორატორიულად დადასტურებული კოაგულაზა ნეგატიური სტაფილოკოკით გამოწვეული სისხლის ნაკადის ინფექციები ახალშობილებში
NEO-PNEU	პნევმონია ახალშობილებში
NEO-NEC	ნეკროზული ენტეროკოლიტი

აქტიური სმაი-ის განმარტება

სმაი-ის დაწყება ¹		შემთხვევის განმარტება
მესამე დღიდან მოყოლებული	და	შეესაბამება შემთხვევის განმარტებას კვლევის დღეს.
ან		
1-ლი დღე (შემოყვანის დღე) ან 2-ე დღე: ქიჩმი-ს (SSI) კრიტერიუმებს შეესაბამება შემოყვანის შემდეგ ნებისმიერ დროს (ოპერაციის 30 დღის/90დღის წინ ჩატარებული ოპერაციის ჩათვლით).		
ან		
დღე 1 ან დღე 2 და პაციენტი გაეწერა გადაუდებელი სერვისების მიმწოდებელი საავადმყოფოდან მომდევნო 48 საათში.	ან	
ან		

<p>დღე 1 ან დღე 2 და პაციენტი გაიწერა გადაუდებელი სერვისების მიმწოდებელი საავადმყოფოდან მომდევნო 28 დღის განმავლობაში, იმ შემთხვევაში თუ მას ჰქონდა <i>Clostridioides difficile</i> გამოწვეული ინფექცია (CDI²).</p>	<p>პაციენტი მკურნალობს³ და HAI შეესაბამებოდა შემთხვევის განმარტებას 1-ლ დღესა და კვლევის დაწყებამდე არსებულ შუალედში.</p>
<p>ან</p>	
<p>დღე 1 ან დღე 2 და პაციენტს სიმპტომების დაწყებამდე შემოყვანისას ჩაუდგეს შესაბამისი მოწყობილობა.</p>	

¹ HAI დაწყების თარიღი: ინფექციის სიმპტომების ან ნიშნების პირველად გამოვლინების თარიღი; თუ უცნობია, ჩაწერეთ თარიღი, როდესაც დაიწყეს მკურნალობა ინფექციის საწინააღმდეგოდ ან თარიღი, როდესაც პირველი სადიაგნოსტიკო ნიმუში იქნა აღებული. თუ არ არის მკურნალობა ან ნიმუში, გთხოვთ შეაფასოთ. არ ჩაწერეთ თუ სიმპტომები/ნიშნები შემოყვანისას უკვე წარმოდგენილია.

² CDI: *Clostridioides difficile* ინფექცია

³ ნებისმიერი სახის მკურნალობა, არა აუცილებლად ანტიმიკრობული.

სმაი-ის შემთხვევების განმარტების კოდების მიმოხილვა

SSI	ქირურგიული ჩარევის მიდამოს ინფექციები
SSI-S	ზედაპირული
SSI-D	ღრმა
SSI-O	ორგანს/სივრცის
PN	პნევმონია
PN1	დადებითი რაოდენობრივი კულტურა მინიმალურად დაბინძურებული ქვედა სასუნთქი გზების ნიმუშიდან
PN2	პოზიტიური რაოდენობრივი კულტურა ქვედა სასუნთქი გზების შესაძლო დაბინძურებული ნიმუშიდან
PN3	მიკრობიოლოგიური დიაგნოზი ალტერნატიული მიკრობიოლოგიური მეთოდებით
PN4	დადებითი ნახველის კულტურა ან არარაოდენობრივი კულტურა ქვედა სასუნთქი გზების ნიმუშიდან
PN5	პნევმონიის კლინიკური ნიშნები დადებითი მიკრობიოლოგიის გარეშე
COV	COVID-19
COV-ASY	ასიმპტომური COVID-19
COV-MM	მსუბუქი/ზომიერი COVID-19
COV-SEV	მძიმე COVID-19
UTI	საშარდე გზების ინფექციები*
UTI-A	მიკრობიოლოგიურად დადასტურებული სიმპტომური საშარდე გზების ინფექცია (UTI)
UTI-B	არ არის მიკრობიოლოგიურად დადასტურებული სიმპტომური საშარდე გზების ინფექცია(UTI)
* ასიმპტომური ბაქტერიურია არ შედის PPS-ის ფარგლებში	
BSI	სისხლის ნაკადის ინფექციები (ლაბორატორიულად დადასტურებული)
BSI წყარო:	
C-CVC	ცენტრალური სისხლძარღვთა კათეტერი (შენიშვნა: შეატყობინეთ როგორც CRI3, თუ დაკმაყოფილებულია მიკრობიოლოგიური კრიტერიუმები)
C-PVC	პერიფერიული სისხლძარღვთა კათეტერი
S-PUL	ფილტვის მეორადი ინფექცია
S-UTI	საშარდე გზების მეორადი ინფექცია

S-DIG	საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის მეორადი ინფექცია
S-SSI	ქირურგიული ჩარევის მიდამოს მეორადი ინფექცია
S-SST	კანისა და რბილი ქსოვილების მეორადი ინფექცია
S-OTH	მეორადი სხვა ინფექცია
UO	სისხლის ნაკადის ინფექცია (BSI) უცნობი წარმოშობის (დადასტურებული)
UNK	ინფორმაცია არ არის/ნამდვილად უცნობია
CRI-CVC	ცენტრალურ ვენურ კათეტერთან დაკავშირებული ინფექციები (ცვკ-ი)
CRI1-CVC	ადგილობრივი CVC-თან დაკავშირებული ინფექცია (დადებითი სისხლის კულტურა არ არის)
CRI2-CVC	ზოგადი CVC-თან დაკავშირებული ინფექცია (დადებითი სისხლის კულტურა არ არის)
CRI3-CVC	მიკრობიოლოგიურად დადასტურებული CVC-თან დაკავშირებული BSI
CRI-PVC	პერიფერიულ ვენურ კათეტერთან დაკავშირებული ინფექციები (პვკ-ი)
CRI1-PVC	ადგილობრივი პვკ-თან (PVC-თან)დაკავშირებული ინფექცია (დადებითი სისხლის კულტურა არ არის)
CRI2-PVC	ზოგადი CRI (დადებითი სისხლის კულტურა არ არის)
CRI3-PVC	მიკრობიოლოგიურად დადასტურებული პვკ-თან (PVC-თან) დაკავშირებული BSI
CVS	კარდიოვასკულარული სისტემის ინფექციები
VASC	არტერიული ან ვენური ინფექცია
ENDO	ენდოკარდიტი
CARD	მიოკარდიტი ან პერიკარდიტი
MED	მედიასტინიტი
CNS	ცენტრალური ნერვული სისტემის ინფექციები
IC	ინტრაკრანიალური ინფექცია
MEN	მენინგიტი ან ვენტრიკულიტი
SA	ხერხემლის აბსცესი მენინგიტის გარეშე
EENT	თვალის, ყურის, ცხვირის ან პირის ინფექციები
CONJ	კონიუნქტივიტი
EYE	თვალი, გარდა კონიუნქტივიტისა
EAR	ყურის მასტოიდი
ORAL	პირის ღრუ (პირი, ენა ან ღრძილები)
SINU	სინუსიტი

	UR	ზედა სასუნთქი გზები, ფარინგიტი, ლარინგიტი, ეპიგლოტიტი
GI		GI
	CDI	Clostridioides difficile ინფექცია
	GE	გასტროენტერიტი (გარდა CDI)
	GIT	კუჭ-ნაწლავის ტრაქტი (საყლაპავი, კუჭი, წვრილი და მსხვილი ნაწლავი და სწორი ნაწლავი), GE, CDI-ის გამოკლებით
	HEP	ჰეპატიტი
	IAB	ინტრააბდომინალური, სხვაგან არ არის მითითებული
LRI		LRI
	BRON	ბრონქიტი, ტრაქეობრონქიტი, ბრონქოლიტი, ტრაქეიტი, პნევმონიის ნიშნების გარეშე
	LUNG	ქვედა სასუნთქი გზების სხვა ინფექციები
REPR		რეპროდუქციული სისტემის ინფექციები
	EMET	ენდომეტრიტი
	EPIS	ეპიზოტომია
	VCUF	ვაგინალური მანჟეტი
	OREP	მამაკაცის ან ქალის რეპროდუქციული ტრაქტის სხვა ინფექციები
SST		კანისა და რბილი ქსოვილების ინფექციები
	SKIN	კანი
	ST	რბილი ქსოვილები (ნეკროზული ფასციიტი, ინფექციური განგრენა, ნეკროზული ცელულიტი, ინფექციური მიოზიტი, ლიმფადენიტი ან ლიმფანგიტი)
	DECU	ნაწოლები, მათ შორის ზედაპირული და ღრმა ინფექციები
	BURN	დამწვრობა
	BRST	მკერდის აბსცესი ან მასტიტი
BJ		BJ
	BONE	ოსტეომიელიტი
	JNT	სახსრისა და სასახსრე ჩანთის
	DISC	დისკის სივრცის ინფექცია
SYS		სისტემური ინფექციები
	DI	გავრცელებული ინფექცია
	CSEP	მკურნალობდა ამოუცნობ მძიმე ინფექციას მოზრდილებში და ბავშვებში
NEO		შემთხვევების განმარტება ახალშობილებისთვის

CSEP	კლინიკური სეფსისი ახალშობილებში
LCBI	ახალშობილებში სისხლის ნაკადის ლაბორატორიულად დადასტურებული ინფექცია, არა კოაგულაზა-უარყოფითი სტაფილოკოკებით გამოწვეული
CNSB	ახალშობილებში სისხლის ნაკადის ლაბორატორიულად დადასტურებული ინფექცია კოაგულაზა-უარყოფითი სტაფილოკოკით გამოწვეული
PNEU	პნევმონია ახალშობილებში
NEC	ნეკროზული ენტეროკოლიტი

სისხლის ნაკადის ინფექციის-BSI წარმოშობის (BSI წყარო) კოდების სია

კატეტერთან დაკავშირებული	
C-CVC	ცენტრალური ვენური კატეტერი, კლინიკური კავშირი (მაგ. სიმპტომები უმჯობესდება კატეტერის ამოღებიდან 48 საათში)
C-PVC	პერიფერიული ვენური კატეტერი, კლინიკური კავშირი (მაგ. სიმპტომები უმჯობესდება კატეტერის ამოღებიდან 48 საათში)
*	CRI3-CVC, ცენტრალური ვენური კატეტერი, მიკრობიოლოგიურად დადასტურებული
*	CRI3-PVC, პერიფერიული ვენური კატეტერი, მიკრობიოლოგიურად დადასტურებული
სხვა ადგილიდან, მეორადი	
S-PUL	ფილტვის ინფექციური დაავადება
S-UTI	საშარდე გზების ინფექცია
S-SSI	ქირურგიული ჩარევის მიდამოს ინფექცია
S-DIG	საჭმლის მომნელებელი სისტემის ინფექცია
S-SST	კანის და რბილი ქსოვილების
S-OTH	სხვა ინფექციები (მაგ. მენინგიტი, ოსტეომიელიტი და ა.შ)
უცნობი წარმოშობის BSI	
UO	არცერთი ზემოთ ჩამოთვლილთაგან; სისხლის ნაკადის ინფექცია (BSI) მიჩნეულია, როგორც უცნობი წარმოშობის

* შენიშვნა: არ მოიხსენიოთ CRI3 როგორც BSI BSI C-CVC ან C-PVC წარმოშობით, ნაცვლად გამოიყენეთ CRI3-CVC ან CRI3-PVC; იხილეთ CRI-ს განმარტებები.

სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციების შემთხვევების განმარტებები

SSI: ქირურგიული ჩრევის მიდამოს ინფექციები-ქიჩმი

ზედაპირული (SSI-S)

ინფექცია ვლინდება ოპერაციიდან 30 დღეში და მოიცავს მხოლოდ ნაოპერაციებ ადგილას კანს და კანქვეშა ქსოვილებს და ქვემოთ ჩამოთვლილთაგან მინიმუმ ერთ-ერთს:

- ჭრილობის ზედაპირიდან ჩირქოვან გამონადენს ლაბორატორიული დადასტურებით ან მის გარეშე.
- ჭრილობის ზედაპირიდან ასეპტიკურად აღებული სითხის ან ქსოვილის კულტურაში აღმოჩენილია ორგანიზმები.
- მინიმუმ ინფექციისთვის დამახასიათებელი ერთი ნიშანი ან სიმპტომი: ტკივილი ან მგრძნობელობა, ადგილობრივი შემუპება, სიწითლე, ან სიმხურვალე და ჭრილობა განზრახ გახსნა ქირურგმა, თუ ჭრილობის კულტურა უარყოფითია.
- ზედაპირული ქიჩმის (SSI)დიაგნოზი დასმულია ქირურგის ან დამსწრე ექიმის მიერ.

ღრმა ქიჩმი (SSI-D)

ინფექცია თავს იჩენს ოპერაციიდან 30 დღეში თუ იმპლანტი არაა ჩადგმული ან 90 დღეში თუ იმპლანტი ადგილზეა და ინფექცია დაკავშირებულია ოპერაციასთან და მოიცავს ჭრილის ღრმა რბილ ქსოვილებს (მაგ. ფასციას, კუნთს) და ქვემოთ ჩამოთვლილთაგან მინიმუმ ერთს:

- ქირურგიული ადგილიდან ჩირქოვანი გამონადენი ღრმა ჭრილიდან მაგრამ არა ორგანოდან/სივრცული კომპონენტიდან
- ღრმა ჭრილი სპონტანურად იხსნება ან ქირურგი განზრახ ხსნის მას, როდესაც სახეზეა ჩამოთვლილთაგან მინიმუმ ერთი სიმპტომი ან ნიშანი: სიცხე (> 38 °C), ადგილობრივი ტკივილი ან მგრძნობელობა, თუ ჭრილობიდან კულტურა ნეგატიური არაა.

- აზცესის ან ინფექციის სხვა მტკიცებულება, რომელიც მოიცავს ღრმა ჭრილს ნაპოვნია პირდაპირ გასინჯვისას, რეოპერაციისას ან ჰისტოპათოლოგიური ან რადიოლოგიური გასინჯვისას.
- ღრმა ქიჩმის (SSI-ის) დიაგნოზი დასმულია ქირურგის ან დამსწრე ექიმის მიერ.

ორგანოს/სივრცის ქიჩმი (SSI-O)

ინფექცია თავს იჩენს ოპერაციიდან 30 დღეში თუ იმპლანტი არაა ჩადგმული ან 90 დღეში თუ იმპლანტი ადგილზეა და ინფექცია დაკავშირებულია ოპერაციასთან და გარდა ჭრილობისა, რომელიც გაიხსნა ან მოხდა მისი მანიპულაცია ოპერაციის დროს, მოიცავს ნებისმიერ ანატომიურ ნაწილს (მაგ. ორგანოები და სივრცეები) და ჩამოთვლილთაგან მინიმუმ ერთს:

- ჩირქოვანი გამონადენი დრენაჟის მილიდან, რომელც ჩაიდგა ჭრილობაში ორგანოში/სივრცეში;
- ორგანოდან/სივრციდან ასეპტიკურად აღებული სითხის ან ქსოვილის კულტურაში აღმოჩენილია მიკროორგანიზმები.
- აზცესი ან ინფექციის სხვა მტკიცებულება, რომელიც მოიცავს ორგანოს/სივრცეს ნაპოვნია პირდაპირ გასინჯვისას, რეოპერაციისას ან ჰისტოპათოლოგიური ან რადიოლოგიური გასინჯვისას.
- ორგანო/სივრცის ქიჩმის (SSI-ის) დიაგნოზი დასმულია ქირურგის ან დამსწრე ექიმის მიერ.

PN: პნევმონია

რენტგენი

ორი ან მეტი სერიული გულმკერდის რენტგენი ან კატე პნევმონიისთვის დამახასიათებელი სურათით იმ პაციენტებისთვის ვისაც აქვს თანმდევი გულის ან ფილტვის დაავადება და აღენიშნება ჩამოთვლილთაგან მინიმუმ ერთ-ერთი (პაციენტებს, რომლებსაც არ აქვთ თანმდევი გულის ან ფილტვის დაავადება ერთი დამახასიათებელი რენტგენი და კატე საკმარისია):

სიმპტომები

- სიცხე $> 38^{\circ}\text{C}$ სხვა გამომწვევი მიზეზის გარეშე;
- ლეიკოპენია ($<4000 \text{ WBC}/\text{mm}^3$) ან ლეიკოციტოზი ($\geq 12\,000 \text{ WBC}/\text{mm}^3$);

და მინიმუმ ერთი ჩამოთვლილთაგან

(ან მინიმუმ ორი თუ მხოლოდ კლინიკური პნევმონიაა= PN 4 და PN 5):

- ჩირქოვანი ნახველის პირველად გამოვლინება, ან ნახველის ცვლილება (ფერი, სუნი, რაოდენობა, კონსისტენცია);
- ხველა ან დისპნეა ან ტაქიპნეა;
- დამახასიათებელი აუსკულტაცია (ხიხინი ან ბრონქიალური სუნთქვის ხმები), ხიხინი, ბრონქიალური სუნთქვა;
- გაზთა მიმოცვლის გაუარესება (მაგ. O_2 დესატურაცია ან ჟანგბადის გაზრდილი საჭიროება ან ვნტილაციის გაზრდის მოთხოვნა);

და

გამოყენებული სადიაგნოსტიკო მეთოდების მიხედვით:

მიკრობიოლოგია

ა) ბაქტერიოლოგიური სადიაგნოსტიკო ტესტი ჩატარებულია:

- დადებითი რაოდენობრივი კულტურა მინიმალურად დაბინძურებული LRT (ქვედა სასუნთქი გზების) ნიმუშიდან (**PN 1**):
- ბრონქო-ალვეოლური ლავაჟი (BAL) ზღვრით $> 10^4 \text{ CFU}/\text{ml}$ or $\geq 5\% \text{ BAL}$ -ით მოპოვებული უჯრედები, რომლებიც შეიცავს უჯრედშიდა ბაქტერიებს პირდაპირი მიკროსკოპული გამოკვლევისას (კლასიფიცირებულია BAL-ის დიაგნოსტიკური კატეგორიის მიხედვით);
- დაცული ნაწილი (PB Wimberley) ზღვრით $> 10^3 \text{ CFU}/\text{ml}$;
- დისტალური დაცული ასპირაცია (DPA) ზღვრით $> 10^3 \text{ CFU}/\text{ml}$.

