****编码[YZFY/BD/GKK-07-A/0]

**多重耐药菌感染病例报告卡**

**一、病人基本信息**

所在科室： 患者姓名： 性别： 年龄： 床号：

病历号： 入院诊断：

入院时间： 出院时间：

多重耐药菌感染时间： 感染部位： 感染类别：

**二、病原学送检信息**

标本种类： 送检时间： 病原菌检出时间：

标本种类： 送检时间： 病原菌检出时间：

标本种类： 送检时间： 病原菌检出时间：

**三、抗菌药物使用情况：**（请填写与本次感染相关抗菌药物）

联合用药：□一联□二联□三联

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 药品名称 | 用药开始时间 | 用药结束时间 | 剂量 | 医生 | 给药途径 | 目的 | 医嘱类型 | 药品分类 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**四、在ICU治疗：** □是 □否

**五、侵入性操作：** **感染是否与侵入性操作有关：** □有 □无

**六、开立接触隔离医嘱时间：**

**七、采取接触隔离措施时间：**

**八、解除接触隔离措施时间：**

医生工号： 填报人： 填报日期：