

Formular H1 – Krankenhausdaten

Krankenhaus-ID []

Erhebungsdatum: von / / bis: / /
tt/ mm / yyyy tt/ mm / yyyy

Krankenhausgrösse (totale Bettenzahl)
 Anzahl Akutbetten
 Anzahl Intensivpflege-Betten

Wurden Stationen von der Erhebung ausgeschlossen?
 Nein Ja, Ausschluss von folgenden Stationen:

Bettenzahl der teilnehmenden Stationen:
 Zahl der Patienten in der Erhebung:

Versorgungstyp
 Primär Sekundär Tertiär
 Spezialklinik: _____

Krankenhausträger:
 Öffentlich Privat, nicht profitorientiert
 Privat, profitorientiert Andere/Unbekannt

Das Krankenhaus ist Teil eines Verbundes (KHV):
 Nein Ja → *Verbund*: _____ KHV-ID

Daten beziehen sich auf : Krankenhaus KHV
 KHV-Versorgungstyp: Prim Sek Tert Spez
 Anzahl Betten im KHV
 Anzahl Akutbetten im KHV

| | Anzahl | Jahr | Inc./ Total (1) |
|--|--------|------|--------------------|
| Aufnahmen/Entlassungen pro Jahr | | | Inc Tot |
| Anzahl Patiententage pro Jahr | | | |
| Händedesinfektionsmittelverbrauch (Liter/Jahr) | | | Inc Tot |
| Anzahl Händehygienebeobachtungen pro Jahr | | | Inc Tot |
| Anzahl Blutkultur-Sets pro Jahr | | | Inc Tot |
| Anzahl Stuhluntersuchungen auf <i>C. difficile</i> | | | Inc Tot |
| Vollzeitstellen Hygienefachkräfte | | | |
| Vollzeitstellen Hygieniker (Arzt/Mikrobiologe) | | | Inc Tot |
| Vollzeitstellen „Antimicrobial Stewardship“ | | | |
| Vollzeitstellen Pflegefachkräfte | | | |
| Vollzeitstellen Pflegeassistenten | | | Inc Tot |
| Vollzeitstellen Intensivpflegefachkräfte | | | |
| Vollzeitstellen Intensivpflegeassistenten | | | |
| Isolationszimmer für luftübertragene Keime | | | |

Formular H2 – Krankenhausdaten

Krankenhaus-ID [_____]

Erhebungsdatum: von ___ / ___ / ____ bis: ___ / ___ / ____
 tt/ mm / yyyy tt/ mm / yyyy

Programm zur Infektionsprävention und –Kontrolle (IPK):

Gibt es einen jährlichen IPK-Plan, bewilligt durch die Geschäftsleitung des Krankenhauses? Ja Nein

Gibt es einen jährlichen von der Geschäftsleitung genehmigten IPK-Bericht? Ja Nein

Teilnahme an Surveillance-Netzwerken:

An welchen Surveillance-Netzwerken nahm ihr Krankenhaus im letzten Jahr teil? (*alle zutreffenden markieren*)

SSI IPS CDI Antibiotikaresistenzen
 Antibiotikaverbrauch Keinem Andere:

Mikrobiologie/Verfügbarkeit:

Kann das Klinikpersonal am Wochenende routinemässig mikrobiologische Tests in Auftrag geben und erhält routinemässig Ergebnisse?

Klinische Untersuchungen: Samstag Sonntag
 Screenings (z.B. MRSA): Samstag Sonntag

SSI: Postoperative Wundinfektionen; IPS: Intensivpflegestation (nosokomiale Infektionen in der IPS); CDI: *Clostridium difficile* Infektionen.

Welche der folgenden Programme zur Infektionsprävention sind in ihrem Krankenhaus etabliert? (J = Ja; N = Nein; U = Unklar)

| | Guideline | Evidenzbasierte Prävention-Massnahmen | Training | Checkliste | Audit | Surveillance | Feedback |
|--------------------------------------|-----------|---------------------------------------|----------|------------|-------|--------------|----------|
| Intensivpflegestation | | | | | | | |
| Pneumonie | | | | | | | |
| Sepsis | | | | | | | |
| Harnwegsinfektionen | | | | | | | |
| Antibiotikagebrauch | | | | | | | |
| Gesamtspital/Andere Stationen | | | | | | | |
| Pneumonie | | | | | | | |
| Sepsis | | | | | | | |
| Postoperative Wundinfektionen | | | | | | | |
| Harnwegsinfektionen | | | | | | | |
| Antibiotikagebrauch | | | | | | | |

Evidenzbasierte Präventionsmassnahmen: 3-5 Evidenzbasierte Massnahmen zur Prävention nosokomialer Infektionen; Training: Training und/oder Schulung; Checkliste: selbsterstellt (kein Audit); Audit: Prüfung von Kompetenzen durch eine Team-externe Person

Formular H3 – Krankenhausdaten

Krankenhaus-ID [_____]

Erhebungsdatum: von ___ / ___ / ___ bis: ___ / ___ / ___
 tt/ mm / yyyy tt/ mm / yyyy