² კოლონიის ფორმირების ერთეული

- დადებითი რაოდენობრივი კულტურა სავარაუდოდ დაბინძურებული LRT ნიმუშიდან (PN 2):
 - LRT ნიმუშის რაოდენობრივი კულტურა (მაგ. ენდოტრაქეალური ასპირატი) ზღვრით 10^6 CFU/ml

ბ) ალტერნატიული მიკრობიოლოგიური მეთოდები (PN 3):

- დადებითი სისხლის კულტურა, რომელიც არ უკავშირდება ინფექციის სხვა წყაროს;
- პლევრალური სითხიდან დადებითი ზრდა კულტურაზე;
- პლევრის ან ფილტვის აბცესი ნემსით დადებითი ასპირაციით;
- ფილტვის ჰისტოლოგიური კვლევა იძლევა პნევმონიის მტკიცებულებას;
- პნევმონიის გამომწვევ ვირუსებზე ან გარკვეულ ორგანიზმებზე დადებითი კვლევები (ლეგიონელა, ასპერგილუსი, მიკობაქტერია, მიკოპლაზმა, *Pneumocystis carinii*):
 - ვირუსების ანტიგენის ან ანტისხეულის აღმოჩენა რესპირატორული სერეტიებიდან (e.g. EIA, FAMA, shell vial assay, PCR);
 - დადებითი პირდაპირი კვლევა ან დადებითი კულტურა ბრონქიალური სერეტიებიდან ან ქსოვილიდან;
 - სეროკონვერსია (მაგ. გრიპის ვირუსი, ლეგიონელა, ქლამიდია);
 - ანტიგენების აღმოჩენა შარდში (ლეგიონელა).

გ) სხვა:

- დადებითი ნახველის კულტურა ან არარაოდენობრივი LRT-ს კულტურა (PN 4);
- უარყოფითი მიკრობიოლოგია (PN 5).

შენიშვნა:

პნევმონიის მქონე პაციენტებისთვის, რომლებსაც აქვთ თანმდევი გულის ან ფილტვის დაავადება, ერთი დამახასიათებელი რენტგენი ან კატე საკმარისია, თუ წინა რენტგენის სურათთან შედარება შესაძლებელია

PN 1 და PN 2 კრიტერიუმები დადასტურებული იყო წინა ანტიმიკრობული თერაპიის გარეშე. თუმცა, ეს არ გამორიცხავს PN 1 და PN 2 დიაგნოზს წინა პერიოდში ანტიმიკრობული საშუალებების გამოყენების შემთხვევაში.

კომენტარი: პნევმონიის განმარტების დაყოფა ხუთ კატეგორიად საშუალებას იძლევა შევადაროთ მსგავსი წარმოშობის პნევმონიები ქვეყნებს შორის. აუცილებელია, ყველა საავადმყოფომ საჭიროების შემთხვევაში აღნიშნონ PN4 და PN5 (კლინიკური პნევმონია მიკრობიოლოგიური მტკიცებულების გარეშე), რათა მივაღწიოთ თავსებადობას, მაშინაც კი თუ ჩატარდა მიკრობიოლოგიური კვლევა, რომელმაც მოგვცა უარყოფითი შედეგი. რეკომენდებულია, როგორც კლინიკური, ისე ზედამხედველობის მიზნებისთვის, რომ ქსელებმა ხელი შეუწყონ მიკრობიოლოგიური დადასტურების დამკვიდრებას პრაქტიკაში (PN1-3), ICU-ში მაინც.

ინტუბაციასთან დაკავშირებული პნევმონია (IAP): პნევმონია მიიჩნევა ინტუბაციასთან დაკავშირებულად (IAP), თუ ინფექციის გამოვლენამდე 48 საათით ადრე პაციენტს ჰქონდა ჩადგმული რესპირატორული ინვაზიური მოწყობილობა (თუნდაც შუალედურად).

კოვიდ 19 : SARS-CoV-2 ინფექცია

პაციენტის სამედიცინო ჩანაწერში არის დოკუმენტაცია COVID-19-ის ნებისმიერი ლაბორატორიულად დადასტურებული ტესტის შესახებ (ვირუსული რნმ-ის ან ანტიგენის აღმოჩენა ოროფარინგეალური ან ცხვირის ნაცხიდან ან ნებისმიერი სხვა შესაბამისი კლინიკური ნიმუშიდან) და

ასიმპტომური კოვიდ 19

პაციენტს არ აქავს კოვიდ-19-ისთვის დამახასიათებელი არცერთი ნიშანი და სიმპტომი

მსუბუქად და საშუალო სიმძიმით მიმდინარე კოვიდ 19

პაციენტს აქვს რომელიმე კოვიდ 19-ისთვის დამახასიათებელი ნიშანი ან სიმპტომი*, მაგრამ არ საჭიროებს ჟანგბადთერაპიას და ჟანგბადის გაჯერების მაჩვენებელი ≥ 92 -ია.

COV-SEV: მძიმედ მიმდინარე კოვიდ 19

პაციენტს აქვს კოვიდ 19-ისთვის დამახასიათებელი ნიშნები ან სიმპტომები*, საჭიროებს ჟანგბადთერაპიას, რადგან აღენიშნება სუნთქვის უკმარისობა და/ან ჟანგბადის გაჯერების მაჩვენებელი $\leq 92\%$

შენიშვნები:

Covid 19 -ისთვის დამახასიათებელი ნიშნები და სიმპტომები: ცხელება, ხველა, დაღლილობა, სუნთქვის გამძლეობა, ანორექსია, კუნთების ტკივილი, ყნოსვის დაკარგვა (ანოსმია), გემოს დაკარგვა (აგევზია). სხვა არასფერული სიმპტომები, როგორცაა ყელის ტკივილი, ცხვირის შეშუპება, თავის ტკივილი, დიარეა, გულისრევა და ღებინება. დამატებითი ნევროლოგიური გამოვლინებები არის თავბრუსხვევა, აგზნება, სისუსტე, კრუნჩხვები ან ინსულტის ნიშნები, მათ შორის მეტყველების ან მხედველობის პრობლემები, მგრძობელობის დაკარგვა ან ბალანსის დარღვევა დგომის ან სიარულის დროს. ხანდაზმულებს და იმუნიტეტდაქვეითებულ პაციენტებს შეიძლება გამოუვლინდეთ ატიპური სიმპტომები, როგორცაა დაღლილობა, კონცენტრირების უნარის დაქვეითება, მოძრაობის შეზღუდვა, დიარეა, უმადობა,

დაბნეულობა, ცხელების არარსებობა. ორსულეებში ფიზიოლოგიური ადაპტაციის სიმპტომები, ორსულობის გვერდითი მოვლენები ან სხვა დაავადებები, როგორცაა სუნთქვის გაძნელება, ცხელება, კუჭ-ნაწლავის დაავადების სიმპტომები ან დაღლილობა, შეიძლება დაემთხვეს COVID-19-ის სიმპტომებს. ზავშვებში ცხელება და ხველა ნაკლებადაა აღნიშნული მოზარდებთან შედარებით. წყარო: WHO. კოვიდ 19-ის კლინიკური მართვის სახელმძღვანელო. 2021 წლის 23 ნოემბერი. იხილეთ აღნიშნულ ბმულზე: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-clinical-2021-2>.

აღრიცხული უნდა იყოს მხოლოდ ლაბორატორიულად დადასტურებული კოვიდ -19 ის შემთხვევები (სიმპტომებით ან სიმპტომების გარეშე). ლაბორატორიულ საკითხების შესახებ, მაგალითად ანტიგენის სწრაფ ტესტებზე იხილეთ ბმული: <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/surveillance/case-definition>.

არა-ჰოსპიტალური (საზოგადოებაში შეძენილი) ან ჰოსპიტალური კოვიდ 19-ის განმარტება იხილეთ ბმულზე : <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/surveillance/surveillance-definitions>. კოვიდ 19-ის წყაროდ განსაზღვრულია:

არა-ჰოსპიტალური (საზოგადოებაში შეძენილი) კოვიდ 19 : სიმპტომები აღინიშნება საავადმყოფოში მიღებისას ან იწყება მიღებიდან 1-2 დღის შემდეგ ან სიმპტომები იწყება მესამე-მეშვიდე დღეს და არის ეჭვი რომ ინფექცია საზოგადოებაშია შეძენილი

გაურკვეველი კავშირი : სიმპტომები იწყება მიღებიდან მესამე-მეშვიდე დღეს და არასაკმარისია ინფორმაცია ინფექციის წყაროს შესახებ

სავარაუდო ჰოსპიტალური კოვიდ-19 - სიმპტომები იწყება ჰოსპიტალიზაციიდან მერვე-მეთოთხმეტე დღეს ჰოსპიტალური კოვიდ-19 - სიმპტომები იწყება ჰოსპიტალიზაციიდან 14 დღის შემდეგ

ჯანდაცვის მუშაკებს შორის აღნიშნული და იმ კლინიკური შემთხვევების კლასიფიკაცია, სადაც სიმპტომები დაიწყო გაწერიდან 14 დღის განმავლობაში უნდა ეფუძნებოდეს იმის ალბათობას, თუ რამდენად მოხდა კონტაქტი ინფექციის წყაროსთან საზოგადოებაში თუ ჯანდაცვის დაწესებულებაში:

კონკრეტული ინსტრუქციები ECDC PPS-ის ანგარიშისთვის:

- კოვიდ-19-ის ინფექცია, რომელიც დაიწყო ჰოსპიტალიზაციის დროს: სამი ან მეტი დღის განმავლობაში მიმდინარე ყველა კოვიდ-19-ის შემთხვევა უნდა იყოს აღრიცხული. (სიმპტომებით ან დადებითი ტესტით დადასტურებული). ინფექციის წყაროს კლასიფიკაცია ეფუძნება მიღებისა და სიმპტომების დაწყების თარიღს.
- შემოტანილი ჯანდაცვასთან ასოცირებული COVID-19: მხოლოდ სავარაუდოდ ან დადასტურებულად ჯანდაცვასთან ასოცირებული და ცალკეულად შეფასებული COVID-19-ის შემთხვევები უნდა იყოს აღრიცხული.
- იმ შემთხვევაში, თუ მოხდა სხვა პათოგენით კო-ინფექცია (იგივე კლინიკური პერიოდის განმავლობაში), კოვიდ-19 თან ერთად სხვა პათოგენიც უნდა იყოს აღრიცხული.
- COVID-19 სუპერინფექციის შემთხვევები პირველადი COVID-19 ეპიზოდის კლინიკური გაუმჯობესების შემდეგ უნდა იქნეს აღრიცხული.

საშარდე გზების ინფექცია

UTI-A: მიკრობიოლოგიურად დადასტურებული სიმპტომური საშარდე გზების ინფექცია

პაციენტს აქვს აღნიშნული სიმპტომებიდან ერთი მაინც და სხვა მიზეზი დაუდგენელია: ცხელება ($> 38^{\circ}\text{C}$), შარდვის შეუკავებლობა, სიხშირე და ტკივილი შარდვის დროს, ან ტკივილი ბოქვენის არეში.

და

პაციენტს აქვს დადებითი შარდის კულტურა- $\geq 10^5$ მიკროორგანიზმი მლ შარდში არაუმეტეს 2 სახეობის მიკროორგანიზმისა

UTI-B: მიკრობიოლოგიურად დაუდასტურებელი სიმპტომური საშარდე გზების ინფექცია

პაციენტს აქვს ჩამოთვლილი სიმპტომებიდან ერთი მაინც, რომელთა სხვა მიზეზი დაუდგენელია: ცხელება ($>38^{\circ}\text{C}$), შარდვის შეუკავებლობა, სიხშირე და ტკივილი შარდვის დროს ან ტკივილი ბოქვენის არეში და დადებითი შარდის კულტურა- $\geq 10^5$ მიკროორგანიზმი მლ შარდში არაუმეტეს 2 სახეობის მიკროორგანიზმისა

და

ჩამოთვლილთაგან ერთი მაინც:

- ლეიკოციტარულ ესტერაზაზე და/ან ნიტრატზე დადებითი ტესტ-ჩხირი
- პიურიისას შარდის ნიმუში შეიცავს ≥ 10 ლეიკოციტს/ მლ ან ≥ 3 ლეიკოციტს/ მხედველობის არეში მაქსიმალური გადიდებისას (HPF)
- შარდის გრამით შეღებვისას გამოვლინდა მიკროორგანიზმი
- შარდის არანაკლებ ორჯერ დათესვისას გამოიყოფა ერთი და იგივე უროპათოგენი (გრამ დადებითი ბაქტერია ან *S. saprophyticus*) $\geq 10^2$ კოლონია/მლ შარდის არაფიზიოლოგიურად აღებულ ნიმუშებში;
- ერთი შარდის პათოგენის $\leq 10^5$ კოლონია/მლ (გრამ დადებითი ბაქტერია ან *S. saprophyticus*) პაციენტში, რომელის საშარდე გზების ინფექციას მკურნალობენ ეფექტური ანტიმიკრობული აგენტებით.
- ექიმის მიერ დასმულია საშარდე გზების ინფექციის დიაგნოზი
- ექიმი ატარებს სათანადო თერაპიას საშარდე გზების ინფექციის მკურნალობისათვის.

UTI-C: ასიმპტომური ბაქტერიურია: არ შედის PPS-ში, არ უნდა იყოს აღრიცხული*

- პაციენტს არ აქვს სიცხე ($>38^{\circ}\text{C}$), შარდვის შეუკავებლობა, სიხშირე და ტკივილი შარდვის დროს, ან ტკივილი ბოქვენის არეში

და

ქვემოთ ჩამოთვლილთაგან ერთ-ერთი:

- პაციენტს ქონდა შარდის კათეტერი შარდის კულტივირებამდე შვიდი დღის განმავლობაში
- პაციენტის შარდის კულტურაში გვხვდება ≥ 105 მიკროორგანიზმი/მლ -ში არაუმეტეს 2 მიკროორგანიზმისა.
- პაციენტს არ ქონდა შარდის კათეტერი პირველ დადებით კულტურამდე 7 დღის განმავლობაში
- პაციენტს აქვს არანაკლებ ორი დადებითი შარდის კულტურა ≥ 105 მიკროორგანიზმი/მმ³ შარდში ერთი და იგივე მიკროორგანიზმის განმეორებითი იზოლაციით და არაუმეტეს ორი სახეობის მიკროორგანიზმისა.

**შენიშვნა: ასიმპტომური ბაქტერიურიით გამოწვეული სისხლის ნაკადის ინფექციები მოხსენებულია, როგორც BSI S-UTI*

BSI: სისხლის ნაკადის ინფექციები

BSI: ლაბორატორიულად დადასტურებული სისხლის ნაკადის ინფექციები

- ერთი დადებითი სისხლის კულტურა

ან

- პაციენტს აქვს მინიმუმ ერთი შემდეგი ნიშანი ან სიმპტომი: ცხელება ($> 38^{\circ}\text{C}$), შემცივნება ან ჰიპოტენზია

და

- ორი დადებითი სისხლის კულტურა კანის კონტამინანტისთვის (ორი სხვადასხვა სისხლის ნიმუში 48 საათის განმავლობაში)

კანის კონტამინანტები: *Coagulase-negative staphylococci*, *Micrococcus sp.*, *Propionibacterium acnes*, *Bacillus sp.*, *Corynebacterium sp.*

შენიშვნა: ეს განმარტება შეესაბამება ყოფილი HELICES BSI-ის განმარტებას; BSI-B (სისხლის კულტურა კანის კონტამინანტებისთვის პაციენტებში რომელთაც აქვთ ცენტრალური სისხლძარღვთა კათეტერი და გადიან ადაპტირებულ მკურნალობას) წაიშალა ECDC ექსპერტთა რეკომენდაციით 2009 წლის იანვრის შეხვედრაზე და შემდგომ დადასტურდა ყოველწლიურ შეხვედრაზე.

სისხლის ნაკადის ინფექციის წყარო :

- კათეტერთან დაკავშირებული: იგივე მიკროორგანიზმი იყო კულტივირებული კათეტერიდან ან სიმპტომები გაუმჯობესდა კათეტერის მოცილებიდან 48 საათში (C-PVC:- პერიფერული კათეტერი, C-CVC: - ცენტრალური სისხლძარღვთა კათეტერი). მნიშვნელოვანია, რომ თუკი მიკრობიოლოგიურად დადასტურებულია, ცენტრალური და პერიფერული სისხლძარღვთა კათეტერი მოხსენებული იყოს, როგორც CR13-CVC ან CR13-PVC. იხილეთ CR13-ის განმარტება.
- სხვა ინფექციით გამოწვეული : იგივე მიკროორგანიზმი იყო იზოლირებული სხვა ინფექციის ადგილიდან, ან არსებობს მტკიცებულება რომ სისხლის ნაკადის ინფექცია გავრცელდა ინფექციის სხვა ადგილიდან, გამოიწვია ინვაზიურმა დიაგნოსტიკურმა პროცედურამ ან უცხო სხეულმა :
 - პულმონარული (S-PUL)
 - საშარდე გზების ინფექცია(S-UTI)
 - საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის ინფექცია (S-DIG)
 - ქირურგიული ინფექცია(S-SSI);
 - კანი და რბილი ქსოვილები (S-SST)

- სხვა (S-OTH)

- დაუდგენელი წარმოშობის: არცერთი ზემოთ ჩამოთვლილთაგან, უცნობი წარმოშობის სისხლის ნაკადის ინფექცია (კვლევის დროს შემოწმდა და წყარო ვერ მოიძებნა)
- უცნობი: ინფორმაცია სისხლის ნაკადის ინფექციის წყაროს შესახებ არ არის ხელმისაწვდომი ან დაკარგულია.

შენიშვნა: სისხლის ნაკადის ინფექცია არის კათეტერთან დაკავშირებული და უცნობი წარმოშობის.

ცენტრალურ სისხლძარღვთა კათეტერთან ასოცირებული სისხლის ნაკადის ინფექცია CDC/NHSN-ის განმარტებებით (ცენტრალურ სისხლძარღვთა კათეტერთან დაკავშირებული სისხლის ნაკადის ინფექციისგან განსხვავებით) არის პირველადი სისხლის ნაკადის ინფექცია ცენტრალური ვენური კათეტერის გამოყენებით (თუნდაც ინტერმიტირებული) ინფექციის დაწყებამდე 48 საათის განმავლობაში; ამიტომ შესაბამისი მოწყობილობის (ცენტრალური/პერიფერიული სისხლძარღვთა კათეტერის) არსებობის შემთხვევაში, შეგროვებულია ინფექციის დაწყებამდე 48 საათის განმავლობაში, მაშინაც კი თუ მიკრობიოლოგიურად არ არის დადასტურებული.

CRI: კათეტერთან დაკავშირებული ინფექციები

CRI1-CVC: ცენტრალურ სისხლძარღვთა კათეტერთან დაკავშირებული ლოკალური ინფექცია (არ არის დადებითი სისხლის კულტურა)

ცენტრალურ სისხლძარღვთა კათეტერის რაოდენობრივი კულტურა 10^3 CFU/მლ ან ცენტრალურ სისხლძარღვთა კათეტერის ნახევრად რაოდენობრივი კულტურა > 15 CFU ჩირქი/ანთება კათეტერის ჩადგმის ადგილზე ან მილში

CRI1-PVC: პერიფერულ სისხლძარღვთა კათეტერთან დაკავშირებული ლოკალური ინფექცია (არ არის დადებითი სისხლის კულტურა)

პერიფერული სისხლძარღვთა კათეტერის რაოდენობრივი კულტურა 10^3 CFU/მლ ან პერიფერული სისხლძარღვთა კათეტერის ნახევრად რაოდენობრივი კულტურა > 15 CFU ჩირქი/ანთება კათეტერის ჩადგმის ადგილზე ან სანათურში.

