SPITALUL CLINIC MUNICIPAL DE URGENȚĂ TIMIȘOARA
ANMCS unitate aflată în PROCES DE ACREDITARE

SPITALUL CLINIC MUNICIPAL DE URGENȚĂ TIMIȘOARA
Număr Operator de date cu caracter personal - 37058
Str. Hector Nr. 2A,Timișoara, Timiș – RO,300041
Tel : 0256/200048, 0256/221553, Fax: 0256/200046
http://www.spitalul-municipal-timisoara.ro
E-mail: secretariat@smtm.ro Cod fiscal: 4483447

ISO 9001
ISO 14001
ISO 45001
UKAS MANAGEMENT SYSTEMS 043
IAF

33/20.10.2021

PROCEDURĂ OPERATIONALA DOCUMENTATĂ PRIVIND SUPRAVEGHEREA, PREVENIREA SI LIMITAREA INFECTIILOR ASOCIATE ASISTENTEI MEDICALE (IAAM)

COD : SCMUT- SPIAAM PO NR. 08

Ediția III Revizia 0

ORDIN 600/2018

Nr crt	Elemente privind responsabilii/operațiunea	Numele și prenumele	Funcția	Data	Semnătura
	1	2	3	4	5
1.	**ELABORAT**	**DR. ONET DELIA**	**MEDIC SEF SPIAAM**	11.10.2021	[redacted]
2.	**VERIFICAT**	**DR. DEMA SORIN**	**DIRECTOR MEDICAL**	13.10.2021	[redacted]
3.	**AVIZAT JURIDIC**	**CJ. FODOR ADELINE**	**CONSILIER JURIDIC**	20.10.2021	[redacted]
4.	**AVIZAT**	**DR. DEMA SORIN**	**PREȘEDINTE CM**	20.10.2021	[redacted]
5.	**APROBAT**	**Ș.L. DR. MALIȚA DANIEL**	**MANAGER**	21.10.2021	[redacted]

Document controlat SMCSS

Prezenta procedură a fost adoptată în cadrul ședinței Comisiei de monitorizare din data de 20.10.2021 (P.V. nr. 10 din 20.10.2021).

Prezentul document este proprietatea Spitalului Clinic Municipal de Urgență Timișoara și nu poate fi reprodus, în totalitate sau în parte, decât cu acordul scris al instituției. Orice referire la acest document trebuie făcută cu indicarea sursei și cu menținerea în context a informațiilor.

CUPRINS

PAGINA DE GARDĂ.....1

CUPRINS.....2

1. Scop.....3
2. Domeniu de aplicare.....3
3. Documente de referință.....3
4. Definiții și abrevieri.....6
5. Descrierea activității sau procesului.....9
6. Responsabilități.....20
7. Formular de evidență a modificarilor.....30
8. Formular de analiză a procedurii.....31
9. Formular de distribuire/difuzare.....33
10. Anexe, inclusiv diagrama de proces.....35

1. SCOP

Prezenta procedură oferă o unitate de practică în ceea ce privește supravegherea, prevenirea si limitarea infectiilor asociate asistentei medicale (IAAM), având la bază Decizia UE 945 din 2018.

1.1. Riscuri

Prezenta procedură are ca scop reducerea incidenței IAAM, a costului acestora, eliminarea/reducerea unor riscuri trecute în Registrul de riscuri:

- producerea de IAAM,
- afectarea stării de sănătate a pacienților,
- producerea de EAAAM,
- producerea unor accidente de muncă / boli profesionale.

2. DOMENIU DE APLICARE

Prezenta procedura se aplica in toate structurile medicale și nemedicale (secții, compartimente, laboratoare, ambulatoriu, bloc alimentar, etc) care asigura servicii medicale pacientilor.

În spital, activitatea de supraveghere, prevenire și limitare a IAAM face parte din obligațiile profesionale ale întregului personal. Se are în vedere:

- determinarea incidenței IAAM pe baza definițiilor de caz;
- determinarea tendinței evoluției precum și modificările caracteristicilor IAAM;
- identificarea factorilor de risc;
- promovarea actiunilor/programelor de prevenire și control;
- evaluarea activităților/programelor de prevenire și control.

