



کد فرم: ALZ-RM- 113
تاریخ بازنگری: ۹۵/۰۹/۰۱
تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۰۹/۰۱



فرم گزارش عفونت های بیمارستانی

نام و نام خانوادگی بیمار: _____
شماره پرونده بیمارستانی: _____
بیماری زمینه ای: _____
بخش: _____
تاریخ: _____
وزن بیمار: _____
محل چسباندن لیبل بیمار

نوع عفونت: ادراری ☐ خونی ☐ جراحی ☐ پنومونی ☐

ارسال کشت: بلی ☐ خیر ☐

تب: _____

تغییر زخم جراحی به نفع عفونت: _____

شروع آنتی بیوتیک جدید: _____

تغییر آنتی بیوتیک: _____

نظریه پزشک مبنی بر عفونت های بیمارستانی: _____

مهر و امضاء مسئول بخش