CRI2-CVC: ცენტრალურ სისხლძარღვთა კათეტერთან დაკავშირებული ზოგადი ინფექცია (არ არის დადებითი სისხლის კულტურა)

ცენტრალურ სისხლძარღვთა კათეტერის რაოდენობრივი კულტურა $\geq 10^3$ ან ცენტრალურ სისხლძარღვთა კათეტერის ნახევრად რაოდენობრივი კულტურა > 15 CFU, კლინიკური სიმპტომები გაუმჯობესდა კათეტერის მოხსნიდან 48 საათის განმავლობაში

CRI2-PVC: პერიფერულ სისხლძარღვთა კათეტერთან დაკავშირებული ზოგადი ინფექცია (არ არის დადებითი სისხლის კულტურა)

პერიფერული სისხლძარღვთა კათეტერის რაოდენობრივი კულტურა $\geq 10^3$ ან პერიფერული სისხლძარღვთა კათეტერის ნახევრად რაოდენობრივი კულტურა > 15 CFU, კლინიკური სიმპტომები გაუმჯობესდა კათეტერის მოხსნიდან 48 საათის განმავლობაში

CRI3-CVC: მიკრობიოლოგიურად დადასტურებული ცენტრალურ სისხლძარღვთა კათეტერთან დაკავშირებული ინფექცია

- სისხლის ნაკადის ინფექცია 48 საათის განმავლობაში კათეტერის მოხსნამდე

და

- იგივე მიკროორგანიზმზე დადებითი ცენტრალურ სისხლძარღვთა კათეტერის რაოდენობრივი კულტურა $\geq 10^3$ CFU/მლ ან ცენტრალურ სისხლძარღვთა კათეტერის ნახევრად რაოდენობრივი კულტურა > 15 CFU (1, 2);

ან

- სისხლის ნაკადის ინფექცია კათეტერის მოცილებით ან მოცილების გარეშე და ქვემოთ ჩამოთვლილთაგან ერთი მაინც :
 - სისხლის კულტურის რაოდენობრივი თანაფარდობა CVC-დან სისხლის ნიმუშსა და პერიფერიული სისხლის ნიმუშს შორის > 5 (3)

- სისხლის კულტურების პოზიტიურობის დიფერენციალური შეფერხება (4, 5): CVC სისხლის ნიმუშის კულტურა დადებითია პერიფერიული სისხლის კულტურის აღებამდე ორი ან მეტით საათით ადრე (სისხლის სინჯები ერთ დროს არის აღებული);
- იმავე მიკროორგანიზმის დადებითი კულტურა აღებული ჩადგმის ადგილას არსებული ჩირქიდან

CRI3-PVC: მიკრობიოლოგიურად დადასტურებული PVC-თან დაკავშირებული სისხლის ნაკადის ინფექცია

- BSI ვითარდება კათეტერის ამოღებამდე 48 საათით ადრე ან მის შემდეგ (ასეთის არსებობის შემთხვევაში)

და

- ერთი და იგივე მიკროორგანიზმის დადებითი კულტურა:
- პერიფერიული სისხლძარღვთა კათეტერის რაოდენობრივი კულტურა $\geq 10^3$ ან პერიფერიული სისხლძარღვთა კათეტერის ნახევრად რაოდენობრივი კულტურა > 15 CFU
- იმავე მიკროორგანიზმის დადებითი კულტურა აღებული შეყვანის ადგილას აღებული ჩირქიდან

შენიშვნა:

- CVC=ცენტრალური სისხლძარღვთა კათეტერი; PVC=პერიფერიული სისხლძარღვთა კათეტერი.
- ცენტრალური სისხლძარღვთა კათეტერის კოლონიზაცია არ უნდა იყოს აღრიცხული.
- CRI3 (-CVC ან -PVC) ასევე არის სისხლის ნაკადის ინფექცია C-CVC ან C-PVC წყაროებიდან; თუმცა როცა CRI3 არის აღრიცხული, BSI არ უნდა იყოს აღრიცხული მომენტალური პრევალენტობის კვლევაში; მიკრობიოლოგიურად დადასტურებული კათეტერთან დაკავშირებული BSI უნდა იყოს აღრიცხული, როგორც CRI3.

რეფერენსები

- (1) Brun-Buisson C, Abrouk F, Legrand P, Huet Y, Larabi S, Rapin M. Diagnosis of central venous catheter-related sepsis. Critical level of quantitative tip cultures. Arch Intern Med 1987; 147(5):873-877.
- (2) Maki DG, Weise C, Sarafin H. A semiquantitative culture method for identifying intravenous-catheter-related infection. N Engl J Med 1977; 296:1305-1309.
- (3) Blot F, Nitenberg G, Brun-Buisson C. New tools in diagnosing catheter-related infections. Support Care Cancer 2000; 8(4):287-292.
- (4) Quilici N, Audibert G, Conroy MC, Bollaert PE, Guillemin F, Welfringer P et al. Differential quantitative blood cultures in the diagnosis of catheter-related sepsis in intensive care units. Clin Infect Dis 1997; 25(5):1066-1070.

(5) Raad I, Hanna HA, Alakech B, Chatzinikolaou I, Johnson MM, Tarrand J. Differential time to positivity: a useful method for diagnosing catheter-related bloodstream infections. *Ann Intern Med.* 2004 Jan 6.140(1):18-25.

BJ: ძვლებისა და სახსრების ინფექცია

BJ-BONE: ოსტეომიელიტი

ოსტეომიელიტი უნდა აკმაყოფილებდეს შემდეგი კრიტერიუმებიდან მინიმუმ ერთს:

- პაციენტს აქვს ძვლიდან კულტივირებული მიკროორგანიზმები;
- პაციენტს აქვს ოსტეომიელიტის ნიშნები ქირურგიული ოპერაციის დროს ძვლის უშუალო გამოკვლევისას ან ჰისტოლოგიური გამოკვლევისას;
- პაციენტს აქვს მინიმუმ ორი ქვემოთ ჩამოთვლილი ნიშანი ან სიმპტომი სხვა დადგენილი მიზეზის გარეშე: ცხელება ($>38^{\circ}\text{C}$), ლოკალური შეშუპება, მგრძობელობა, მაღალი ტემპერატურა ან გამონადენი ძვლის ინფექციაზე საექვო ადგილას;

და მინიმუმ

ერთი ქვემოთ ჩამოთვლილიდან:

- სისხლიდან კულტივირებული მიკროორგანიზმები;
- სისხლის დადებითი ანტიგენის ტესტი (მაგ. *H. influenzae*, *S. pneumoniae*);
- ინფექციის დადასტურება რენტგენით, კომპიუტერული ტომოგრაფიით, მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფიით, რადიონუკლიდური სკანირებისას (გალიუმი, ტექნეტიუმი და ა.შ.);
- აღრიცხვის ინსტრუქციები: აღრიცხეთ მედიასტინიტი გულის ოპერაციის შემდეგ, რომელსაც თან ახლავს ოსტეომიელიტი, როგორც ქირურგიული ადგილის- ორგანოს/სივრცე ინფექცია (SSI-O).

BJ-JNT: სახსარი ან სახსრე ჩანთა

სახსრების ან სასახსრე ჩანთის ინფექციები უნდა აკმაყოფილებდეს შემდეგი კრიტერიუმებიდან მინიმუმ ერთს:

- პაციენტს აქვს სახსრის სითხის ან სინოვიალური ბიოფსიის შედეგად კულტივირებული მიკროორგანიზმები;
- პაციენტის სახსრის ან სასახსრე ჩანთის ინფექცია მტკიცდება ქირურგიული ოპერაციის ან ჰისტოპათოლოგიური გამოკვლევის დროს;
- პაციენტს აქვს მინიმუმ ორი ქვემოთ ჩამოთვლილი ნიშანი ან სიმპტომი სხვა დადგენილი მიზეზის გარეშე: სახსრების ტკივილი, შეშუპება, მგრძობელობა, მომატებული ტემპერატურა, გამონადენი ან მოძრაობის შეზღუდვა;

და

მინიმუმ ერთი ქვემოთ ჩამოთვლილიდან:

- მიკროორგანიზმები და ლეიკოციტები, რომლებიც გამოვლინდება სახსრის სითხის გრამით შეღებვისას.
- დადებითი ანტიგენის ტესტი სისხლზე, შარდზე ან სახსრის სითხეზე;
- სახსრის სითხის უჯრედული და ქიმიური შემადგენლობა, რომელიც თავსებადია ინფექციასთან და არ აიხსნება რევმატოლოგიური დაავადებით;

ინფექციის რადიოლოგიური ნიშნები: მაგ. რენტგენოლოგიური გამოკვლევა, კომპიუტერული ტომოგრაფიით, მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფიით, რადიონუკლიდური სკანირებით დადასტურება (გალიუმი, ტექნეტიუმი და ა.შ.).

BJ-DISC: დისკის მიდამოს ინფექცია

ხერხემლის დისკის მიდამოს ინფექცია უნდა აკმაყოფილებდეს შემდეგი კრიტერიუმებიდან მინიმუმ ერთს:

- პაციენტს აქვს კულტივირებული მიკროორგანიზმები ქირურგიული ოპერაციის დროს ან ნემსით ასპირაციისას მიღებული ხერხემლის დისკის მიდამოს ქსოვილიდან,
- პაციენტის ხერხემლის დისკის მიდამოს ინფექცია მტკიცდება ქირურგიული ოპერაციის ან ჰისტოპათოლოგიური გამოკვლევის დროს;
- პაციენტს აქვს ცხელება ($>38\text{ }^{\circ}\text{C}$) სხვა აღიარებული მიზეზის ან ტკივილის გარეშე ხერხემლის დისკის მიდამოში

და

ინფექცია დადასტურებულია რადიოლოგიურად: მაგ. რენტგენოლოგიური გამოკვლევით, კომპიუტერული ტომოგრაფიით, მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფიით, რადიონუკლიდური სკანირებით (გალიუმი, ტექნეტიუმი და ა.შ.).

- პაციენტს აქვს ცხელება ($>38\text{ }^{\circ}\text{C}$) სხვა დადგენილი მიზეზის გარეშე

და ტკივილი დაზიანებულ ხერხემლის დისკზე

და

დადებითი ანტიგენის ტესტი მიკროორგანიზმებზე სისხლში ან შარდზე (მაგ. *H. influenzae*, *S. pneumoniae*, *N. meningitidis*, ან ჯგუფი B სტრეპტოკოკი).

CNS: ცენტრალური ნერვული სისტემის ინფექცია

CNS-IC: ინტრაკრანიალური ინფექცია (ტვინის აბსცესი, სუბდურული ან ეპიდურული ინფექცია, ენცეფალიტი)

ინტრაკრანიალური ინფექცია უნდა აკმაყოფილებდეს შემდეგი კრიტერიუმებიდან მინიმუმ ერთს:

- პაციენტს აქვს კულტივირებული მიკროორგანიზმები ტვინის ქსოვილიდან ან ტვინის მაგარი გარსიდან
- პაციენტს აქვს აბსცესი ან ინტრაკრანიალური ინფექციის ნიშნები ქირურგიული ოპერაციის დროს ან ჰისტოლოგიური გამოკვლევისას
- პაციენტს აქვს მინიმუმ ორი ქვემოთ ჩამოთვლილი ნიშანი ან სიმპტომი სხვა დადგენილი მიზეზის გარეშე: თავის ტკივილი, თავბრუსხვევა, ცხელება ($> 38^{\circ}\text{C}$), ლოკალური ნევროლოგიური სიმპტომები, ცნობიერების დონის შეცვლა ან ცნობიერების დაბინდვა,

და

მინიმუმ ერთი ქვემოთ ჩამოთვლილიდან:

- მიკროორგანიზმები, რომლებიც აღმოჩენილია ქირურგიული ოპერაციის ან განაკვეთის ადგილიდან ტვინის ან აბსცესის პუნქციური ასპირაციით ან ბიოფსიით მიღებული ქსოვილის მიკროსკოპული გამოკვლევის შედეგად,
- სისხლის ან შარდის დადებითი ანტიგენის ტესტი
- ინფექცია დადასტურებულია რადიოლოგიურად: მაგ. ულტრაბგერით, კომპიუტერული ტომოგრაფიით, მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფიით, ტვინის რადიონუკლიდური სკანირებით, ან არტერიოგრაფიით.
- გამომწვევზე სადიაგნოსტიკო ტიტრი ერთჯერად ანტისხეულებზე (IgM) ან წყვილ შრატში (IgG) ოთხჯერადი ზრდა

ასევე

თუ დიაგნოზი დასმულია წინასწარ, ექიმი ატარებს შესაბამის ანტიმიკრობულ თერაპიას.

აღრიცხვის ინსტრუქცია: თუ მენინგიტი და თავის ტვინის აბსცესი ერთად არის, აღრიცხეთ ინფექცია, როგორც IC.

CNS-MEN: მენინგიტი ან ვენტრიკულიტი

მენინგიტი ან ვენტრიკულიტი უნდა აკმაყოფილებდეს შემდეგი კრიტერიუმებიდან მინიმუმ ერთს:

- პაციენტს აქვს ცერებროსპინალური სითხიდან (CSF) კულტივირებული მიკროორგანიზმები;

- პაციენტს აქვს მინიმუმ ერთი ქვემოთ ჩამოთვლილი ნიშანი ან სიმპტომი სხვა აღიარებული მიზეზის გარეშე: ცხელება ($> 38\text{ }^{\circ}\text{C}$), თავის ტკივილი, კისრის დაჭიმულობა, მენინგეალური ნიშნები, კრანიალური ნერვის ნიშნები ან გაღიზიანება, და მინიმუმ ერთი ქვემოთ ჩამოთვლილიდან:
 - მომატებული ლეიკოციტები, ცილები და/ან გლუკოზის შემცირება თზტ-ის სითხეში (CSF);
 - მიკროორგანიზმები, რომლებიც ჩანს თზტ-ის სითხის (CSF) გრამით შეღებვისას;
 - სისხლიდან კულტივირებული მიკროორგანიზმები
 - თზტ-ის სითხე (CSF), სისხლის ან შარდის დადებითი ანტიგენ-ტესტი;
 - სადიაგნოსტიკო ერთჯერადი ანტისხეულების ტიტრი (IgM) ან წყვილ შრატში (IgG) ოთხჯერად ზრდა
- და
- თუ დიაგნოზი დასმულია წინასწარ, ექიმი ატარებს შესაბამის ანტიმიკრობულ თერაპიას.

აღრიცხვის ინსტრუქციები:

- აღრიცხეთ თზტ-ის შუნტის ინფექცია როგორც SSI, თუ ის მოხდა ჩადგმიდან ≤ 90 დღის განმავლობაში ან მანიპულაციის, შუნტის ჩადგმიდან >90 დღის შემდეგ, მოიხსენიეთ როგორც CNS-MEN, თუ ინფექცია აკმაყოფილებს შემთხვევის ზოგად განმარტებას HAI-ის მიხედვით
- აღრიცხეთ მენინგოენცეფალიტი, როგორც MEN.
- აღრიცხეთ ზურგის აბსცესი მენინგიტით, როგორც MEN.

CNS-SA: ზურგის აბსცესი მენინგიტის გარეშე

ზურგის ეპიდურული ან სუბდურული სივრცის აბსცესი ცერებროსპინალური სითხის ან მიმდებარე ძვლის სტრუქტურის დაზიანების გარეშე, უნდა აკმაყოფილებდეს მინიმუმ ერთ-ერთ შემდეგ კრიტერიუმს:

- პაციენტს აქვს აბსცესისგან კულტივირებული ორგანიზმები ხერხემლის ეპიდურულ ან სუბდურულ სივრცეში
- პაციენტს აქვს აბსცესი ზურგის ეპიდურულ ან სუბდურულ სივრცეში, რომელიც ჩანს ქირურგიული ოპერაციის დროს ან განაკვეთისას ან ჰისტოლოგიური გამოკვლევის დროს;
- პაციენტს აქვს მინიმუმ ერთი შემდეგი ნიშანი ან სიმპტომი სხვა დადგენილი მიზეზის გარეშე: ცხელება ($>38\text{ }^{\circ}\text{C}$), ზურგის ტკივილი, ფოკალური მგრძნობელობა, რადიკულიტი, პარაპარეზი ან პარაპლეგია, და

მინიმუმ ერთი ქვემოთ ჩამოთვლილიდან:

- სისხლიდან კულტივირებულია მიკროორგანიზმები
- ხერხემლის აბსცესის რადიოლოგიური დადასტურება, მაგ. მიელოგრავით, ულტრაბგერით, CT სკანირებით, მრტ (MRI), ან სხვა სკანირებით (გალიუმი, ტექნეტიუმი და ა.შ.)

და

თუ დიაგნოზი დასმულია წინასწარ, ექიმი ატარებს შესაბამის ანტიმიკრობულ თერაპიას.

აღრიცხვის ინსტრუქცია: აღრიცხეთ ზურგის აბსცესი მენინგიტით, როგორც მენინგიტი.

CVS: კარდიო-ვასკულარული სისტემის ინფექცია

CVS-VASC: არტერიული ან ვენური ინფექცია

არტერიული და ვენური ინფექციები უნდა შეესაბამებოდეს ჩამოთვლილი კრიტერიუმებიდან მინიმუმ ერთს:

- პაციენტის ქირურგიული პროცედურით ამოღებული არტერიების ან ვენების კულტურიდან გაიზარდა მიკროორგანიზმები და სისხლის კულტურა არ გაკეთებულა ან ორგანიზმი არ ამოთესილა სისხლის კულტურიდან;
- პაციენტს აქვს არტერიული ან ვენური ინფექციის ნიშნები ქირურგიული ოპერაციისას ან ჰისტოპათოლოგიურ კვლევაზე;
- პაციენტს აღენიშნება ჩამოთვლილთაგან მინიმუმ ერთი ნიშანი და სიმპტომი, რომელსაც არ აქვს სხვა ხილული გამომწვევი მიზეზი: სიცხე ($> 38^{\circ}\text{C}$), ტკივილი, /სიწითლე, ან სისხლძარღვის ადგილის სიმხურვალე,

და

15 კოლონიაზე მეტი გაიზარდა ინტრავასკულარული კანულას წვერის კულტურიდან, სემიკუანტიტატიური კულტურული მეთოდის გამოყენების შედეგად,

ამასთანავე

არ გაკეთებულა სისხლის კულტურა ან არცერთი მიკროორგანიზმი არ ამოთესილა.

- პაციენტს აქვს ჩირქოვანი გამონადენი დაზიანებული სისხლძარღვის ადგილიდან,

და

არ გაკეთებულა სისხლის კულტურა ან არცერთი მიკროორგანიზმი არ ამოთესილა.

