

院内感染対策サーベイランス 集中治療室(ICU)部門 サーベイランスシート

A 患者基本情報(感染症の有無にかかわらず、熱傷以外のすべての患者で入力)

* 入室時間は同一患者が同一日に入退室を繰り返した場合は入力必須となります

ID 番号	_____
入室日時	_____年____月____日 * _____時____分
退室日	_____年____月____日
<input type="checkbox"/> 熱傷患者ではない(熱傷患者はサーベイランスの対象となりません)	

B 感染症の判定基準(いずれも入室 48 時間以降、退室時までが対象)

1 人工呼吸器関連肺炎(非侵襲的人工呼吸は含まず)

基準1	胸部 X 線写真で新たな、もしくは進行性の浸潤影または異常陰影が存在する。
基準2	以下の条件を1つ以上満たす。 <input type="checkbox"/> 他の原因では説明できない 38℃を超える発熱が認められる。 <input type="checkbox"/> 他の原因では説明できない白血球数の増加(12000/mm ³ 以上)または減少(4000/mm ³ 未満)のいずれかが認められる。 <input type="checkbox"/> 膿性痰の出現または痰の性状の変化、痰の量の増加のいずれかが認められる。
基準3	以下の条件を1つ以上満たす。 <input type="checkbox"/> 気管内吸引もしくは気管支肺胞洗浄、生検などで採取された検体から起炎菌が検出される。 <input type="checkbox"/> 血液培養から病原体が検出され、なおかつ検出された病原体は他の感染巣と関連がない。 <input type="checkbox"/> 気管内吸引もしくは気管支肺胞洗浄、生検などで採取された検体からウイルスが分離されるか、ウイルス抗原などが検出される。 <input type="checkbox"/> 病原体に対する抗体価上昇が認められる(シングル血清で IgM 高値、もしくはペア血清で IgG が 4 倍以上に上昇)。

基準1から基準3について

- 該当しない/1~2つのみ該当
(すべて該当した場合のみ人工呼吸器関連肺炎と判断)
- いずれにも該当する

診断日	_____月____日
起炎菌	_____
(薬剤感受性結果も必要です)	

2 カテーテル関連血流感染症(末梢静脈カテーテル等も含む)

基準1	1 回以上の血液培養で病原体が検出され、なおかつ検出された病原体はカテーテル以外の感染巣と関連がない。
基準2	以下の2つの条件をすべて満たす。 <input type="checkbox"/> 38℃を超える発熱、悪寒、低血圧のいずれかが認められる。 <input type="checkbox"/> 一般の皮膚汚染菌(コアグラージェ陰性ブドウ球菌、バチルス属、プロピオン酸菌属、マイクロコッカス属等)が異なる機会に採取された2回以上の血液培養から検出される。

基準1または基準2のいずれかに

- 該当しない
- 該当する

診断日	_____月____日
起炎菌	_____
(薬剤感受性結果も必要です)	

3 尿路感染症

基準1	他の感染症では説明できない 38℃を超える発熱が認められる。
基準2	以下の条件を1つ以上満たす。 <input type="checkbox"/> 尿定量培養で 10 ⁵ /cm ³ 以上の細菌が検出される。 <input type="checkbox"/> 膿尿(尿沈渣で1視野に10個以上の白血球)が認められる。 <input type="checkbox"/> 非遠沈尿のグラム染色で細菌が認められる。 <input type="checkbox"/> 尿検査用の試験紙で、白血球エステラーゼもしくは亜硝酸塩が陽性となる。

基準1と基準2について

- 該当しない/1つのみ該当
(両方とも該当した場合のみ尿路感染症と判断)
- いずれにも該当する

診断日	_____月____日
起炎菌	_____
(薬剤感受性結果も必要です)	