**Εργαλείο συλλογής δεδομένων – Φόρμα καταγραφής ΜΥΚΗΤΑΙΜΙΑΣ από *C. auris***

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Νοσηλευτικό ίδρυμα:  |
| 2. | Στοιχεία επικοινωνίας ιατρού που αναφέρει το περιστατικό (ονοματεπώνυμο και τηλέφωνο επικοινωνίας):Υπογραφή: |
| 3. | AMKA ασθενούς: |
| 4. | Φύλο: ⬜ Άρρεν  ⬜ Θήλυ | Περιοχή μόνιμης κατοικίας κατά το τελευταίο έτος: | Ιστορικό ταξιδιού κατά το τελευταίο έτος πριν την πρώτη θετική καλλιέργεια στην Ελλάδα: ⬜ Ναι ⬜ ΌχιΠροσδιορίστε:Ιστορικό ταξιδιού κατά το τελευταίο έτος πριν την πρώτη θετική καλλιέργεια στο εξωτερικό: ⬜ Ναι ⬜ ΌχιΠροσδιορίστε: |
| 5. | Ημερομηνία εισαγωγής: ….../…../……. (ΜΜ/MM/ΕΕ) | Λόγος εισαγωγής:  |
| 6. | Εισαγωγή σε ΜΕΘ: ⬜ Ναι ⬜ Όχι | Ημ. Εισαγωγής στη ΜΕΘ: ….../…../……. (ΜΜ/MM/ΕΕ) |
| 7. | Ιστορικό νησηλείας στην Ελλάδα τους τελευταίους 6 μήνες: ⬜ Ναι ⬜ Όχι  | Νοσοκομείο και κλινική προηγούμενης νοσηλείας:  | Διάρκεια προηγούμενης νοσηλείας (ημέρες): |
| 8. | Ιστορικό νησηλείας στο εξωτερικό τους τελευταίους 6 μήνες: ⬜ Ναι ⬜ Όχι  | Νοσοκομείο και κλινική προηγούμενης νοσηλείας: | Διάρκεια προηγούμενης νοσηλείας (ημέρες): |
| 9. | Ημ. πρώτης θετικής καλλιέργειας: ….../…../……. (ΜΜ/MM/ΕΕ)Είδος δείγματος:Κλινική λήψης δείγματος:Προηγούμενη φορεία από *C. auris;* ⬜ Ναι ⬜ Όχι | Ύπαρξη επιδημιολογικής σύνδεσης: ⬜ Ναι ⬜ Όχι Έγινε έλεγχος αποικισμού κατά την εισαγωγή; ⬜ Ναι ⬜ Όχι Αν ναι, ήταν θετικό για *C. auris;* ⬜ Ναι ⬜ Όχι |
| 10. | Είδος παρεμβατικής συσκευής: ⬜ Διασωλήνωση⬜ Αναπνευστήρας⬜ Ουροκαθετήρας⬜ Ενδοαγγειακός καθετήρας | Αριθμός ημερών χρήσης καθετήρα, ανά είδος καθετήρα:Διασωλήνωση: …………………………. ημέρες (συνολικά)Αναπνευστήρας: ..…………………….…. ημέρες (συνολικά)Ουροκαθετήρας: ..……………….….…. ημέρες (συνολικά)Ενδοαγγειακός καθετήρας: ..……….. ημέρες (συνολικά) |
| 11. | Είδος μυκηταιμίας: ⬜ Πρωτοπαθής ⬜ Δευτεροπαθής ⬜ CLABSI  |
| 12. | Ιστορικό λήψης αντιμικροβιακής θεραπείας κατά το τελευταίο 6μηνο: ⬜ Ναι ⬜ Όχι  | Ιστορικό λήψης αντιμυκητικής θεραπείας κατά το τελευταίο 6μηνο: ⬜ Ναι ⬜ Όχι  |
| 13. | Συλλοίμωξη από άλλα παθογόνα: ⬜ Ναι ⬜ Όχι  | Παθογόνο: |
| 14. | Υποκείμενα νοσήματα: ⬜ ΣΔ ⬜ Παχυσαρκία ⬜ Νεοπλασία ⬜ Νευρολογικό νόσημα ⬜ Καρδιαγγειακή ανεπάρκεια ⬜ Νεφρική ανεπάρκεια⬜ Πνευμονοπάθεια ⬜ Αυτοάνοσο νόσημα ⬜ Ανοσοκαταστολή ⬜ Άλλο:……………………………………….. |
| 15. | Λήψη αντιμικροβιακής θεραπείας κατά τη νοσηλεία: ⬜ Ναι ⬜ Όχι  | Λήψη αντιμυκητικής θεραπείας κατά τη νοσηλεία: ⬜ Ναι ⬜ Όχι  |
| 16. | Έλεγχος αντιμυκητικής αντοχής: ⬜ Ναι ⬜ Όχι  | Αναφερόμενη αντοχή: |
| 17. | Έκβαση στις 28 μέρες από την πρώτη θετική καλλιέργεια: ⬜ Εξιτήριο ⬜ Θάνατος ⬜ Παραμονή ⬜ ΔιακομιδήΗμ. εξιτηρίου: .../.../….(ΜΜ/MM/ΕΕ) Ημ. θανάτου: .../../…(ΜΜ/MM/ΕΕ) Ημ. διακομιδής: .../../…(ΜΜ/MM/ΕΕ) |

**Διευκρινήσεις για το εργαλείο συλλογής δεδομένων – Φόρμα καταγραφής**

1. Προσδιορίστε το όνομα του νοσηλευτικού ιδρύματος.