აღრიცხვის ინსტრუქცია: აღრიცხეთ არტერიოვენური ტრანსპლანტანტის, შუნტის, ან ფისტულის ან ინტრავასკულარული კანულაციის ადგილის ინფექციები უარყოფითი სისხლის კულტურის შემთხვევაში როგორც CVS-VASC; აღრიცხეთ CVS-VASC, რომელიც შეესაბამება მესამე კრიტერიუმს, როგორც CRI1 ან CRI2.

CVS-ENDO: ენდოკარდიტი

ბუნებრივი ან ხელოვნური გულის სარქველის ენდოკარდიტი უნდა შეესაბამებოდეს ჩამოთვლილი კრიტერიუმებიდან მინიმუმ ერთს:

- პაციენტის სარქველიდან ან ვეგეტაციიდან კულტურაში ამოითესა მიკროორგანიზმები;
 - პაციენტს აღენიშნება ჩამოთვლილთაგან ორი ან მეტი ნიშანი ან სიმპტომი სხვა ხილული გამომწვევი მიზეზის გარეშე: სიცხე ($> 38^{\circ}\text{C}$), ახალი ან ცვალებადი შუილი, ემბოლია, კანისმიერი გამოვლინებები (ე.ი. პეტექია, ჰემორაგიები, მტკინვეული კანქვეშა კვანძები), გულის უკმარისობა ან გულის გამტარობის დარღვევა და ჩამოთვლილთაგან მინიმუმ ერთი:
 - მიკროორგანიზმი გაიზარდა ორი ან მეტი სისხლის კულტურიდან;
 - მიკროორგანიზმი ჩანს სარქველის მასალის გრამის წესის შეღებვისას, როდესაც კულტურა უარყოფითია ან არ გაკეთებულა;
 - სარქველებზე ვეგეტაციები აღმოჩენილია ოპერაციისას ან აუტოფსიისას;
 - დადებითი ანტიგენის ტესტი სისხლში ან შარდში (მაგ. *H. influenzae*, *S. pneumoniae*, *N. meningitidis*, ან B ჯგუფის *Streptococcus*);
 - ახალი ვეგეტაციის მტკიცებულება ექოკარდიოგრამაზე;
- და,
თუ დიაგნოზი დასმულია წინასწარ, ექიმი იწყებს შესაბამის ანტიმიკრობულ თერაპიას.

CVS-CARD: მიოკარდიტი და პერიკარდიტი

მიოკარდიტი ან პერიკარდიტი უნდა შეესაბამებოდეს ჩამოთვლილი კრიტერიუმებიდან მინიმუმ ერთს:

- პაციენტს ამოეთესა მიკროორგანიზმი პერიკარდიუმის ქსოვილიდან ან პუნქციური ასპირაციით ან ქირურგიული ოპერაციის შედეგად ამოღებული სითხიდან;
 - პაციენტს აღენიშნება ჩამოთვლილთაგან ორი ან მეტი ნიშანი ან სიმპტომი სხვა ხილული გამომწვევი მიზეზის გარეშე: სიცხე ($>38^{\circ}\text{C}$), გულ-მკერდის ტკივილი, პარადოქსული პულსი ან ზომებში გაზრდილი გული;
- და
ჩამოთვლილთაგან მინიმუმ ერთი:

- გადახრა ECG/EKG-ში, რომელიც შეესაბამება მიოკარდიტს ან პერიკარდიტს;
- სისხლში ანტიგენის დადებითი ტესტი (მაგ. *H. influenzae*, *S. pneumoniae*);
- მიოკარდიტის ან პერიკარდიტის ნიშნები გულის ქსოვილის ჰისტოლოგიურ კვლევაზე;
- ტიპოსპეციფიური ანტისხეულის ოთხჯერ მატება ვირუსის ხახიდან ან განავლიდან იზოლაციით ან იზოლაციის გარეშე;
- პერიკარდიული გამონაჟონი აღმოჩენილი ექოკარდიოგრამით, კტ (CT) კვლევით, მრტ (MRI), ან ანგიოგრაფიით.

შენიშვნა: გულის პოსტოპერაციული ან გულის პოსტინფექტური პერიკარდიტების უდიდესი ნაწილი არ არის დაკავშირებული ინფექციასთან.

CVS-MED: მედიასტინიტი

მედიასტინიტი უნდა შეესაბამებოდეს ჩამოთვლილი კრიტერიუმებიდან მინიმუმ ერთს:

- პაციენტს ამოეთესა ორგანიზმი შუასაყრის ქსოვილიდან ან პუნქციური ასპირაციით ან ქირურგიული ოპერაციის შედეგად ამოღებული სითხიდან;
 - პაციენტს აქვს მედიასტინიტის ნიშნები, აღმოჩენილი ქირურგიული ოპერაციისას ან ჰისტოპათოლოგიური კვლევით
 - პაციენტს აღენიშნება ჩამოთვლილთაგან ორი ან მეტი ნიშანი ან სიმპტომი სხვა ხილული გამომწვევი მიზეზის გარეშე: სიცხე ($> 38^{\circ}\text{C}$), გულ-მკერდის ტკივილი ან სტერნალური არასტაბილურობა;
- და
- ჩამოთვლილთაგან მინიმუმ ერთი:
- შუასაყრიდან ჩირქოვანი გამონადენი;
 - მიკროორგანიზმების ზრდა სისხლის ან შუასაყრის გამონადენიდან აღებული კულტურიდან;
 - გაფართოებული შუასაყარი რენტგენზე.

აღრიცხვის ინსტრუქცია: აღრიცხეთ მედიასტინიტი, რომელიც გამოწვეულია გულზე ოპერაციის შედეგად და თან ახლავს ოსტეომიელიტი, როგორც SSI-O.

EENT: თვალის, ყურის, ცხვირის, ყელის ან პირის ინფექცია

EENT-CONJ: კონიუქტივიტი

კონიუქტივიტი უნდა შეესაბამებოდეს ჩამოთვლილი კრიტერიუმებიდან მინიმუმ ერთს:

- პაციენტს ამოეთესა პათოგენები ჩირქოვანი ექსუდატის კულტურიდან, რომელიც აღებულია კონიუქტივიდან ან მომიჯნავე ქსოვილებიდან, როგორებიცაა ქუთუთო, რქოვანა, ტარზალური ან საცრემლე ჯირკვლიდან;
- პაციენტს აქვს კონიუქტივის ან თვალის ირგვლივი ტკივილი ან სიწითლე; და ჩამოთვლილთაგან მინიმუმ ერთი:
 - ლეიკოციტები და მიკროორგანიზმები ექსუდატის გრამის წესის შეღებვისას;
 - ჩირქოვანი ექსუდატი;
 - ექსუდატის ან კონიუქტივის ანათლის დადებითი ანტიგენ-ტესტი (მაგ. ELISA ან IF Chlamydia trachomatis, herpes simplex virus, adenovirus-ზე);
 - ექსუდატის ან კონიუქტივის ანათლის მიკროსკოპულ კვლევისას აღმოჩენილი მრავალბირთვიანი გიგანტური უჯრედები;
 - დადებითი ვირუსული კულტურა;
 - ერთჯერადი სადიაგნოსტიკო ანტისხეულების ტიტრი (IgM) ან წყვილი შრატის (IgG) ოთხჯერ გაზრდა.

აღრიცხვის ინსტრუქცია

- თვალის სხვა ინფექციები აღრიცხეთ როგორც EYE.
- არ აღრიცხეთ ვერცხლის ნიტრატით (AgNO₃) ქიმიურად გამოწვეული კონიუქტივიტი როგორც სამედიცინო მომსახურეობასთან ასოცირებული ინფექცია.
- არ აღრიცხეთ კონიუქტივიტი, რომელიც შედეგია ფართოდ გავრცელებული ვირუსული დაავადების (როგორიცაა ჩუტყვავილა, წითელა ან გრიპი).

EENT-EYE: თვალის სხვა ინფექციები, კონიუქტივიტის გარდა

კონიუქტივიტის გარდა თვალის სხვა ინფექციები უნდა შეესაბამებოდეს ჩამოთვლილი კრიტერიუმებიდან მინიმუმ ერთს:

- პაციენტს ამოეთესა მიკროორგანიზმი წინა ან უკანა საკნიდან ან მინისებრი სხეულიდან.
- პაციენტს აღენიშნება ჩამოთვლილთაგან ორი ან მეტი ნიშანი ან სიმპტომი სხვა ხილული გამომწვევი მიზეზის გარეშე: თვალის ტკივილი, მხედველობის დარღვევა, ან ჰიპოპიონი და ჩამოთვლილთაგან მინიმუმ ერთი:
 - ექიმი სვამს თვალის ინფექციის დიაგნოზს

- სისხლში ანტიგენის დადებითი ტესტი (მაგ. *H. influenzae*, *S. pneumoniae*)
- სისხლიდან გამოყოფილი მიკროორგანიზმის დადებითი კულტურა.

ENT-EAR: ყურის მასტოიდი

ყურის და მასტოიდის ინფექციები უნდა აკმაყოფილებდეს ჩამოთვლილი კრიტერიუმებიდან მინიმუმ ერთს:

გარეთა ოტიტი უნდა აკმაყოფილებდეს მინიმუმ ერთ დამატებით კრიტერიუმს:

- პაციენტის ყურის მილის ჩირქოვანი გამონადენის კულტურიდან ამოითესა პათოგენები;
- პაციენტს აღენიშნება ჩამოთვლილთაგან მინიმუმ ერთი ნიშანი და სიმპტომი, რომელსაც არ აქვს სხვა ხილული გამომწვევი მიზეზი: სიცხე ($> 38^{\circ}\text{C}$), ტკივილი, სიწითლე ან ყურის მილიდან გამონადენი და ჩირქოვანი გამონადენის გრამის წესის შეღებვით აღმოჩენილია მიკროორგანიზმები.

შუა ოტიტი უნდა აკმაყოფილებდეს ჩამოთვლილი კრიტერიუმებიდან მინიმუმ ერთს:

- პაციენტს ამოეთესა ორგანიზმები შუა ყურის სითხის კულტურიდან, რომელიც ამოიღეს ტიმპანოცენტეზით ან ქირურგიული ოპერაციით;
- პაციენტს აღენიშნება ჩამოთვლილთაგან მინიმუმ ერთი ნიშანი და სიმპტომი, რომელსაც არ აქვს სხვა ხილული გამომწვევი მიზეზი: სიცხე ($> 38^{\circ}\text{C}$), ყურის აპკის ტკივილი, ანთება, დაფის აპკის რეტრაქცია ან მოძრაობის დაქვეითება ან სითხე დაფის აპკის უკან.

შიდა ოტიტი უნდა აკმაყოფილებდეს ჩამოთვლილი კრიტერიუმებიდან მინიმუმ ერთს:

- პაციენტს ამოეთესა მიკროორგანიზმი ქირურგიული ოპერაციის შედეგად მიღებული შიდა ყურის სითხის კულტურიდან;
- პაციენტს ექიმმა დაუსვა შიდა ყურის ინფექციის დიაგნოზი.

მასტოიდიტი უნდა აკმაყოფილებდეს ჩამოთვლილი კრიტერიუმებიდან მინიმუმ ერთს:

- პაციენტს მასტოიდის ჩირქოვანი გამონადენის კულტურიდან ამოეთესა მიკროორგანიზმები;
- პაციენტს აღენიშნება ჩამოთვლილთაგან მინიმუმ ერთი ნიშანი და სიმპტომი, რომელსაც არ აქვს სხვა ხილული გამომწვევი მიზეზი: სიცხე ($> 38^{\circ}\text{C}$), ტკივილი, მგრძობელობა, სიწითლე, თავის ტკივილი ან სახის დამბლა; და
ჩამოთვლილთაგან მინიმუმ ერთი:

- ა) მასტოიდიდან ჩირქოვანი გამონადენის გრამის წესის შეღებვისას აღმოჩენილია მიკროორგანიზმები;

- ბ) სისხლში დადებითი ანტიგენ-ტესტი.

EENT-ORAL: პირის ღრუ (პირი, ენა, ღრძილები)

პირის ღრუს ინფექციები უნდა აკმაყოფილებდეს ჩამოთვლილი კრიტერიუმებიდან მინიმუმ ერთს:

- პაციენტს ამოეთესა მიკროორგანიზმები პირის ღრუს ქსოვილის ჩირქოვანი მასალის კულტურიდან;
- პაციენტს აქვს აბცესი ან პირის ღრუს ინფექციის სხვა ნიშანი პირდაპირი გასინჯვისას, ქირურგიული ოპერაციისას ან ჰისტოპათოლოგიური გასინჯვისას;
- პაციენტს აღენიშნება ჩამოთვლილთაგან მინიმუმ ერთი ნიშანი და სიმპტომი, რომელსაც არ აქვს სხვა ხილული გამომწვევი მიზეზი: აბცესი, წყლული ან თეთრი ლაქები ანთებით ლორწოვანზე ან ნადები პირის ღრუს ლორწოვანზე.

ჩამოთვლილთაგან მინიმუმ ერთი:

- მიკროორგანიზმები ჩანს გრამის წესით შეღებვისას;
- დადებითი KOH (კალიუმის ჰიდროქსიდის) ტესტი;
- ლორწოვანის ანათალის მიკროსკოპული გასინჯვისას აღმოჩენილია მრავალბირთვიანი გიგანტური უჯრედები;
- პირის ღრუს გამონაყოფების დადებითი ანტიგენ-ტესტი;
- ერთჯერადი სადიაგნოსტიკო ანტისხეულების ტიტრი (IgM) ან წყვილი შრატების (IgG) ოთხჯერადი ზრდა;
- ექიმის მიერ დასმული ინფექციის დიაგნოზი და ზედაპირული მკურნალობა ან ორალური სოკოს საწინააღმდეგო თერაპია.

აღრიცხვის ინსტრუქცია: აღრიცხეთ სამედიცინო მომსახურებასთან დაკავშირებული პირის ღრუს პირველადი ჰერპესის ინფექცია როგორც **ORAL**; ხელახალი ჰერპესული ინფექციები არ არის სამედიცინო მომსახურებასთან დაკავშირებული.

EENT-SINU: სინუსიტი

სინუსიტი უნდა აკმაყოფილებდეს ჩამოთვლილი კრიტერიუმებიდან მინიმუმ ერთს:

- პაციენტს ამოეთესა ორგანიზმები სინუსების ჩირქოვანი მასალიდან;
- პაციენტს აღენიშნება ჩამოთვლილთაგან მინიმუმ ერთი ნიშანი და სიმპტომი, რომელსაც არ აქვს სხვა ხილული გამომწვევი მიზეზი: სიცხე (>38°C), ტკივილი ან

მგრძობელობა სინუსებზე, თავის ტკივილი, ჩირქოვანი ექსუდატი ან ცხვირის ღრუს ობსტრუქცია;

და

ჩამოთვლილთაგან მინიმუმ ერთი:

- დადებითი ტრანსილუმინაცია;
- დადებითი რადიოლოგიური კვლევა (კატეს ჩათვლით).

EENT-UR: ზედა სასუნთქი გზა, ფარინგიტი, ლარინგიტი, ეპიგლოტოტი

ზედა სასუნთქი გზის ინფექციები უნდა აკმაყოფილებდეს ჩამოთვლილი კრიტერიუმიდან მინიმუმ ერთს:

- პაციენტს აღენიშნება ჩამოთვლილთაგან მინიმუმ ერთი ნიშანი და სიმპტომი, რომელსაც არ აქვს სხვა ხილული გამომწვევი მიზეზი: სიცხე ($>38^{\circ}\text{C}$), ხახის სიწითლე, ყელის ტკივილი, ხველა, ჩახეხილი ხმა ან ყელიდან ჩირქოვანი გამონადენი;
- და
- ჩამოთვლილთაგან მინიმუმ ერთს:
- სპეციპიკური ადგილიდან მიკროორგანიზმის კულტურა;
- სისხლიდან მიკროორგანიზმის კულტურა;
- რესპირატორული გამონაყოფების და სისხლის დადებითი ანტიგენ-ტესტი;
- ერთჯერადი სადიაგნოსტიკო ანტისხეულების ტიტრი (IgM) ან წყვილი შრატების (IgG) ოთხჯერ გაზრდა;
- ექიმის მიერ დაისვა ზედა სასუნთქის გზების ინფექციის დიაგნოზი.
- პაციენტს აღმოაჩნდა აბცესი პირდაპირი გასინჯვისას, ქირურგიულ ოპერაციაზე ან ჰისტოპათოლოგიური კვლევით.

LRI: ქვედა სასუნთქი გზების ინფექცია, გარდა პნევმონიისა

LRI-BRON: ბრონქიტი, ტრაქეობრონქიტი, ბრონქიოლიტი, ტრაქეობრონქიოლიტი, პნევმონიის ნიშნების გარეშე

ტრაქეობრონქული ინფექციები უნდა აკმაყოფილებდეს შემდეგი კრიტერიუმებიდან მინიმუმ ერთს:

- პაციენტს არ აქვს პნევმონიის კლინიკური ან რენტგენოგრაფიული მტკიცებულება და
- პაციენტს აქვს მინიმუმ ორი ქვემოთ ჩამოთვლილი ნიშანი ან სიმპტომი სხვა აღიარებული მიზეზის გარეშე: ცხელება ($> 38^{\circ}\text{C}$), ხველა, ახალი ან ნახველის გაზრდილი რაოდენობა, ხიხინი, მსტვენავი სუნთქვა და მინიმუმ ერთი შემდეგი ნიშანი:
 - ტრაქეის ღრმა ასპირაციის ან ბრონქოსკოპიის შედეგად მიღებული მასალის დადებითი კულტურა;
 - დადებითი ანტიგენ-ტესტი რესპირატორულ გამონაყოფზე.

აღრიცხვის ინსტრუქცია: არ აღრიცხეთ ქრონიკული ბრონქიტი ფილტვების ქრონიკული დაავადების მქონე პაციენტში, როგორც ინფექცია, გარდა იმ შემთხვევისა, როცა არსებობს მწვავე მეორადი ინფექციის მტკიცებულება, რომელიც გამოიხატება ორგანიზმში ცვლილებით.

LRI-LUNG: ქვედა სასუნთქი გზების სხვა ინფექციები

ქვედა სასუნთქი გზების სხვა ინფექციები უნდა აკმაყოფილებდეს შემდეგი კრიტერიუმებიდან მინიმუმ ერთს:

- პაციენტის ფილტვის ქსოვილიდან ან სითხიდან, პლევრის სითხის ჩათვლით, კულტივირებულ ნაცხში არის მიკროორგანიზმები
- პაციენტს აქვს ფილტვის აბსცესი ან ემპიემა, რომელიც აღმოჩენილია ქირურგიული ოპერაციის ან ჰისტოპათოლოგიური გამოკვლევის დროს;
- პაციენტის ფილტვის რენტგენოლოგიური გამოკვლევის დროს დაფიქსირებულია აბსცესის ღრუ.