3. DOCUMENTE DE REFERINȚĂ

3.1. Reglementări internaționale

- Decizia de punere în aplicare (UE) 2018/945 a Comisiei din 22 iunie 2018 privind bolile transmisibile și problemele de sănătate speciale conexe care trebuie să facă obiectul supravegherii epidemiologice, precum și definițiile de caz relevante;

3.2. Legislație primara

- Legea nr. 185/2017 privind asigurarea calității în sistemul de sănătate, prevede la art.1, alin. (4): "Actele normative adoptate de ANMCS sunt obligatorii pentru toate unitățile sanitare care doresc să se acrediteze, în condițiile legii".
- Legea nr. 3/2021 privind prevenirea, diagnosticarea si tratamentul infecțiilor asociate asistenței medicale în unitățile medicale si centrele rezidentiale pentru persoane adulte aflate in dificultate din Romania

3.3. Legislație secundară

- Ordin MS nr. 1101/2016 privind aprobarea Normelor de supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale în unitățile sanitare,
- Ordin MS nr. 1761/2021 pentru aprobarea Normelor tehnice privind curatarea, dezinfectia si sterilizarea in unitatile sanitare publice si private, evaluarea eficacitatii procedurilor de curatenie si dezinfectie efectuate in cadrul acestora, procedurile recomandate pentru

dezinfectia mainilor in functie de nivelul de risc, precum si metodele de evaluare a derularii procesului de sterilizare si controlul eficientei acestuia;

- Ordin MS nr. 119/2014 pentru aprobarea Normelor de igiena şi sănătate publică privind mediul de viață al populației;
- Ordin MS nr. 914/2006 privind aprobarea normelor privind condițiile pe care trebuie să le îndeplinească un spital în vederea obținerii autorizației sanitare de funcționare
- Ordin MS nr. 883 din 16.08.2005 privind aprobarea Metodologiei de alertă precoce şi răspuns rapid în domeniul bolilor transmsibile
- Ordinul preşedintelui ANMCS nr. 8/18.01.2018 privind aprobarea instrumentelor de lucru utilizate de către Autoritatea Naţională de Management al Calităţii în Sănătate în cadrul celui de al II-lea Ciclu de acreditare a spitalelor, cu modificările şi completările ulterioare prevede în speță:
    - Cerinţă 01.08.02.13 - Personalul expus la risc este instruit periodic cu privire la respectarea măsurilor de prevenire a riscurilor, specific fiecărei activități.
        - Indicator 01.08.02.13.01 - Personalul medical este instruit periodic cu privire la riscul de contaminare profesională. (LV 09)
    - Cerinţă 02.10.01.01 - Spitalul a stabilit structurile funcţionale cu atribuţii în implementarea şi monitorizarea bunelor practici de utilizare a antibioticelor.
        - Indicator 02.10.01.01.04 - La nivelul spitalului există planificarea activităţilor pentru supravegherea, prevenirea şi limitarea IAAM. (LV 09)
    - Cerinţă 02.11.01.01 - Managementul spitalului adoptă măsuri pentru constituirea structurilor implicate în prevenirea infecţiilor asociate asistenţei medicale
        - Indicator 02.11.01.01.01 - Există decizie de constituire a Comitetului de prevenire a infecţiilor asociate asistenţei medicale. (LV 09)
        - Indicator 02.11.01.01.02 - Responsabil al politicii de utilizare a antibioticelor este desemnat un medic specialist boli infecţioase. (LV 09)
        - Indicator 02.11.01.01.04 - La nivelul spitalului există "Harta punctelor şi segmentelor de risc", cu identificarea zonelor şi a practicilor medicale cu risc infecţios (riscuri structurale şi funcţionale). (LV 09)
        - Indicator 02.11.01.01.06 - Planul anual de activitate pentru supravegherea, prevenirea şi limitarea infecţiilor asociate asistenţei medicale este aprobat. (LV 09)
    - Cerinţă 02.11.01.02 - Managementul spitalului asigură condiţiile de implementare a prevederilor planului anual de activitate pentru supravegherea, prevenirea şi limitarea infecţiilor asociate asistenţei medicale.
        - Indicator 02.11.01.02.02 - La nivelul SSPLIAAM/CSPLIAAM există fundamentarea nevoii de biocide şi materiale necesare de prevenire a IAAM. (LV 09)
        - Indicator 02.11.01.02.03 - Cantitățile de biocide şi materiale necesare prevenirii IAAM sunt stabilite de către Comisia de biocide şi materiale sanitare cu participarea SSPLIAAM/CSPLIAAM. (LV 09)
    - Cerinţă 02.11.01.03 - Activitatea de supraveghere, prevenţie şi limitare a infecţiilor asociate asistenţei medicale şi a bolilor transmisibile este organizată şi coordonată până la nivelul fiecărei structuri.