2. Παρακαλούμε προσδιορίστε το ΑMKA του ασθενούς.

4. Παρακαλούμε δηλώστε φύλο, περιοχή μόνιμης κατοικίας κατά το τελευταίο έτος, και αν υπήρχε ιστορικό ταξιδιού εντός 12 μηνών πριν τη πρώτη θετική καλλιέργεια εντός ή εκτός Ελλάδας και διευκρινήστε.

5. Παρακαλούμε δηλώστε την ημερομηνία εισαγωγής (μέρα – μήνας – έτος), και το λόγο εισαγωγής στο νοσοκομείο.

6. Παρακαλούμε δηλώστε αν ο ασθενής εισήχθη σε ΜΕΘ και την ημερομηνία εισαγωγή στη ΜΕΘ (μέρα – μήνας – έτος).

7. Παρακαλούμε δηλώστε αν υπάρχει ιστορικό προηγούμενης νοσηλείας πριν την παρούσα νοσηλεία (εντός 6 μηνών) στην Ελλάδα, και διευκρινήστε τη δομή,την κλινική και τη διάρκεια (σε ημέρες) της προηγούμενης νοσηλείας.

8. Παρακαλούμε δηλώστε αν υπάρχει ιστορικό προηγούμενης νοσηλείας πριν την παρούσα νοσηλεία (εντός 6 μηνών) στο εξωτερικό, και διευκρινήστε τη δομή,την κλινική και τη διάρκεια (σε ημέρες) της προηγούμενης νοσηλείας.

9. Παρακαλούμε δηλώστε την ημερομηνία πρώτης θετικής καλλιέργειας (μέρα – μήνας – έτος), το δείγμα στο οποίο αναφέρεται, και την κλινική όπου έγινε η λήψη του δείγματος. Δηλώστε αν έγινε έλεγχος φορείας κατά την εισαγωγή και αν υπάρχει ή όχι επιδημιολογική σύνδεση. Η ημερομηνία πρώτης θετικής καλλιέργειας πρέπει να παραπέμπει στην ημερομηνία δειγματοληψίας που έδωσε την θετική καλλιέργεια.

**10. Παρακαλούμε δηλώστε το είδος παρεμβατικής συσκευής και τον αριθμό ημερών χρήσης ανά είδος παρεμβατικής συσκευής. Ως διασωλήνωση ορίζεται η παρουσία ενδοτραχειακού σωλήνα χωρίς τη σύνδεση σε συσκευή μηχανικής υποστήριξης αναπνοής. Ως αναπνευστήρας ορίζεται η παρουσία ενδοτραχειακού σωλήνα με σύνδεση σε συσκευή μηχανικής υποστήριξης αναπνοής.**

**11. Παρακαλούμε δηλώστε το είδος μυκηταιμίας. Ως πρωτοπαθής ορίζεται η μυκηταιμία που δεν σχετίζεται με αποδεδειγμένη απομακρυσμένη λοίμωξη. Ως δευτεροπαθής ορίζεται η μυκηταιμία που αποδεδειγμένα σχετίζεται με λοίμωξη με τον ίδιο παθογόνο σε άλλο σημείο του σώματος. Ως CLABSI ορίζεται η μυκηταιμία που αποδεδειγμένα σχετίζεται με χρήση κεντρικού ενδοαγγειακό καθετήρα.**

12. Παρακαλούμε δηλώστε αν υπάρχει ιστορικό αντιμικροβιακής και αντιμυκητικής θεραπείας κατά το τελευταίο 6μηνο πριν τη θετική καλλιέργεια.

13. Παρακαλούμε δηλώστε αν υπάρχει συλλοίμωξη από άλλα παθογόνα κατά τη διάρκεια της παρούσας νοσηλείας και ποια.

14. Παρακαλούμε δηλώστε τυχόν υποκείμενα νοσήματα.

15. Παρακαλούμε δηλώστε αν ο ασθενής λαμβάνει κατά την παρούσα νοσηλεία αντιμικροβιακή ή αντιμυκητική αγωγή.

16. Παρακαλούμε δηλώστε αν έγινε έλεγχος αντιμυκητικής αντοχής και δηλώστε την αναφερόμενη αντοχή.

17. Παρακαλούμε δηλώστε την έκβαση στις 28 μέρες από την πρώτη θετική καλλιέργεια *C. auris.* Αν δόθηκε εξιτήριο, δηλώστε την ημερομηνία εξιτηρίου. Αν η έκβαση είναι θάνατος, δηλώστε την ημερομηνία θανάτου (μέρα – μήνας – έτος). Αν η έκβαση είναι διακομιδή, δηλώστε την ημερομηνία διακομιδής (μέρα – μήνας – έτος).