აღრიცხვის ინსტრუქციები: აღრიცხეთ ფილტვის აბსცესი ან ემპიემა პნევმონიის გარეშე, როგორც LUNG.

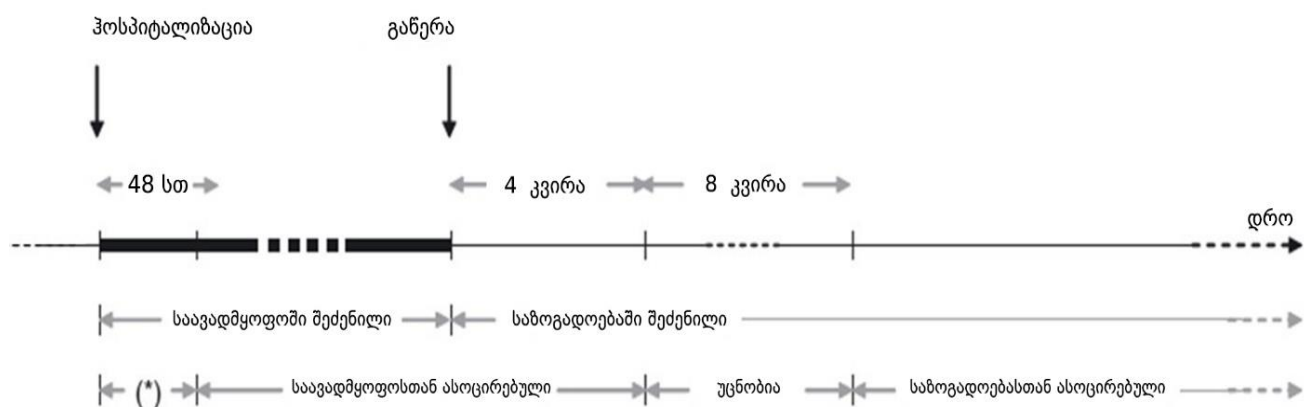
GI: კუჭ-ნაწლავის სისტემის ინფექცია

GI-CDI: Clostridioides difficile გამოწვეული ინფექცია

Clostridioides difficile გამოწვეული ინფექცია (ადრე ასევე მოიხსენიებოდა, როგორც *Clostridioides difficile* -სთან ასოცირებული დიარეა) უნდა აკმაყოფილებდეს შემდეგი კრიტერიუმებიდან მინიმუმ ერთს:

- დიარეული განავალი ან ტოქსიკური მეგაკოლონი და დადებითი ლაბორატორიულ ანალიზი - *C. difficile* ტოქსინ A და/ან B განავალში ან ტოქსინის წარმომქმნელი *C. difficile* ორგანიზმი, რომელიც აღმოჩენილია განავალში კულტივირების ან სხვა საშუალებით, მაგ. დადებითი PCR-ით;
- ფსევდომემბრანული კოლიტი, რომელიც გამოვლინდა კოლონოსკოპიის შედეგად;
- *C. difficile* ინფექციისთვის დამახასიათებელი მსხვილი ნაწლავის ჰისტოპათოლოგია (დიარეით ან მის გარეშე) ნიმუშზე მიღებული ენდოსკოპიის, კოლექტომიის ან გაკვეთის დროს.

შენიშვნა: თუ *Clostridium difficile* ინფექციის კლინიკური ნიშნები დაიწყება საავადმყოფოდან გაწერიდან 28 დღეში, GI-CDI უნდა განისაზღვროს, როგორც ჯანდაცვასთან ასოცირებული ინფექცია.



(*) შეიძლება ასოცირებული იყოს საზოგადოებასთან ან ჯანდაცვასთან, შემთხვევის ისტორიიდან გამომდინარე. ჯანდაცვასთან დაკავშირებული, შესაძლოა შეძენილი იყოს იმავე დაწესებულებაში ან იყოს შემოტანილი.

GI-GE: გასტროენტერიტი (CDI-ის გარდა)

გასტროენტერიტი უნდა აკმაყოფილებდეს შემდეგი კრიტერიუმებიდან მინიმუმ ერთს:

- პაციენტს აქვს მწვავე დიარეა (თხევადი განავალი 12 საათზე მეტი ხნის განმავლობაში) ღებინების ან მის გარეშე. ცხელება ($> 38^{\circ}\text{C}$) და არ არის სავარაუდო არაინფექციური მიზეზი (მაგ. დიაგნოსტიკური ტესტები, თერაპიული რეჟიმი გარდა ანტიმიკრობული აგენტებისა, ქრონიკული მდგომარეობის გამწვავება ან ფსიქოლოგიური სტრესი)

- პაციენტს აქვს მინიმუმ ორი ქვემოთ ჩამოთვლილი ნიშანი ან სიმპტომი სხვა აღიარებული მიზეზის გარეშე: გულისრევა, ღებინება, მუცლის ტკივილი, ცხელება (> 38 °C) ან თავის ტკივილი;

და

მინიმუმ ერთი ქვემოთ ჩამოთვლილიდან:

- ნაწლავის პათოგენი კულტივირებულია განავლის ან სწორი ნაწლავის ნაცხიდან;
- ნაწლავის პათოგენი აღმოჩენილია ჩვეულებრივი ან ელექტრონული მიკროსკოპით;
- ნაწლავის პათოგენი გამოვლენილია ანტიგენის ან ანტისხეულების ანალიზით სისხლში ან განავალში;
- ნაწლავის პათოგენი გამოვლენილია ქსოვილის კულტურაში ციტოპათოლოგიური ცვლილებებით (ტოქსინების ანალიზი);
- ერთჯერადი სადიაგნოსტიკო ანტისხეულების ტიტრი (IgM) ან წყვილი შრატების (IgG) ოთხჯერ გაზრდა

GI-GIT: კუჭ-ნაწლავის ტრაქტი (საყლაპავი, კუჭი, წვრილი და მსხვილი ნაწლავი და სწორი ნაწლავი) გასტროენტერიტის და აპენდიციტის გამოვლენით

კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ინფექციები, გასტროენტერიტისა და აპენდიციტის გამოვლენით, უნდა აკმაყოფილებდეს ქვემოთ ჩამოთვლილთაგან მინიმუმ ერთს კრიტერიუმები:

- პაციენტს აქვს აბსცესი ან ინფექციის სხვა მტკიცებულება ქირურგიული ოპერაციის ან ჰისტოპათოლოგიური გამოკვლევის დროს
- პაციენტს აქვს მინიმუმ ორი ქვემოთ ჩამოთვლილი ნიშანი ან სიმპტომი სხვა დადგენილი მიზეზის გარეშე და თავსებადია დაზიანებული ორგანოს ან ქსოვილის ინფექციასთან : ცხელება (> 38 °C), გულისრევა, ღებინება, მუცლის ტკივილი ან ტკივილზე გაზრდილი მგრძნობელობა

და

მინიმუმ ერთი ქვემოთ ჩამოთვლილიდან:

- მიკროორგანიზმები კულტივირებულია გამონადენიდან ან ქსოვილისგან, რომელიც მიღებული ქირურგიული ოპერაციის ან ენდოსკოპიის დროს ან ქირურგიულად განთავსებული დრენაჟით
- ორგანიზმები, რომლებიც ჩანს გრამით შეღებვისას ან KOH შეღებვისას ან მრავალბირთვიანი გიგანტური უჯრედები, რომლებიც ჩანს გამონადენის ან ქირურგიული ოპერაციის დროს აღებული ქსოვილის მიკროსკოპული

გამოკვლევით ან ენდოსკოპიით ან ქირურგიულად განთავსებული დრენაჟის გამოკვლევით.

- სისხლიდან კულტივირებული ორგანიზმები;
- რენტგენოლოგიური გამოკვლევის დროს პათოლოგიური ადგილები;
- ენდოსკოპიური გამოკვლევის დროს პათოლოგიური შედეგები (მაგ. კანდიდოზური ეზოფაგატი ან პროქტიტი).

GI-HEP: ჰეპატიტი

ჰეპატიტი უნდა აკმაყოფილებდეს შემდეგ კრიტერიუმებს:

- პაციენტს აქვს მინიმუმ ორი შემდეგი ნიშანი ან სიმპტომი სხვა დადგენილი მიზეზის გარეშე: ცხელება (>38 °C), ანორექსია, გულისრევა, ღებინება, მუცლის ტკივილი, სიყვითლე ან წინა სამი თვის განმავლობაში გადასხმა;

და

მინიმუმ ერთი ქვემოთ ჩამოთვლილიდან:

- დადებითი ანტიგენის ან ანტისხეულების ტესტი A ჰეპატიტზე, B ჰეპატიტზე, C ჰეპატიტზე ან დელტა ჰეპატიტზე;
- ღვიძლის ფუნქციის ნორმიდან გადახრილი მაჩვენებლები (მაგ. მომატებული ALT/AST, ბილირუბინი)
- შარდში ან ოროფარინგეალურ გამონაყოფში გამოვლენილი ციტომეგალოვირუსი (CMV) ;

აღრიცხვის ინსტრუქციები:

არ აღრიცხოთ არაინფექციური წარმოშობის ჰეპატიტი ან სიყვითლე (ალფა-1 ანტიტრიფსინის დეფიციტი და ა.შ.).

არ აღრიცხოთ ჰეპატიტი ან სიყვითლე, რომელიც გამოწვეულია ჰეპატოტოქსინების (ალკოჰოლური ან აცეტამინოფენის) ზემოქმედებით. არ აღრიცხოთ ჰეპატიტი ან სიყვითლე, რომელიც გამოწვეულია ბილიარული ობსტრუქციის შედეგად (ქოლესისტიტი).

GI-IAB: ინტრააბდომინული, არასპეციფიკური სხვა ადგილისთვის, ნაღვლის ბუშტის, სანაღვლე გზების ჩათვლით, ღვიძლის (ვირუსული ჰეპატიტის გამოკლებით), ელენთის, პანკრეასის, პერიტონეუმის, სუბფრენიული ან

სუბდიაფრაგმული სივრცეების, ან სხვა ინტრააბდომინალური ქსოვილის ან უბნის ინფექციები

ინტრააბდომინალური ინფექციები უნდა აკმაყოფილებდეს შემდეგი კრიტერიუმებიდან მინიმუმ ერთს:

- პაციენტს აქვს ჩირქოვანი მასალიდან კულტივირებული მიკროორგანიზმები, რომლებიც მიღებულია ქირურგიული ოპერაციით ან პუნქციური ასპირაციით;
- პაციენტს აქვს აბსცესი ან ინტრააბდომინალური ინფექციის სხვა მტკიცებულება ქირურგიული ოპერაციის დროს ან ჰისტოლოგიური გამოკვლევებით;
- პაციენტს აქვს მინიმუმ ორი ქვემოთ ჩამოთვლილი ნიშანი ან სიმპტომი სხვა დადგენილი მიზეზის გარეშე: ცხელება ($>38\text{ }^{\circ}\text{C}$), გულისრევა, ღებინება, მუცლის ტკივილი ან სიყვითლე;

და

მინიმუმ ერთი ქვემოთ ჩამოთვლილიდან:

- ქირურგიულად განთავსებული დრენაჟიდან კულტივირებული მიკროორგანიზმები (მაგ. დახურული შეწოვის სადრენაჟო სისტემა, ღია დრენაჟი, T-ს მსგავსი დრენაჟი);
- ქირურგიული ოპერაციის ან პუნქციური ასპირაციის დროს მიღებული გამონადენის ან ქსოვილის გრამით შეღებვისას გამოვლენილი მიკროორგანიზმები;
- მიკროორგანიზმები, რომლებიც კულტივირებულია სისხლიდან და ინფექციის რადიოლოგიური მტკიცებულებები, მაგ. პათოლოგიური მონაცემები ულტრაბგერაზე, კომპიუტერული ტომოგრაფიაზე, მრტ-ზე (MRI), ან რადიონუკლიდებით სკანირებზე (გალიუმი, ტექნეციუმი და ა.შ.) ან მუცლის ღრუს რენტგენზე.

აღრიცხვის ინსტრუქცია: არ აღრიცხოთ პანკრეატიტი (ანთებითი სინდრომი, რომელიც ხასიათდება მუცლის ტკივილით, გულისრევით და ღებინებით რომელიც ასოცირებულია შრატში პანკრეასის ფერმენტების მაღალ დონესთან), თუ არ არის დადგენილი ინფექციის წარმოშობის წყარო.

REPR: რეპროდუქციული ტრაქტის ინფექცია

REPR-EMET: ენდომეტრიტი

ენდომეტრიტი უნდა აკმაყოფილებდეს შემდეგი კრიტერიუმებიდან მინიმუმ ერთს:

- პაციენტს უნდა ქონდეს მიკროორგანიზმები კულტივირებული ენდომეტრიუმის სითხიდან ან ქსოვილიდან, რომელიც აღებულია ქირურგიული ოპერაციის დროს, პუნქციური ასპირაციის ან ბრამ - ბიოფსიის შედეგად;
- პაციენტს უნდა ქონდეს მინიმუმ ორი შემდგომი სიმპტომი სხვა დადგენილი მიზეზის გარეშე: ცხელება ($> 38^{\circ}\text{C}$), მუცლის ტკივილი, საშვილოსნოს მტკივნეულობა ან ჩირქოვანი გამონადენი საშვილოსნოდან.

აღრიცხვის ინსტრუქცია: აღრიცხეთ მშობიარობის შემდგომი ენდომეტრიტი, როგორც სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექცია, გარდა იმ შემთხვევისა, როდესაც ამნოტიური სითხე ინფიცირებულია პაციენტის მიღების დროს ან ჰოსპიტალიზაცია მოხდა გარსის რღვევიდან 48 საათის შემდეგ.

REPR-EPIS: ეპიზოტომიის შემდგომი ინფექცია

ეპიზოტომიის შემდგომი ინფექციები უნდა აკმაყოფილებდეს შემდეგი კრიტერიუმებიდან მინიმუმ ერთს:

- ფიზიოლოგიური მშობიარობის შემდგომ პაციენტს უნდა ქონდეს ჩირქოვანი გამონადენი ეპიზოტომიის არედან;
- ფიზიოლოგიური მშობიარობის შემდგომ პაციენტს უნდა ქონდეს ეპიზოტომიის არის აბსცესი.

REPR-VCUF: ვაგინალური მანჟეტი

ვაგინალური მანჟეტის ინფექციები უნდა აკმაყოფილებდეს შემდეგი კრიტერიუმებიდან მინიმუმ ერთს:

- ჰისტერექტომიის შემდეგ პაციენტს უნდა ქონდეს ჩირქოვანი გამონადენი ვაგინალური მანჟეტიდან.
- ჰისტერექტომიის შემდეგ პაციენტს უნდა ქონდეს აბსცესი ვაგინალური მანჟეტიდან.
- ჰისტერექტომიის შემდეგ პაციენტს უნდა ქონდეს კულტივირებული მიკროორგანიზმები ვაგინალური მანჟეტიდან აღებული სითხიდან ან ქსოვილიდან.

აღრიცხვის ინსტრუქცია: აღრიცხეთ ვაგინალური მანჟეტის ინფექციები, როგორც SSI-O, თუ სხვა SSI კრიტერიუმები დაკმაყოფილებულია (ჰისტერექტომიიდან 30 დღის განმავლობაში).

REPR-OREP: მამაკაცის ან ქალის რეპროდუქციული ტრაქტის სხვა ინფექციები (სათესლე ჯირკვლების დანამატების, სათესლე ჯირკვლების, პროსტატის, საშოს,

საკვერცხეების, საშვილოსნოს ან სხვა მენჯის ღრმა ქსოვილების, გარდა ენდომეტრიტის და ვაგინალური მანჟეტის ინფექციებისა)

მამაკაცის ან ქალის რეპროდუქციული ტრაქტის სხვა ინფექციები უნდა აკმაყოფილებდეს შემდეგი კრიტერიუმებიდან მინიმუმ ერთს:

- პაციენტის დაზიანებული ადგილიდან აღებული სითხიდან ან ქსოვილიდან იქნა კულტივირებული მიკროორგანიზმები.
- პაციენტს აქვს აბსცესი ან დაზიანებულ ადგილას არსებული ინფექციის სხვა მტკიცებულება, რომელიც აღმოჩნდა ქირურგიული ოპერაციის ან ჰისტოპათოლოგიური გამოკვლევის დროს;
- პაციენტს აქვს ორი შემდეგი სიმპტომი სხვა არსებული მიზეზის გარეშე: ცხელება ($> 38\text{ }^{\circ}\text{C}$), გულისრევა, ღებინება, ტკივილი, მგრძნობელობა ან დიზურია;

და

მინიმუმ ერთი ქვემოთ ჩამოთვლილიდან:

- სისხლიდან კულტივირებული მიკროორგანიზმები;
- ექიმის დიაგნოზი.

აღრიცხვის ინსტრუქცია:

- აღრიცხეთ ენდომეტრიტი როგორც EMET.
- აღრიცხეთ ვაგინალური მანჟეტის ინფექციები როგორც VCUF.

SST: კანისა და რბილი ქსოვილის ინფექცია

SST-SKIN: კანის ინფექცია

კანის ინფექციები უნდა აკმაყოფილებდეს შემდეგი კრიტერიუმებიდან მინიმუმ ერთს:

- პაციენტს უნდა ქონდეს ჩირქოვანი გამონადენი, პუსტულები, ვეზიკულები ან ფურუნკულები;
- პაციენტს უნდა ქონდეს მინიმუმ ორი სიმპტომი სხვა არსებული მიზეზის გარეშე: ტკივილი ან მგრძნობელობა, ლოკალური შეშუპება, სიწითლე ან სიცხე; და

მინიმუმ ერთი ქვემოთ ჩამოთვლილიდან:

- დაზიანებული ადგილის ასპირატიდან ან გამონადენიდან კულტივირებული მიკროორგანიზმები; თუ მიკროორგანიზმები არიან კანის ნორმალური ფლორის ნაწილი (მაგალითად დიფტერიოიდები [*Corynebacterium spp*], *Bacillus* [არა *B anthracis*] *spp*, *Propionibacterium spp*, *coagulase-negative staphylococci* [*S epidermidis*-ის ჩათვლით], *viridans group streptococci*, *Aerococcus spp*, *Micrococcus spp*), ეს უნდა იყოს სუფთა კულტურა სისხლიდან კულტივირებული ორგანიზმები;
- დადებითი ანტიგენ- ტესტი შესრულებული ინფიცირებულ ქსოვილზე ან სისხლზე (მაგ. herpes simplex, varicella zoster, H. influenzae, N. meningitidis);
- მრავალბირთვიანი გიგანტური უჯრედები დაზიანებული ქსოვილის მიკროსკოპული გამოკვლევისას;
- სადიაგნოსტიკო ერთჯერადი ანტისხეულების ტიტრი (IgM) ან ოთხმაგი ზრდა წყვილშრატში (IgG).