Optional: Stations-Messgrößen auf Gesamtkrankenhaus erhoben:

| | Anzahl | Inc/Total ¹ |
|---|--------|------------------------|
| Anzahl der Betten mit Händedesinfektionsmittelspendern im unmittelbaren Patientenpflegebereich | | |
| Anzahl der Betten, die auf Vorhandensein von Händedesinfektionsmittelspendern untersucht wurden | | |
| Anzahl Patientenzimmer im Krankenhaus | | |
| Anzahl der Einzel-Patientenzimmer im Krankenhaus | | |
| Anzahl der Einzel-Patientenzimmer mit eigener Toilette und Dusche | | |
| Anzahl der belegten Betten um 00:01 eines Stichtages im Erhebungszeitraum (Dienstag bis Freitag) | | |
| Anzahl der um 00:01 eines Stichtages im Erhebungszeitraum (Dienstag bis Freitag) auf Belegung untersuchten Betten | | |

Trägt das medizinische Personal (MedP) in Ihrem Krankenhaus Fläschchen mit Händedesinfektionsmittel auf sich?

Nein Ja, 0-25% des MedP Ja, 25-50% des MedP Ja, 50-75% des MedP Ja, >75% des MedP Ja, Prozentsatz nicht einschätzbar

Gibt es in Ihrem Krankenhaus einen formale Prozess, die Angemessenheit einer antimikrobiellen Therapie innerhalb von 72 Stunden nach Einleitung zu überprüfen?

Nein Ja, auf allen Stationen Ja, auf ausgewählten Stationen Ja, nur auf Intensivpflegestation

¹Inc = Daten nur für eingeschlossene Stationen gesammelt (empfohlen); Tot = Daten für das gesamte Krankenhaus (falls alle Stationen eingeschlossen werden, also Inc = tot: bitte „Inc“ markieren)

Formular S – Stationsdaten

Erhebungsdatum¹: / / Krankenhaus-ID [] Stations-ID []
tt / mm / yyyy

Fachrichtung der Station² PED NEO ICU MED SUR G/O GER PSY RHB LTC OTH MIX

Anzahl Patienten auf Station³ []

Gibt es ein formales (schriftlich festgehaltenes) Procedere auf Abteilung, die Antibiotikatherapie nach 72 Stunden zu evaluieren? Ja Nein

| | Anzahl | Jahr ⁴ |
|--|--------|-------------------|
| Anzahl Patiententage pro Jahr auf Station | | |
| Händedesinfektionsmittelverbrauch (Liter/Jahr) auf Station | | |
| Anzahl Händehygienebeobachtungen pro Jahr auf Station | | |
| Anzahl Betten auf Station | | |
| Anzahl Betten mit Händedesinfektionsmittel (-Spender) im unmittelbaren Pflegebereich | | |
| Anzahl medizinischer Fachkräfte auf Station am Erhebungstag | | |
| Anzahl medizinischer Fachkräfte auf Station mit eigenem Händedesinfektionsmittel | | |
| Anzahl Zimmer auf Station | | |
| Anzahl Einzelzimmer auf Station | | |
| Anzahl Einzelzimmer mit eigener Toilette/Dusche auf Station | | |
| Anzahl der belegten Betten auf Station um 00:01 des Erhebungstages | | |

¹Die Erhebung pro Station sollte an einem einzigen Tag durchgeführt werden; ²Hauptfachrichtung der Station: $\geq 80\%$ der Patienten gehören zu dieser Fachrichtung, ansonsten „MIX“ (gemischt) angeben; ³Anzahl Patienten, die vor 08:00 des Erhebungstages auf Station eingetreten sind und diese zum Zeitpunkt der Erhebung nicht verlassen; ⁴Jahr: jüngstes Jahr, für welches die Daten erhältlich sind.

swissnosc 

Nationales Zentrum
für Infektionsprävention

Formular P – Patientendaten

Krankenhaus-ID [] Stations-ID []

Erhebungsdatum: __ / __ / 20__ (tt/mm/yyyy)

Patienten-ID []

Alter in Jahren: [] Jahre; Alter < 2 Jahre: [] Monate

Geschlecht: M W

Datum der Krankenhausaufnahme: __ / __ / ____

Fachrichtung des Patienten []

Operativer Eingriff seit Krankenhausaufnahme:

Nein Minimal invasiver Eingriff /Non-NHSN Unklar

NHSN-Eingriff → []

McCabe score:

Kein fataler Ausgang Fataler Ausgang innerhalb von 5 Jahren

Fataler Ausgang innerhalb von 12 Monaten Unklar

Neugeborenes, Geburtsgewicht: [] Gramm

Kinder <16 Jahre: Gewicht [] Grösse []

