##### Algemene cliëntengegevens

|  |  |
| --- | --- |
| SNIV-studienummer: ……………………………. | Specialisme op dag van registratie: |
| Geslacht: man / vrouw | O Somatiek |
| Geboortejaar: \_ \_ \_ \_ | O Revalidatie |
| Registratiedatum (dd/mm/jjjj): \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_ | O Psychogeriatrie |
| Verblijfskatheter: urethra / suprapubisch / geen | O Eerste lijns verblijf |
| Wond en/of decubitus: wond / decubitus / geen |  |

**Dragerschap**

Is de cliënt bewezen drager van een BRMO? (kweek in verleden positief, nog niet negatief verklaard)

* Nee
* Ja, meerdere antwoorden mogelijk: 🞎 MRSA 🞎 ESBL 🞎 CPE 🞎 VRE 🞎 anders, namelijk \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Antimicrobiële middelen**

Gebruik deze cliënt antimicrobiële middelen (antibiotica / antimycotica)?

* Nee
* Ja, vul tabel in:

| **Soort antibioticum (ATC-code: indien digitaal)** | **Reden** | **Eind- / beoordelingsdatum** |
| --- | --- | --- |
| 1.Naam: ATC-code: | O profylaxeO (zorg)infectie | O NeeO Ja |
| 2. Naam:ATC-code: | O profylaxeO (zorg)infectie | O NeeO Ja |
| 3. Naam:ATC-code: | O profylaxeO (zorg)infectie | O NeeO Ja |
| 4. Naam:ATC-code: | O profylaxeO (zorg)infectie | O NeeO Ja |

#### Zorginfecties

Heeft deze cliënt een zorginfectie op de dag van registratie (volgens de gehanteerde definities)?

* Nee, u bent klaar.
* Ja, vul tabel in:

| **Soort infectie****(meerdere antwoorden mogelijk)** | **Microbieel onderzoek?** | **Verwekkers (optioneel)** |
| --- | --- | --- |
| * Lage luchtweginfectie
 | O JaO Nee | 1.2. |
| * Urineweginfectie, zo ja:
 | O JaO Nee | 1.2. |
| * *Katheter gerelateerd? (verblijfskatheter afgelopen 7 dagen)* O *Ja* O *Nee*
 |
| * *Zo ja, is eind- of beoordelingsdatum voor verblijfskatheter bekend?* O *Ja* O *Nee*
 |
| * *Indien kathetergebruik, wat is de indicatie? ………………………………………………………*
 |
| * Gastro-intestinale infectie
 | O JaO Nee | 1.2. |
| * Huidinfectie, zo ja welke:
 | O JaO Nee | 1.2. |
| * Cellulitis / weke delen infectie / wondinfectie
* Herpes simplex of herpes zoster
* Schimmel infectie
 |