აღრიცხვის ინსტრუქცია:

- აღრიცხეთ ინფიცირებული ნაწილები, როგორც DECU.
- აღრიცხეთ ინფიცირებული დამწვრობა, როგორც BURN.
- აღრიცხეთ სარძევე ჯირკვლის აბსცესი ან მასტიტი, როგორც BRST.

SST-ST: რბილი ქსოვილების ინფექცია (ნეკროზული ფასციიტი, ინფექციური განგრენა, ნეკროზული ცელულიტი, ინფექციური მიოზიტი, ლიმფადენიტი ან ლიმფანგიტი)

რბილი ქსოვილების ინფექციები უნდა აკმაყოფილებდეს შემდეგი კრიტერიუმებიდან მინიმუმ ერთს:

- პაციენტს უნდა ქონდეს კულტივირებული მიკროორგანიზმები ქსოვილიდან ან დაზიანებული ადგილის გამონადენიდან;
- პაციენტს უნდა ქონდეს ჩირქოვანი გამონადენი დაზიანებული ადგილიდან;

- პაციენტს აქვს აბსცესი ან ინფექციის სხვა მტკიცებულება, რომელიც აღმოჩენილია ქირურგიული ოპერაციის ან ჰისტოლოგიური გამოკვლევის დროს;
- პაციენტს უნდა ქონდეს მინიმუმ ორი ქვემოთ ჩამოთვლილი სიმპტომი დაზიანებულ ადგილზე სხვა არსებული მიზეზის გარეშე: ლოკალური ტკივილი ან მგრძნობელობა, სიწითლე, შეშუპება ან სიცხე;

და

მინიმუმ ერთი ქვემოთ ჩამოთვლილიდან:

- სისხლიდან კულტივირებული მიკროორგანიზმები;
- დადებითი ანტიგენ-ტესტი სისხლში ან შარდში (მაგ. *H. influenzae*, *S. pneumoniae*, *N. meningitidis*, *Group B Streptococcus*, *Candida spp.*);
- სადიაგნოსტიკო ერთჯერადი ანტისხეულების ტიტრი (IgM) ან ოთხმაგი ზრდა წყვილ შრატში (IgG).

აღრიცხვის ინსტრუქცია

- აღრიცხეთ ნაწოლები როგორც DECU.
- აღრიცხეთ ღრმა მენჯის ქსოვილების ინფექცია როგორც OREP.

SST-DECU: ნაწოლები, ზედაპირული და ღრმა ინფექციების ჩათვლით

ნაწოლის წყლულოვანი ინფექცია უნდა აკმაყოფილებდეს შემდეგ კრიტერიუმებს:

- პაციენტს უნდა ქონდეს მინიმუმ ორი ქვემოთ ჩამოთვლილი სიმპტომი სხვა არსებული მიზეზის გარეშე: სიწითლე, მგრძნობელობა ან ნაწოლის ჭრილობის კიდეების შეშუპება

და

მინიმუმ ერთი ქვემოთ ჩამოთვლილიდან:

- მიკროორგანიზმი კულტივირებულია სათანადოდ შეგროვებული სითხიდან ან ქსოვილიდან (იხილეთ ქვემოთ კომენტარი)
- სისხლიდან კულტივირებულია მიკროორგანიზმები.

კომენტარები:

- მხოლოდ ჩირქოვანი გამონადენი არ არის ინფექციის საკმარისი მტკიცებულება.
- ნაწოლის ზედაპირიდან კულტივირებული მიკროორგანიზმები არ არის საკმარისი მტკიცებულება იმისა, რომ წყლული ინფიცირებულია. ნაწოლის წყლულიდან სწორად შეგროვებული ნიმუში გულისხმობს სითხის პუნქციურ ასპირაციას ან ქსოვილის ბიოფსიას წყლულის კიდედან.

SST-BURN: დამწვრობა

დამწვრობის ინფექციები უნდა აკმაყოფილებდეს მინიმუმ ერთ-ერთ შემდეგ კრიტერიუმს:

- პაციენტს უნდა ქონდეს ცვლილება დამწვრობის ჭრილობის გარეგნობის ან მახასიათებლის, როგორცაა ქერქის სწრაფი განცალკევება, ან მუქი ყავისფერი, შავი ან იისფერი შეფერილობა, ან შემუპება ჭრილობის კიდეზე და დამწვრობის ადგილის ბიოპტატის ჰისტოლოგიური გამოკვლევა აჩვენებს შეჭრილ მიკროორგანიზმებს მიმდებარე ჯანმრთელ ქსოვილში;

და

მინიმუმ ერთი ქვემოთ ჩამოთვლილიდან:

- მიკროორგანიზმები კულტივირებულია სისხლიდან, სხვა დადგენილი ინფექციები არ არსებობს
- ჰერპეს ვირუსის იზოლაცია, ჩანართების ჰისტოლოგიური იდენტიფიცირება სინათლის ან ელექტრონული მიკროსკოპით, ან ვირუსული ნაწილაკების ვიზუალიზაცია ელექტრონული მიკროსკოპით ბიოპტატში ან დაზიანებული ადგილის ანაფხეკში.
- დამწვრობის მქონე პაციენტს უნდა ქონდეს მინიმუმ ორი ქვემოთ ჩამოთვლილი სიმპტომი სხვა არსებული მიზეზის გარეშე: ცხელება ($> 38\text{ }^{\circ}\text{C}$) ან ჰიპოთერმია ($< 36\text{ }^{\circ}\text{C}$), ჰიპოტენზია, ოლიგურია (< 20 სს/სთ), ჰიპერგლიკემია, წარსულში საკვები ნახშირწყლების მიღებისას დასაშვებ დონეზე, ან ცნობიერების დაბინდვა;

და

მინიმუმ ერთი ქვემოთ ჩამოთვლილიდან:

- დამწვრობის ადგილის ბიოპტატის ჰისტოლოგიური გამოკვლევა აჩვენებს ინვაზიურ მიკროორგანიზმებს მიმდებარე ჯანმრთელ ქსოვილში სისხლიდან კულტივირებულია მიკროორგანიზმები.
- ჰერპეს ვირუსის იზოლაცია, ჩანართების ჰისტოლოგიური იდენტიფიცირება სინათლის ან ელექტრონული მიკროსკოპით, ან ვირუსული ნაწილაკების ვიზუალიზაცია ელექტრონული მიკროსკოპით
- ბიოპტატში ან დაზიანებული ადგილის ანაფხეკში.

კომენტარები

- მხოლოდ ჩირქი დამწვრობის ადგილას არ არის ინფექციის საკმარისი მტკიცებულება; დაჩირქება შეიძლება იყოს ჭრილობის არასწორი მოვლის შედეგი.
- ცხელება დამწვრობის მქონე პაციენტში არ არის საკმარისი ინფექციის დიაგნოზისთვის, რადგან ცხელება შეიძლება იყოს ქსოვილების ტრამვის შედეგი ან პაციენტს შეიძლება ქონდეს ინფექცია სხვა ადგილას.

- დამწვრობის რეგიონულ ცენტრებში მომუშავე ქირურგებს, რომლებიც ზრუნავენ მხოლოდ დამწვრობის მქონე პაციენტებზე, შეიძლება დასჭირდეთ მხოლოდ 1 კრიტერიუმი დამწვრობის ინფექციის დიაგნოზისთვის.
- რეგიონული დამწვრობის ცენტრების მქონე საავადმყოფოებმა შეიძლება დამწვრობის ინფექციები დაჰყონ შემდეგნაირად: დამწვრობითი ჭრილობის ადგილი, დამწვრობის გადანერგვის ადგილი და ა.შ. ამასთან, NHSN ამ ყველაფერს დაშიფრავს, როგორც BURN.

SST-BRST: სარძევე ჯირკვლის აბსცესი ან მასტიტი

სარძევე ჯირკვლის აბსცესი ან მასტიტი უნდა აკმაყოფილებდეს შემდეგი კრიტერიუმებიდან მინიმუმ ერთს:

- პაციენტს აქვს დაზიანებული მკერდის ქსოვილის ან სითხის დადებითი კულტურა, მიღებული ჭრილობის და დრენაჟის ან ნემსით ასპირაციის გზით;
- პაციენტს აქვს სარძევე ჯირკვლის აბსცესი ან ინფექციის სხვა მტკიცებულება ქირურგიული ოპერაციის ან ჰისტოპათოლოგიური გამოკვლევის დროს;
- პაციენტს აღენიშნება ცხელება ($> 38\text{ }^{\circ}\text{C}$) და სარძევე ჯირკვლის ლოკალური ანთება და ექიმის მიერ მკერდის აბსცესის დიაგნოზი.

SYS: სისტემური ინფექციები

SYS-DI: დისემინირებული ინფექცია

დისემინირებული ინფექცია არის ინფექცია, რომელიც მოიცავს მრავალ ორგანოს ან სისტემას, ინფექციის ერთი კონკრეტული კერის გარეშე, ჩვეულებრივ ვირუსული წარმოშობის, თავსებადია მრავალი ორგანოს ან სისტემის ინფექციურ დაზიანების ნიშნებით და სიმპტომებით სხვა არსებული მიზეზის გარეშე.

აღრიცხვის ინსტრუქციები:

- გამოიყენეთ ეს კოდი ვირუსული ინფექციებისთვის, რომლებიც მოიცავს მრავალ ორგანოთა სისტემას (მაგ. წითელა, ყბაყურა, წითურა, ვარიცელა, ინფექციური ერითემა). ამ ინფექციების იდენტიფიცირება ხშირად შესაძლებელია მხოლოდ კლინიკური კრიტერიუმებით. არ გამოიყენოთ ეს კოდი სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციებისთვის, რომელთაც აქვს მრავალი მეტასტაზური ადგილი, როგორცაა ბაქტერიული ენდოკარდიტი.
- არ აღრიცხოთ უცნობი წარმოშობის ცხელება (FUO) როგორც DI.
- აღრიცხეთ ვირუსული ეგზანთემის ან გამონაყარის დაავადება, როგორც DI

SYS-CSEP: დაუდგენელი მძიმე ინფექციის მკურნალობა (ადრე: კლინიკური სეფსისი მოზრდილებში ან ბავშვებში)

- პაციენტს აქვს მინიმუმ ერთი ქვემოთ ჩამოთვლილიდან:
 - კლინიკური ნიშნები ან სიმპტომები სხვა არსებული მიზეზის გარეშე;
 - ცხელება (38°C);
 - ჰიპოტენზია (სისტოლური წნევა $< 90\text{ mm}$);
 - ან ოლიგურია ($20\text{ cm}^3(\text{ml})/\text{hr}$);

და

- არ იქნა აღებული სისხლის კულტურა ან მიკროორგანიზმები ან ანტიგენი არ იქნა აღმოჩენილი სისხლში.

და

- ინფექცია არ დგინდება სხვა ადგილას;

და

- ექიმი მკურნალობს სეფსისს.

აღრიცხვის ინსტრუქცია:

- არ გამოიყენოთ ეს კოდი, თუ აუცილებელი არ არის (უკანასკნელი განმარტება).

- ახალშობილებში CSEP-ისთვის გამოიყენეთ NEO-CSEP შემთხვევის განმარტება (იხ. ქვემოთ).

NEO: ახალშობილთა სპეციფიური შემთხვევის განმარტება

NEO-CSEP: კლინიკური სეფსისი

სამივე შემდეგი კრიტერიუმი:

- მკურნალმა ექიმმა დაიწყო სეფსისის შესაბამისი ანტიმიკრობული თერაპია მინიმუმ ხუთი დღის განმავლობაში;
- არ არის გამოვლენილი პათოგენები სისხლის კულტურაში ან არ არის შემოწმებული;
- არ არის დადგენილი ინფექცია სხვა ადგილას;

და

შემდეგი კრიტერიუმებიდან ორი (სხვა არსებული მიზეზის გარეშე):

- ცხელება ($> 38\text{ }^{\circ}\text{C}$) ან ტემპერატურის არასტაბილურობა (ხშირი ინკუბატორის დაყენების შემდეგ) ან ჰიპოთერმია ($< 36,5\text{ }^{\circ}\text{C}$);
- ტაქიკარდია ($> 200/\text{წთ}$) ან ახალი / ზრდადი ბრადიკარდია ($< 80/\text{წთ}$);
- კაპილარული შევსების დრო (CRT) > 2 წმ;
- ახალი ან გაძლიერებული აპნოე(ები) (> 20 წმ);
- აუხსნელი მეტაბოლური აციდოზი;
- პირველად აღმოცენებული ჰიპერგლიკემია (> 140 მგ/დლ);
- სეფსისის სხვა ნიშანი (კანის შეფერილობა (მხოლოდ მაშინ, როდესაც CRT არ არის გამოიყენებული), ლაბორატორიული ნიშნები (CRP, ინტერლეიკინი), ჟანგბადზე მოთხოვნის გაზრდა (ინტუბაცია), პაციენტის არასტაბილური ზოგადი მდგომარეობა, აპათია).

შენიშვნა: კოაგულაზა-უარყოფითი სტაფილოკოკის (CNS)ერთჯერადი გამოვლენა სისხლის კულტურებში არ უნდა გამორიცხავდეს კლინიკური სეფსისის დიაგნოზს. კლინიკური სეფსისი ასევე შეიძლება დაისვას CNS-ის, ერთი დადებითი სისხლის კულტურით რომელიც განიხილება როგორც სისხლის კულტურის დაბინძურება, მაშინ როცა CNS-ით გამოწვეული, სისხლის ნაკადის ინფექციის სხვა კრიტერიუმები არ არის დაკმაყოფილებული და დაკმაყოფილებულია კლინიკური სეფსისის კრიტერიუმები.

NEO-LCBI: ლაბორატორიულად დადასტურებული BSI

- მინიმუმ ორი: ტემპერატურა $> 38\text{ }^{\circ}\text{C}$ ან $< 36.5\text{ }^{\circ}\text{C}$ ან ტემპერატურის არასტაბილურობა, ტაქიკარდია ან ბრადიკარდია, აპნოე, გახანგრძლივებული კაპილარული შევსების დრო (CRT), მეტაბოლური აციდოზი, ჰიპერგლიკემია, BSI-ის სხვა ნიშნები, როგორცაა აპათია;

და

- ამოცნობილია პათოგენი, გარდა კოაგულაზა-ნეგატიური სტაფილოკოკის (CNS), კულტივირებულია სისხლიდან ან ცერებროსპინალური სითხიდან (CSF; ეს ითვლება, რადგან მენინგიტი ამ ასაკობრივ ჯგუფში ჩვეულებრივ ჰემატოგენურია, ამიტომ დადებითი CSF შეიძლება ჩაითვალოს BSI-ს მტკიცებულებად მაშინაც კი, თუ სისხლის კულტურები უარყოფითია ან არ იქნა აღებული).

შენიშვნა: იმისათვის, რომ შესაბამისობა იყოს BSI აღრიცხვასთან მოზრდილებში (მათ შორის მეორადი BSI), კრიტერიუმი „ორგანიზმი არ არის დაკავშირებული სხვა ადგილის ინფექციასთან“ ამოღებული იქნა Neo-KISS განმარტებიდან EU PPS-ის მიზნებისათვის. აღრიცხეთ ახალშობილთა BSI-ის წარმოშობა ველში BSI წარმოშობა. თუ NEO-LCBI-სა და NEO-CNSB-ის შემთხვევის ორივე განმარტება შეესაბამება, განაცხადეთ NEO-LCBI.

NEO-CNSB: ლაბორატორიულად დადასტურებული BSI კოაგულაზა-უარყოფითი სტაფილოკოკით (CNS)

- ჩამოთვლილთაგან მინიმუმ ორი: ტემპერატურა $> 38\text{ }^{\circ}\text{C}$ ან $< 36,5\text{ }^{\circ}\text{C}$ ან ტემპერატურის არასტაბილურობა, ტაქიკარდია ან ბრადიკარდია, აპნოე, გახანგრძლივებული კაპილარული შევსების დრო, მეტაბოლური აციდოზი, ჰიპერგლიკემია, BSI-ის სხვა ნიშნები, როგორცაა აპათია;

და

- CNS კულტივირებულია სისხლიდან ან კათეტერის წვერით;

და

- პაციენტს აქვს ერთ-ერთი: C-რეაქტიული ცილა $> 2,0$ მგ/დლ, უმწიფარი/საერთო ნეიტროფილების თანაფარდობა (I/T თანაფარდობა) $> 0,2$, ლეიკოციტები $< 5/ნლ$, თრომბოციტები $< 100/ნლ$.

შენიშვნა: იმისათვის, რომ შესაბამისობა იყოს BSI აღრიცხვასთან მოზრდილებში (მათ შორის მეორადი BSI), კრიტერიუმი „ორგანიზმი არ არის დაკავშირებული სხვა ადგილის ინფექციასთან“ ამოღებული იქნა Neo-KISS განმარტებიდან EU PPS-ის მიზნებისათვის. აღრიცხეთ ახალშობილთა BSI-ის წარმოშობა ველში BSI წარმოშობა. თუ NEO-LCBI-სა და NEO-CNSB-ის შემთხვევის ორივე განმარტება შეესაბამება, განაცხადეთ NEO-LCBI.

-PNEU: პნევმონია

- სუნთქვის რიტმის დარღვევა;

და

- ახალი ინფილტრატი, კონსოლიდაცია ან პლევრალური გამონაჟონი გულმკერდის რენტგენზე;

და

- მინიმუმ ოთხი: ტემპერატურა > 38 °C ან < 36.5 °C ან ტემპერატურის არასტაბილურობა, ტაქიკარდია ან ბრადიკარდია, ტაქიპნოე ან აპნოე, ქოშინი, რესპირატორული სეკრეციის მომატება, ახლადდაწყებული ჩირქოვანი ნახველი, პათოგენის იზოლაცია რესპირატორული გამონაყოფიდან, C- რეაქტიული ცილა > 2.0 მგ/დლ, I/T თანაფარდობა > 0.2 .