Zentraler Gefässkatheter: No Yes Unk

Peripherer Gefässkatheter: No Yes Unk

Urinkatheter: No Yes Unk

Beatmung (intubiert): No Yes Unk

Patient erhält Antibiotika (1): No Yes

Aktive Healthcare-assoziierte Infektion(2): No Yes

(1) Zum Zeitpunkt der Erhebung, Ausnahme chirurgische Antibiotikaprophylaxe 24h vor 08:00 am Erhebungstag – falls ja, Daten zur Antibiotikaverwendung ausfüllen; wenn > 3 Antibiotika verabreicht werden, bitte einen zusätzlichen Bogen anfügen; (2) [Infektionsbeginn ≥ Tag 3 ODER Kriterien zur postoperativen Wundinfektion erfüllt (Operation innerhalb der letzten 30/90 Tage) ODER Entlassung aus Akutkrankenhaus < 48h (und Wiedereintritt) ODER C. difficile Infektion und Entlassung aus Akutkrankenhaus < 28 Tagen] UND [Kriterien zur Healthcare-assoziierte Infektion am Erhebungstag erfüllt ODER Patient am Erhebungstag unter Behandlung für eine Healthcare-assoziierte Infektion (Kriterien zur Healthcare-assoziierte Infektion zuvor erfüllt)] – Falls ja, Daten zur Healthcare-assoziierte Infektion ausfüllen; wenn > 2 Healthcare-assoziierte Infektionen bitte einen zusätzlichen Bogen anfügen.

| Antibiotikum (AB) (Substanz) | Route | Indikation | Diagnose | Indikation dokumentiert | Datum Beginn AB | Änderung der AB (+ Grund) | Falls Änderung: Datum Beginn 1. AB | Tagesdosis | | |
|---------------------------------|-------|------------|----------|-------------------------|-----------------|---------------------------|------------------------------------|--------------|--------------|---------|
| | | | | | | | | Anzahl Gaben | Einzel-dosis | mg/g/IU |
| | | | | | / / | | / / | | | |
| | | | | | / / | | / / | | | |
| | | | | | / / | | / / | | | |

Route: P: parenteral, O: oral, R: rektal, I: inhalativ; Indikation: Ambulant erworbene Infektion (CI), in Langzeitpflege erworbene Infektion (LI) in Akutpflege erworbene Infektion (HI) infection; Chirurgische Prophylaxe: SP1: Einzeldosis, SP2: während 1 Tag, SP3: > 1 Tag; MP: Medizinische Prophylaxe; O: andere Indikation; UI: Indikation unklar; **Diagnose:** siehe Liste, nur für CI-LI-HI; **Indikation** (in der Krankengeschichte) **dokumentiert:** Ja/Nein; **Änderung der AB (+ Grund):** N = Kein Wechsel; E = Eskalation; D = De-Eskalation; S = Wechsel IV zu oral; A = Nebenwirkungen; OU = Anderer/unbekannter Grund; U = Unklar ob geändert; **Fall Änderung: Datum Beginn 1. AB** bezieht sich auf das 1. AB für die vorliegende Indikation; **Tagesdosis:** z.B. 3 x 1 g; g = Gramm, mg = Milligramm, IU = Internationale Einheiten, MU = Million Einheiten

| | HAI 1 | HAI 2 | | | | |
|---|---|---|-----|---------|--------------|-----|
| HAI Code | | | | | | |
| Relevantes Device (3) | <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar | <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar | | | | |
| HAI bei Aufnahme | <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> Nein | | | | |
| Infektionsbeginn (4) | / / (tt/mm/yyyy) | / / (tt/mm/yyyy) | | | | |
| Falls HAI bei Aufnahme, Hospitalisierung im Zusammenhang mit HAI | <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> Nein? | <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> Nein? | | | | |
| Infektionsquelle | <input type="checkbox"/> Gegenwärtiges Krankenhaus <input type="checkbox"/> Anderes Krankenhaus <input type="checkbox"/> Unklar | <input type="checkbox"/> Gegenwärtiges Krankenhaus <input type="checkbox"/> Anderes Krankenhaus <input type="checkbox"/> Unklar | | | | |
| HAI ist mit dieser Station assoziiert | <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar | <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar | | | | |
| Bei BSI: Quelle (5) | | | | | | |
| | MO code | AB-Resistenz | PDR | MO code | AB-Resistenz | PDR |
| | | AB (6) SIR | | | AB (6) SIR | |
| Mikroorganismus 1 | | | | | | |
| Mikroorganismus 2 | | | | | | |
| Mikroorganismus 3 | | | | | | |

(3) Relevante Anwendung von medizinischen "Devices" vor Infektionsbeginn (Tubus für PN1-PN5, ZVK/PVK für Sepsis [BSI, NEO-LCBI, NEO-CNSB], Harnwegskatheter für UTI-A und UTI-B); (4) Nur falls bei Krankenhausaufnahme nicht präsent; (5) C-CVC, C-PVC, S-PUL, S-UTI, S-DIG, S-SSI, S-SST, S-OTH, UO, UNK; (6) AB: S. aureus: OXA+ GLY; Enterococcus sp.: GLY; Enterobacteriaceae: G2C; G2D; P. aeruginosa und Acinetobacter: G2D; G2E; empfindlich; Multi-medika. Resistent