NEO-NEC: ნეკროზული ენტეროკოლიტი

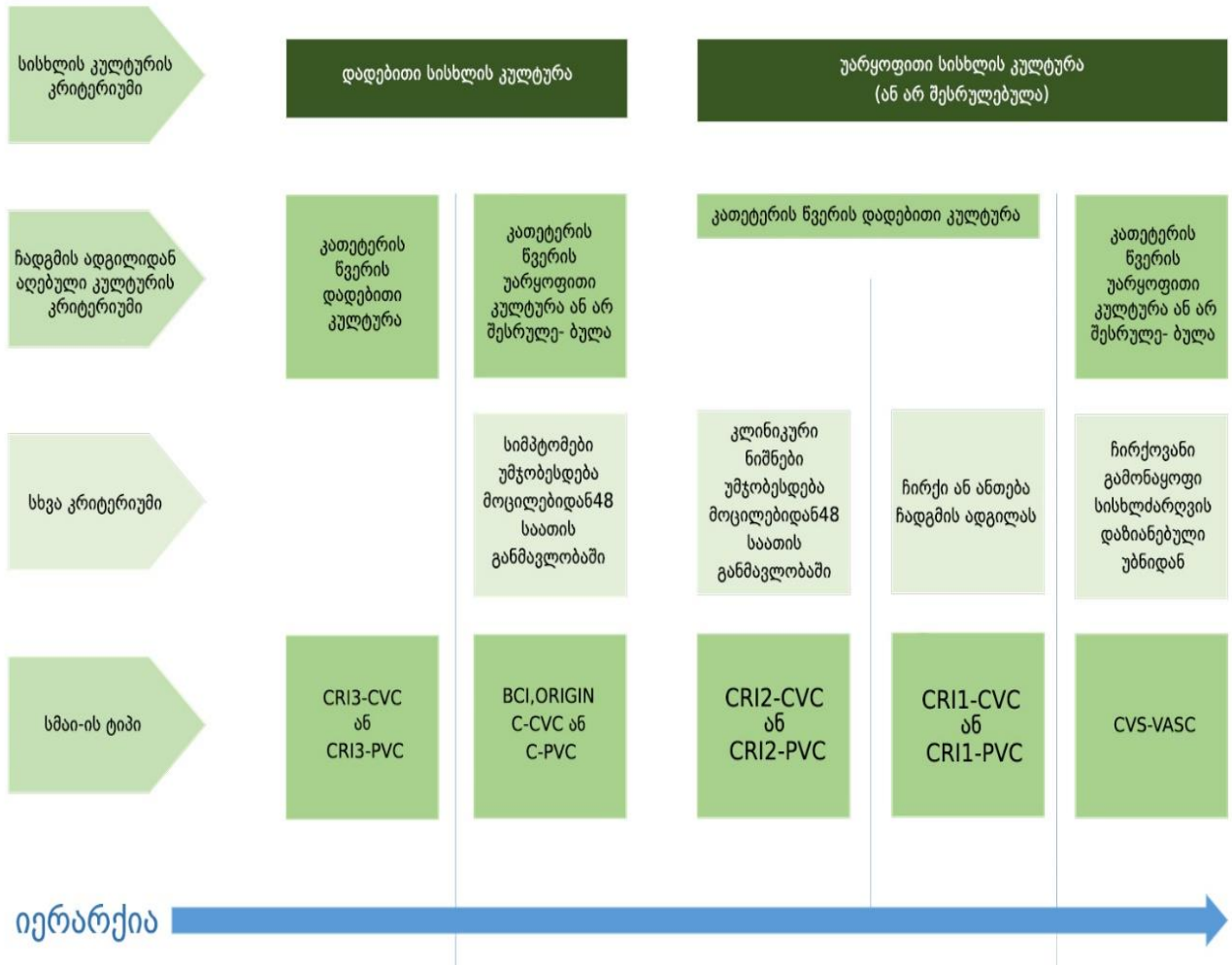
- ნეკროზული ენტეროკოლიტის ჰისტოპათოლოგიური მტკიცებულება;

ან

- მინიმუმ ერთი დამახასიათებელი რენტგენოგრაფიული ანომალია (პნევმოპერიტონეუმი, ნაწლავის პნევმატოზი, წვრილი ნაწლავის უცვლელი "რიგიდული" მარყუქები)

პლუს მინიმუმ ორი ქვემოთ ჩამოთვლილიდან სხვა მიზეზის გარეშე: ღებინება, მუცლის შებერილობა, წინასწარი კვების ნარჩენები, სისხლი განავალში მიკროსკოპულად ან მაკროსკოპულად.

ალგორითმი კათეტერთან-ასოცირებული ინფექციების დიაგნოსტიკისთვის



შენიშვნა: არტერიული ხაზი არის ცენტრალური ან პერიფერიული, იმისდა მიხედვით, თუ სად მთავრდება.

მიკროორგანიზმების კოდების სია

მიკროორგანიზმების კოდების სია ადაპტირებულია ორიგინალი WHOCARE კოდირების სისტემიდან. ამჟამინდელი სია (150 კოდი) წარმოადგენს მიკროორგანიზმების ნაკრებს მათი გავრცელების სიხშირის მიხედვით სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებულ ინფექციებში, სხვადასხვა ტიპის ინფექციებში და/ან მათი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მნიშვნელობის მიხედვით. ქსელები/ქვეყნები, რომლებიც ამჟობინებენ გამოიყენონ სრული WHOCARE სია (ამჟამად 990 კოდი) შეუძლიათ მიიღონ მონაცემთა ბაზა ECDC-დან. მინიმალური სია (32 კოდი, რომელიც ამჟამად გამოიყენება ზოგიერთი ქვეყნის მიერ HAI ზედამხედველობისთვის) არ უნდა იყოს გამოყენებული EU PPS-ისთვის.

მიკროორგანიზმების კოდების სია (მომენტალური პრევალენტობის კვლევის სელექცია), კატეგორიების მიხედვით

ცხრილი 3. მიკროორგანიზმების კოდების სია -კატეგორიების მიხედვით

Family	Microorganism	Code
გრამ + კოკები	<i>Staphylococcus aureus</i>	STAAUR
	<i>Staphylococcus epidermidis</i>	STAEPI
	<i>Staphylococcus haemolyticus</i>	STAHAE
	კოაგულაზა-ნეგატიური staphylococci, არ არის მითითებული	STACNS
	სხვა კოაგულაზა-ნეგატიური staphylococci (CNS)	STAOTH
	<i>Staphylococcus spp.</i> , არ არის მითითებული	STANSP
	<i>Streptococcus pneumoniae</i>	STRPNE
	<i>Streptococcus agalactiae</i> (B)	STRAGA
	<i>Streptococcus pyogenes</i> (A)	STRPYO
	სხვა ჰემოლიზური streptococci (C, G)	STRHCG
	<i>Streptococcus spp.</i> , სხვა	STROTH
	<i>Streptococcus spp.</i> , არ არის მითითებული	STRNSP
	<i>Enterococcus faecalis</i>	ENCFAE
	<i>Enterococcus faecium</i>	ENCFAI
	<i>Enterococcus spp.</i> , სხვა	ENCOTH
	<i>Enterococcus spp.</i> , არ არის მითითებული	ENCNSP
	გრამ-დადებითი კოკი, არ არის მითითებული	GPCNSP
გრამ - კოკები	<i>Moraxella catharralis</i>	MORCAT
	<i>Moraxella spp.</i> , სხვა	MOROTH
	<i>Moraxella spp.</i> , არ არის მითითებული	MORNSP
	<i>Neisseria meningitidis</i>	NEIMEN
	<i>Neisseria spp.</i> , სხვა	NEIOTH
	<i>Neisseria spp.</i> , არ არის მითითებული	NEINSP
	გრამ-უარყოფითი კოკი, არ არის მითითებული	GNCNSP
	სხვა გრამ-უარყოფითი კოკი	GNCOTH
გრამ + ჩხირები	<i>Corynebacterium spp.</i>	CORSPP

Family	Microorganism	Code
	Bacillus spp.	BACSPP
	Lactobacillus spp.	LACSPP
	Listeria monocytogenes	LISMON
	გრამ-დადებითი ჩხირები, არ არის მითითებული	GPBNSP
	სხვა გრამ-დადებითი ჩხირები	GPBOTH
ენტერობაქტერიები	Citrobacter freundii	CITFRE
	Citrobacter koseri (მაგ. diversus)	CITDIV
	Citrobacter spp., სხვა	CITOTH
	Citrobacter spp., არ არის მითითებული	CITNSP
	Enterobacter cloacae	ENBCLO
	Enterobacter aerogenes	ENBAER
	Enterobacter agglomerans	ENBAGG
	Enterobacter sakazakii	ENBSAK
	Enterobacter gergoviae	ENBGER
	Enterobacter spp., სხვა	ENBOTH
	Enterobacter spp., არ არის მითითებული	ENBNSP
	Escherichia coli	ESCCOL
	Klebsiella pneumoniae	KLEPNE
	Klebsiella oxytoca	KLEOXY
	Klebsiella spp., სხვა	KLEOTH
	Klebsiella spp., არ არის მითითებული	KLENSP
	Proteus mirabilis	PRTMIR
	Proteus vulgaris	PRTVUL
	Proteus spp., სხვა	PRTOTH
	Proteus spp., არ არის მითითებული	PRTNSP
	Serratia marcescens	SERMAR
	Serratia liquefaciens	SERLIQ

Family	Microorganism	Code
	Serratia spp., სხვა	SEROTH
	Serratia spp., არ არის მითითებული	SERNSP
	Hafnia spp.	HAFSPP
	Morganella spp.	MOGSPP
	Providencia spp.	PRVSPP
	Salmonella Enteritidis	SALENT
	Salmonella Typhi or Paratyphi	SALTYP
	Salmonella Typhimurium	SALTYM
	Salmonella spp., არ არის მითითებული	SALNSP
	Salmonella spp., სხვა	SALOTH
	Shigella spp.	SHISPP
	Yersinia spp.	YERSPP
	Other enterobacterales	ETBOTH
	Enterobacterales, არ არის მითითებული	ETBNSP
გრამ - ბაცილი	Acinetobacter baumannii	ACIBAU
	Acinetobacter calcoaceticus	ACICAL
	Acinetobacter haemolyticus	ACIHAE
	Acinetobacter lwoffii	ACILWO
	Acinetobacter spp., სხვა	ACIOTH
	Acinetobacter spp., არ არის მითითებული	ACINSP
	Pseudomonas aeruginosa	PSEAER
	Stenotrophomonas maltophilia	STEMAL
	Burkholderia cepacia	BURCEP
	Pseudomonadaceae family, სხვა	PSEOTH
	Pseudomonadaceae family, არ არის მითითებული	PSENSP
	Haemophilus influenza	HAEINF
	Haemophilus parainfluenzae	HAEPAI

Family	Microorganism	Code
	Haemophilus spp., სხვა	HAEO TH
	Haemophilus spp., არ არის მითითებული	HAENSP
	Legionella spp.	LEGSPP
	Achromobacter spp.	ACHSPP
	Aeromonas spp.	AEMSPP
	Agrobacterium spp.	AGRSPP
	Alcaligenes spp.	ALCSPP
	Campylobacter spp.	CAMSPP
	Flavobacterium spp.	FLASPP
	Gardnerella spp.	GARSPP
	Helicobacter pylori	HELPLY
	Pasteurella spp.	PASSPP
	გრამ-უარყოფითი ჩხირები, არ არის მითითებული	GNBNSP
	სხვა გრამ-უარყოფითი ჩხირები, არა - enterobacterales	GNBOTH
ანაერობული ჩხირები	Bacteroides fragilis	BATFRA
	Bacteroides სხვა	BATOTH
	Clostridioides difficile	CLODIF
	Clostridioides სხვა	CLOOTH
	Propionibacterium spp.	PROSPP
	Prevotella spp.	PRESPP
	ანაერობები, არ არის მითითებული	ANANSP
	სხვა ანაერობები	ANAOTH
სხვა ბაქტერია	Mycobacterium, ატიპიური	MYCATY
	Mycobacterium tuberculosis კომპლექსი	MYCTUB
	Chlamydia spp.	CHLSPP
	Mycoplasma spp.	MYPSPP
	Actinomyces spp.	ACTSPP

Family	Microorganism	Code
	Nocardia spp.	NOCSP
	სხვა ბაქტერია	BCTOTH
სოკო	Candida albicans	CANALB
	Candida auris	CANAUR
	Candida glabrata	CANGLA
	Candida krusei	CANKRU
	Candida parapsilosis	CANPAR
	Candida tropicalis	CANTRO
	Candida spp., სხვა	CANOTH
	Candida spp., არ არის მითითებული	CANNSP
	Aspergillus fumigatus	ASPFUM
	Aspergillus niger	ASPNIG
	Aspergillus spp., სხვა	ASPOTH
	Aspergillus spp., არ არის მითითებული	ASPNSP
	სხვა საფუარი	YEAOTH
	სხვა სოკო	FUNOTH
	სხვა ფილამენტები	FILOTH
	სხვა პარაზიტები	PAROTH
ვირუსები	ადენოვირუსი	VIRADV
	ციტომეგალოვირუსი (CMV)	VIRCMV
	SARS-CoV-2	VIRCOV
	ენტეროვირუსი (პოლიომიელიტი, კოქსსაკი, ექო)	VIRENT
	A ჰეპატიტის ვირუსი	VIRHAV
	B ჰეპატიტის ვირუსი	VIRHBV
	C ჰეპატიტის ვირუსი	VIRHCV
	ჰერპეს სიმპლექსის ვირუსი	VIRHSV
	ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი (აივ)	VIRHIV

Family	Microorganism	Code
	ინფლუენზა A ვირუსი	VIRINA
	ინფლუენზა B ვირუსი	VIRINB
	ინფლუენზა C ვირუსი	VIRINC
	ნოროვირუსი	VIRNOR
	პარაინფლუენზა ვირუსი	VIRPIV
	რესპირატორული სინციციალური ვირუსი (RSV)	VIRRSV
	რინოვირუსი	VIRRHI
	როტავირუსი	VIRROT
	SARS ვირუსი	VIRSAR
	Varicella-zoster ვირუსი	VIRVZV
	ვირუსი, არ არის მითითებული	VIRNSP
	სხვა ვირუსი	VIROTH
არაიდენტიფიცირებული მიკროორგანიზმები		_NONID
კვლევა არ ჩატარებულა		_NOEXA
სტერილური გამოკვლევა		_STERI
შედეგი (ჯერ) მიუწვდომელია ან არ მოიპოვება		_NA

შენიშვნა:

უარყოფითი მიკროორგანიზმის კოდები: **_NONID:** არსებობს მტკიცებულება, რომ მიკრობიოლოგიური გამოკვლევა ჩატარდა, მაგრამ მიკროორგანიზმის სწორად კლასიფიკაცია შეუძლებელია; **_NOEXA:** არ არის აღებული დიაგნოსტიკური ნიმუში, არ ჩატარებულა მიკრობიოლოგიური გამოკვლევა; **_STERI:** გაკეთდა მიკრობიოლოგიური გამოკვლევა, მაგრამ შედეგი იყო უარყოფითი (მაგ. უარყოფითი კულტურა); **_NA:** მიკრობიოლოგიური გამოკვლევის შედეგები ჯერ არ არის ხელმისაწვდომი ან ვერ მოიპოვება.

თუ ეს ხელმისაწვდომია, მიკრობიოლოგიური შედეგები უნდა იყოს გაცხადებული აქტიური HAI-სთვის კვლევის თარიღზე, რომელიც მოიცავს ინფექციის მთელ ეპიზოდს. შედეგებს, რომლებიც მიუწვდომელია კვლევის თარიღზე, არ უნდა დაელოდოთ.

ანტიმიკრობული რეზისტენტობის მარკერები და კოდები

AMR მარკერის მონაცემების შეგროვების მეთოდი შეიცვალა, რათა შესაძლებელი ყოფილიყო შედარებითი ანალიზი ECDC ARHAI ქსელებს შორის EARS-Net და HAI-Net.

თითოეული ანტიმიკრობული მარკერისთვის მიუთითეთ არის თუ არა მიკროორგანიზმი:

- S: მგრძობიარე, სტანდარტული დოზა
-I: მგრძობიარე, გაზრდილი ექსპოზიცია
- R: რეზისტენტული, ან UNK: მგრძობელობა უცნობია

Staphylococcus aureus

- MRSA: oxacillin-ზე (OXA) რეზისტენტული ან სხვა მარკერებთან meticillin-resistant *S. aureus* -ის (MRSA), როგორცაა ceftaxime (FOX), cloxacillin (CLO), dicloxacillin (DIC), flucloxacillin (FLC), meticillin (MET)
- VRSA: გლიკოპეპტიდზე (GLY) რეზისტენტულია : vancomycin-თან (VAN) ან teicoplanin-თან (TEC)
- VISA: გლიკოპეპტიდზე (GLY) საშუალო მგრძობელობა: vancomycin-თან (VAN) ან teicoplanin-თან (TEC)

Enterococcus spp.

- VRE: გლიკოპეპტიდზე (GLY) რეზისტენტულია : vancomycin-თან (VAN) ან teicoplanin-თან (TEC)

Enterobacterales (ენტერობაქტერიები) (გამოიყოფა: *Escherichia coli*, *Klebsiella spp.*, *Enterobacter spp.*, *Proteus spp.*, *Citrobacter spp.*, *Serratia spp.*, *Morganella spp.*)

- მესამე თაობის ცეფალოსპორინები (C3G): cefotaxime (CTX), ceftriaxone (CRO), ceftazidime (CAZ)
- კარბაპენემები (CAR): imipenem (IPM), meropenem (MEM), doripenem (DOR)

Pseudomonas aeruginosa

- კარბაპენემები (CAR): imipenem (IPM), meropenem (MEM), doripenem (DOR)

Acinetobacter spp.

- კარბაპენემები (CAR): imipenem (IPM), meropenem (MEM), doripenem (DOR)

ქირურგიული ჩარევის კატეგორიები

NHSN ქირურგიის კოდები

ცნობარი: NHSN ოპერაციული პროცედურების კატეგორიის ასახვა ICD-9-CM კოდებთან, 2010 წლის ოქტომბერი. ხელმისაწვდომია:

www.cdc.gov/nhsn/PDFs/pscManual/9pscSSIcurrent.pdf.

NHSN კოდი	საოპერაციო პროცედურა	აღწერა	ICD-9-CM კოდები
NHSN-AAA	მუცლის აორტის ანევრიზმის აღდგენა	მუცლის აორტის რეზექცია ანასტომოზით ან განახლებით	38.34, 38.44, 38.64
NHSN-AMP	კიდურის ამპუტაცია	ზედა ან ქვედა კიდურების სრული ან ნაწილობრივი ამპუტაცია ან დეზარტიკულაცია, თითების ჩათვლით	84.00-84.19, 84.91
NHSN-APPY	აპენდიქსის ოპერაცია	აპენდიქსის ოპერაცია (არ არის თანმხლები სხვა ოპერაციასთან)	47.01, 47.09, 47.2, 47.91, 47.92, 47.99
NHSN-AVSD	შუნტი დიალიზისთვის	არტერიოვენოსტომია თირკმლის დიალიზისთვის	39.27, 39.42
NHSN-BILI	ნაღვლის სადინარის, ღვიძლის ან პანკრეასის ოპერაცია	სანაღვლე გზების ამოკვეთა ან სანაღვლე გზების, ღვიძლის ან პანკრეასის ოპერაციები (არ მოიცავს ოპერაციებს მხოლოდ ნაღვლის ბუშტზე)	50.0, 50.12, 50.14, 50.21-50.23, 50.25, 50.26, 50.29, 50.3, 50.4, 50.61, 50.69, 51.31-51.37, 51.39, 51.41-51.43, 51.49, 51.51, 51.59, 51.61-51.63, 51.69, 51.71, 51.72, 51.79, 51.81-51.83, 51.89, 51.91, 51.95, 51.99, 52.09, 52.12, 52.22, 52.3, 52.4, 52.51-52.53, 52.59, 52.6, 52.7, 52.92, 52.95, 52.96, 52.99
NHSN-BRST	სარძევე ჯირკვალზე ოპერაცია	სარძევე ჯირკვლის დაზიანების ან ქსოვილის ამოკვეთა, მათ შორის რადიკალური, მოდიფიცირებული ან კვადრატული რეზექცია, ლუმპექტომია, ჭრილობის ბიოფსია ან მამოპლასტიკა.	85.12, 85.20-85.23, 85.31-85.36, 85.41-85.48, 85.50, 85.53, 85.54, 85.6, 85.70-85.76, 85.79, 85.93, 85.96

NHSN კოდი	საოპერაციო პროცედურა	აღწერა	ICD-9-CM კოდები
NHSN-CARD	გულის ოპერაცია	პროცედურები გულის სარქველებზე ან ძგიდეზე; არ მოიცავს კორონარული არტერიის შემოვლით ტრანსპლანტს, ოპერაცია სისხლძარღვებზე, გულის ტრანსპლანტაცია ან კარდიოსტიმულატორის იმპლანტაცია	35.00 - 35.04, 35.10-35.14, 35.20-35.28, 35.31-35.35, 35.39, 35.42, 35.50, 35.51, 35.53, 35.54, 35.60-35.63, 35.70-35.73, 35.81-35.84, 35.91-35.95, 35.98-35.99, 37.10, 37.11, 37.24, 37.31-37.33, 37.35, 37.36, 37.41, 37.49, 37.60
NHSN-CEA	კაროტიდის ენდარტერექტომია	ენდარტერექტომია თავისა და კისრის სისხლძარღვებზე (მოიცავს სამილე არტერიას და საუღლე ვენას)	38.12
NHSN-CBGB	კორონარული არტერიის შემოვლითი ტრანსპლანტატი გულმკერდის და დონორის ადგილის ჭრილობებით	გულმკერდის პროცედურა გულის პირდაპირი რევასკულარიზაციის ჩასატარებლად; მოიცავს დონორის ადგილიდან შესაფერისი ვენის მიღებას გადანერგვისთვის.	36.10-36.14, 36.19
NHSN-CBGC	კორონარული არტერიის შემოვლითი ტრანსპლანტატი მხოლოდ გულმკერდის ჭრილობით	გულმკერდის პროცედურა გულის პირდაპირი ვასკულარიზაციის შესასრულებლად, მაგალითად, შიდა სარძევე (გულმკერდის) არტერიის გამოყენებით.	36.15-36.17, 36.2
NHSN-CHOL	ნადვლის ბუმბიტის ოპერაცია	ქოლეცისტექტომია და ქოლეცისტოტომია	51.03, 51.04, 51.13, 51.21-51.24
NHSN-COLO	მსხვილი ნაწლავის ოპერაცია	მსხვილი ნაწლავის ჭრილობა, რეზექცია ან ანასტომოზი; მოიცავს მსხვილ-წვრილი და წვრილი ნაწლავის ანასტომოზს; არ მოიცავს რექტალურ ოპერაციებს	17.31-17.36, 17.39, 45.03, 45.26, 45.41, 45.49, 45.52, 45.71-45.76, 45.79, 45.81-45.83, 45.92-45.95, 46.03, 46.04, 46.10, 46.11, 46.13, 46.14, 46.43, 46.52, 46.75, 46.76, 46.94

NHSN კოდი	საოპერაციო პროცედურა	აღწერა	ICD-9-CM კოდები
NHSN-CRAN	კრანოტომია	ჭრილი თავის ქალაში ტვინის ამოსაჭრელად, აღსადგენად ან გამოკვლკვევისთვის. არ მოიცავს ლუმბარულ პუნქციას.	01.12, 01.14, 01.21-01.25, 01.28, 01.31, 01.32, 01.39, 01.41, 01.42, 01.51-01.53, 01.59, 02.11-02.14, 02.91-02.93, 07.51-07.54, 07.59, 07.61-07.65, 07.68, 07.69, 07.71, 07.72, 07.79, 38.01, 38.11, 38.31, 38.41, 38.51, 38.61, 38.81, 39.28
NHSN-CSEC	საკეისრო კვეთა	სამეანო მშობიარობა საკეისრო კვეთით	74.0, 74.1, 74.2, 74.4, 74.91, 74.99
NHSN-FUSN	მალეების ართროდეზი	ხერხემლის იმობილიზაცია	81.00-81.08
NHSN-FX	ხერხემლის იმობილიზაცია	გრძელი ძვლების მოტეხილობის ან დისლოკაციის ღია შემცირება, რომელიც მოითხოვს შიდა ან გარე ფიქსაციას; არ მოიცავს სახსრის პროთეზის განთავსებას	79.21, 79.22, 79.25, 79.26, 79.31, 79.32, 79.35, 79.36, 79.51, 79.52, 79.55, 79.56
NHSN-GAST	კუჭის ოპერაცია	კუჭის ოპერაცია	43.0, 43.42, 43.49, 43.5, 43.6, 43.7, 43.81, 43.89, 43.91, 43.99, 44.15, 44.21, 44.29, 44.31, 44.38 - 44.42, 44.49, 44.5, 44.61-44.65, 44.68-44.69, 44.95-44.98
NHSN-HER	ჰერნიორაფია	საზარდულის, ბარძაყის, ჭიპის ან მუცლის წინა კედლის თიაქრის აღდგენა; არ მოიცავს დიაფრაგმული ან ჰიატალური თიაქრის ან თიაქრის აღდგენას სხეულის სხვა უბნებზე.	17.11-17.13, 17.21-17.24, 53.00 - 53.05, 53.10-53.17, 53.21, 53.29, 53.31, 53.39, 53.41-53.43, 53.49, 53.51, 53.59, 53.61-53.63, 53.69
NHSN-HPRO	ბარძაყის პროთეზი	ბარძაყის ართროპლასტიკა	00.70-00.73, 00.85-00.87, 81.51 - 81.53
NHSN-HTP	გულის ტრანსპლანტი	გულის ტრანსპლანტაცია	37.51-37.55
NHSN-HYST	აბდომინალური ჰისტერექტომია	საშვილოსნოს ამოღება მუცლის ჭრილის მეშვეობით	68.31, 68.39, 68.41, 68.49, 68.61, 68.69

NHSN კოდი	საოპერაციო პროცედურა	აღწერა	ICD-9-CM კოდები
NHSN-KPRO	მუხლის პროთეზი	მუხლის ართროპლასტიკა	00.80-00.84, 81.54, 81.55
NHSN-KTP	თირკმლის ტრანსპლანტი	თირკმლის ტრანსპლანტაცია	55.61, 55.69
NHSN-LAM	ლამინექტომია	ზურგის ტვინის გამოკვლევა ან დეკომპრესია ხერხემლის სტრუქტურებში ამოკვეთის ან ჭრილობის გზით	03.01, 03.02, 03.09, 80.50, 80.51, 80.53, 80.54, 80.59, 84.60-84.69, 84.80-84.85
NHSN-LTP	ღვიძლის ტრანსპლანტი	ღვიძლის ტრანსპლანტაცია	50.51, 50.59
NHSN-NECK	კისრის ოპერაცია	ხორხის ძირითადი ამოკვეთა ან ჭრილობა და კისრის რადიკალური დისექცია; არ მოიცავს ფარისებრი და პარათირეოიდულ ოპერაციებს.	30.1, 30.21, 30.22, 30.29, 30.3, 30.4, 31.45, 40.40-40.42
NHSN-NEPH	თირკმლის ოპერაცია	თირკმლის რეზექცია ან მანიპულირება დაკავშირებული სტრუქტურების ამოკვეთით ან მის გარეშე	55.01-55.02, 55.11, 55.12, 55.24, 55.31, 55.32, 55.34, 55.35, 55.39, 55.4, 55.51, 55.52, 55.54, 55.91
NHSN-OVRY	საკვერცხის ოპერაცია	ოპერაციები საკვერცხეზე და მასთან დაკავშირებულ სტრუქტურებზე	65.01, 65.09, 65.12, 65.13, 65.21, 65.25, 65.29, 65.31, 65.39, 65.41, 65.49, 65.51-65.54, 65.61-65.64, 65.71-65.76, 65.79, 65.81, 65.89, 65.92-65.95, 65.99
NHSN-PACE	კარდიოსტიმულატორის ჩადგმის ოპერაცია	კარდიოსტიმულატორის ჩადგმა, მანიპულირება ან შეცვლა	00.50-00.54, 17.51, 17.52, 37.70, 37.77, 37.79-37.83, 37.85-37.87, 37.89, 37.94-37.99
NHSN-PRST	პროსტატის ოპერაცია	პროსტატის სუპრაპუბური, რეტროპუბური, რადიკალური ან პერინეალური ამოკვეთა; არ მოიცავს პროსტატის ტრანსურეთრალურ რეზექციას.	60.12, 60.3, 60.4, 60.5, 60.61, 60.62, 60.69

NHSN კოდი	საოპერაციო პროცედურა	აღწერა	ICD-9-CM კოდები
NHSN-PVBY	პერიფერიული სისხლძარღვთა შემოვლითი ოპერაცია	შემოვლითი ოპერაციები პერიფერიულ არტერიებზე	39.29
NHSN-REC	სწორი ნაწლავის ოპერაცია	ოპერაციები სწორ ნაწლავზე	48.25, 48.35, 48.40, 48.42, 48.43, 48.49-48.52, 48.59, 48.61-48.65, 48.69, 48.74
NHSN-RFUSN	ხერხემლის რეფუზია	ხერხემლის რეფუზია	81.30-81.39
NHSN-SB	წვრილი ნაწლავის ოპერაცია	წვრილი ნაწლავის განკვეთა ან რეზექცია; არ მოიცავს წვრილიდან მსხვილ ნაწლავის ანასტომოზს.	45.01, 45.02, 45.15, 45.31-45.34, 45.51, 45.61-45.63, 45.91, 46.01, 46.02, 46.20-46.24, 46.31, 46.39, 46.41, 46.51, 46.71-46.74, 46.93
NHSN-SPLE	ელენტის ოპერაცია	ელენტის რეზექცია ან მანიპულირება	41.2, 41.33, 41.41-41.43, 41.5, 41.93, 41.95, 41.99
NHSN-THOR	გულმკერდის ოპერაცია	ექსტრაკარდიალური, ავასკულარული გულმკერდის ოპერაცია; მოიცავს პნევმონექტომიას და დიაფრაგმული ან ჰიატალური თიაქრის აღდგენას.	32.09, 32.1, 32.20, 32.21-32.23, 32.25, 32.26, 32.29, 32.30, 32.39, 32.41, 32.49, 32.50, 32.59, 32.6, 32.9, 33.0, 33.1, 33.20, 33.25, 33.28, 33.31-33.34, 33.39, 33.41 - 33.43, 33.48, 33.49, 33.98, 33.99, 34.01-34.03, 34.06, 34.1, 34.20, 34.26, 34.3, 34.4, 34.51, 34.52, 34.59, 34.6, 34.81-34.84, 34.89, 34.93, 34.99, 53.80-53.84
NHSN-THYR	ფარისებრი და/ან პარათირეოიდული ოპერაცია	ფარისებრი ჯირკვლის და/ან პარათირეოიდული ჯირკვლის რეზექცია ან მანიპულირება	06.02, 06.09, 06.12, 06.2, 06.31, 06.39, 06.4, 06.50-06.52, 06.6, 06.7, 06.81, 06.89, 06.91-06.95, 06.98, 06.99
NHSN-VHYS	ვაგინალური ჰისტერექტომია	ვაგინალური ჰისტერექტომია; მოიცავს ლაპაროსკოპიასაც	68.51, 68.59, 68.71, 68.79
NHSN-VSHN	პარკუჭოვანი შუნტი	პარკუჭოვანი შუნტის ოპერაციები, მათ შორის შუნტის შემოწმება და მოცილება	02.2, 02.31-02.35, 02.39, 02.42, 02.43, 54.95

NHSN კოდი	საოპერაციო პროცედურა	აღწერა	ICD-9-CM კოდები
NHSN-XLAP	კვლევითი ლაპაროტომია	პროცედურები, რომლებიც მოიცავს ჭრილს მუცლის კედელზე რათა შეღწევა იყო მუცლის ღრუ; დიაგნოსტიკური პროცედურა მუცლის არეში	53.71-53.72, 53.75, 54.0, 54.11, 54.12, 54.19, 54.3, 54.4, 54.51, 54.59, 54.61, 54.63, 54.64, 54.71-54.75, 54.92, 54.93

აღრიცხეთ NHSN-კოდები მაშინაც კი, თუ ჭრილობა არ არის მთლიანად დახურული პროცედურის ბოლოს

არა-NHSN ოპერაციის მაგალითები

- სამეანო პროცედურები: მშობიარობამდე/მშობიარობა (ერთი ან მეტი) ICD-9-CM 75.3 და 75.9.
- კბილის ექსტრაქცია: ICD-9-CM კოდი 23.1 ქირურგიული ამოღება.
- პროსტატის ტრანსურეთრალური რეზექცია
- აბსცესის გაჭრა და დრენირება მეორადი დახურვით
- ნებისმიერი დიაბეტური წინა ფეხის ამპუტაცია მეორადი განზრახვით შეხორცებით
- ნებისმიერი სხვა ოპერაცია, სადაც შეხორცება ხდება მეორადი განზრახვით
- ტონზილექტომია
- გარე ფიქსატორის/Olizarov-ის გამოყენება
- ექსტრავენტრიკულური დრენაჟი
- მიომის ჰისტეროსკოპიული ამოკვეთა: ჩანასახის ნარჩენი ქსოვილების ამოღება

წყაროები:

1. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals. Protocol version 4.3. Full scale survey and codebook. Stockholm: ECDC: 2012. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/en/healthcare-associated-infections-acute-care-hospitals/surveillance-disease-data/protocol>
2. Council of the European Union. Council Recommendation of 9 June 2009 on patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infections (2009/C 151/01). Available from: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2009:151:0001:0006:EN:PDF>
3. European Centre for Disease Prevention and Control. Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals, 2011–2012. Stockholm: ECDC; 2013. Available from: <http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/healthcare-associated-infections-antimicrobial-use-PPS.pdf>
4. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals – protocol version 5.3. Stockholm: ECDC: 2016. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/en/healthcare-associated-infections-acute-care-hospitals/surveillance-disease-data/protocol>
5. Zingg W, Holmes A, Dettenkofer M, Goetting T, Secci F, Clack L, Allegranzi B, Magiorakos AP, Pittet D; for the systematic review and evidence-based guidance on organization of hospital infection control programmes (SIGHT) study group. Hospital organisation, management, and structure for prevention of health-care-associated infection: a systematic review and expert consensus. Lancet Infect Dis. 2015 Feb;15(2):212-24
6. Pollack LA, Plachouras D, Sinkowitz-Cochran R, Gruhler H, Monnet DL, Weber JT; Transatlantic Taskforce on Antimicrobial Resistance (TATFAR) Expert Panel on Stewardship Structure and Process Indicators. A concise set of structure and process indicators to assess and compare antimicrobial stewardship programs among EU and US hospitals: results from a multinational expert panel. Infect Control Hosp Epidemiol. 2016 Jul 15:1-11.
7. Suetens C, Latour K, Kärki T, Ricchizzi E, Kinross P, Moro ML, Jans B, Hopkins S, Hansen S, Lyytikäinen O, Reilly J, Deptula A, Zingg W, Plachouras D, Monnet DL; The Healthcare-Associated Infections Prevalence Study Group. Prevalence of healthcare-associated infections, estimated incidence and composite antimicrobial resistance index in acute care hospitals and long-term care facilities: results from two European point prevalence surveys, 2016 to 2017. Euro Surveill. 2018 Nov;23(46).

8. Plachouras D, Kärki T, Hansen S, Hopkins S, Lyytikäinen O, Moro ML, Reilly J, Zarb P, Zingg W, Kinross P, Weist K, Monnet DL, Suetens C; The Point Prevalence Survey Study Group. Antimicrobial use in European acute care hospitals: results from the second point prevalence survey (PPS) of healthcare-associated infections and antimicrobial use, 2016 to 2017. *Euro Surveill.* 2018 Nov;23(46).
9. World Health Organization (WHO). Guidelines on core components of IPC programmes¹ at the acute health care facility level. WHO 2016. Available from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/251730>
10. World Health Organization (WHO). Infection prevention and control assessment framework at the facility level. WHO: 2018. Available from <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.9>
11. WHO, Regional Office for Europe. European database on human and technical resources for health (HlthRes-DB). Available from <http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/databases/european-database-on-human-and-technical-resources-for-health-hlthres-db>
12. Eurostat – Health care facilities. Hospital beds by financing sector. Available from: http://ec.europa.eu/eurostat/cache/metadata/Annexes/hlth_res_esms_an10.pdf
13. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). OECD Health Statistics 2014. Definitions, Sources and Methods. Available from <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>
14. WHO. Infection prevention and control during health care when coronavirus disease (COVID-19) is suspected or confirmed. Interim Guidance. 12 July 2021. Available from <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-IPC-2021.1>
15. ECDC. Surveillance definitions for COVID-19. Source of infection. Available from <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/surveillance/surveillance-definitions>
16. European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing (EUCAST). New definitions of S, I and R from 2019. Available from <https://www.eucast.org/newsiandr/#:~:text=I%20%2D%20Susceptible%2C%20increased%20exposure%3A,at%20the%20site%20of%20infection.>
17. HELICS surveillance of SSI protocol, version 9.1, September 2004.
18. HELICS Surveillance of Nosocomial Infections in Intensive Care Units protocol, version 6.1, September 2004.
19. Kuijper EJ, Coignard B, Tüll P, the ESCMID Study Group for *Clostridium difficile* (ESGCD), EU Member States and the European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Emergence of *Clostridium difficile*-associated disease in North America and Europe. *Clin Microbiol Infect* 2006;12 (Suppl 6):2-18

20. Neo-KISS. Protokoll. December 2009. Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen. Available from <http://www.nrz-hygiene.de/dwnld/NEOKISSProtokoll221209.pdf>
21. Geffers C, Baerwolff S, Schwab F, Gastmeier P. Incidence of healthcare-associated infections in high-risk neonates: results from the German surveillance system for very-low-birthweight infants. *J Hosp Infect.* 2008 Mar;68(3):214-21.
22. ECDC. Case definition for coronavirus disease 2019 (COVID-19), as of 3 December 2020. Available from <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/surveillance/case-definition>
23. CDC/NHSN surveillance definition of healthcare-associated infection and criteria for specific types of infections in the acute-care setting, *AM J Infect Control* 2008; 36: 309-32.
24. Hansen S, Sohr D, Geffers C, Astagneau P, Blacky A, Koller W, Morales I, Moro ML, Palomar M, Szilagy E, Suetens C, Gastmeier P. Concordance between European and US case definitions of healthcare-associated infections. *Antimicrob Resist Infect Control.* 2012 Aug 2;1(1):28. doi: 10.1186/2047-2994-1-28.