- Indicator 02.11.01.03.01 - Este înființat registrul de monitorizare a infecţiilor asociate asistenţei medicale. (LV 09)
- Indicator 02.11.01.03.06 - În RI sunt prevăzute sancțiunile pentru nerespectarea procedurilor şi protocoalelor de prevenire şi limitare a IAAM. (LV 03)
- Indicator 02.11.01.03.07 - La nivelul spitalului este reglementat modul de verificare a stării de portaj pentru personal. (LV 09)
- Indicator 02.11.01.03.09 - Comitetul de prevenire a infecţiilor asociate asistenţei medicale analizează lunar toate cazurile de IAAM cu microorganisme multirezistente. (LV 09)
- Indicator 02.11.01.03.10 - Comitetul de prevenire a infecţiilor asociate asistenţei medicale are analiză semestrială a respectării procedurilor şi protocoalelor de prevenire şi limitare a IAAM. (LV 09)
- Indicator 02.11.01.03.12 - Programul de îmbunătățire a igienei mâinilor, implementat de spital, prevede planul de acțiune, responsabilii, indicatorii şi resursele necesare îndeplinirii acestuia. (LV 09)
- Indicator 02.11.01.03.13 - Programul de îmbunătățire a igienei mâinilor, implementat de spital, prevede instruirea personalului în funcție de specificul activității acestuia. (LV 09)
- Indicator 02.11.01.03.14 - Programul de îmbunătățire a igienei mâinilor, implementat de spital, este evaluat şi analizat periodic. (LV 09)

- Cerinţă 02.11.04.01 - Structurile medicale (secţii/compartimente, laboratoare, farmacie etc.) identifică, evaluează şi tratează riscul infecţios al activităţilor de asistenţă medicală.
  - Indicator 02.11.04.01.02 - Semnalarea cazurilor posibile/probabile/confirmate cu IAAM (conform Deciziei UE 945 din 2018) către SSPILAAM/CSPLIAAM este reglementată. (LV 22, LV 33, LV 34)
  - Indicator 02.11.04.01.06 - SSPILAAM/CSPLIAAM are evidenţa centralizată a pacienţilor colonizaţi/infectaţi cu microorganisme multidrog rezistente. (LV 09)
  - Indicator 02.11.04.01.07 - La nivelul SSPLIAAM/CSPLIAAM există analize ale cazurilor suspectate de IAAM. (LV 09)
- Cerinţă 02.11.04.02 - Medicii curanţi identifică pacienţii cu risc infecţios şi adoptă măsuri pentru limitarea acestuia.
  - Indicator 02.11.04.02.01 - Există chestionar completat pentru fiecare pacient referitor la internările recente şi/sau tratamentele cu antimicrobiene, pentru identificarea probabilităţii de fi colonizat/infectat cu microorganisme multidrogrezistente. (LV 28)
  - Indicator 02.11.04.02.02 - În FO/documente medicale este consemnat statusul de purtător sănătos/colonizat/infectat cu germeni cu risc epidemiologic (microorganisme multidrogrezistente) în momentul transferului pacientului dintr-o secţie în alta sau în altă unitate sanitară. (LV 28)
  - Indicator 02.11.04.02.03 - Riscul epidemiologic al pacienţilor este consemnat în FO/documentele medicale de către medicul specialist epidemiolog sau infecţionist, după caz. (LV 28)

- Indicator 02.11.04.02.04 - Medicul epidemiolog consemnează în FO recomandările privind măsurile de limitare a riscului infecţios în cazul pacienţilor colonizaţi/infectaţi cu microorganisme multidrog rezistente. (LV 28)

- Cerinţă 02.11.04.04 - SSPLIAAM/CSPLIAAM supraveghează respectarea regulilor de igienă a mâinilor.
  - Indicator 02.11.04.04.03 - Instrucţiunile de spălare şi dezinfecţie a mâinilor sunt afişate vizibil la fiecare lavoar sau dozator pentru dezinfectarea mâinilor. (LV 14, LV 23, LV 31, LV 32, LV 35, LV 38, LV 53, LV 56, LV 57, LV 64)
  - Indicator 02.11.04.04.04 - La nivelul SSPLIAAM/CSPLIAAM este planificată verificarea microbiologică a apei sterile pentru spălarea chirurgicală. (LV 09)
  - Indicator 02.11.04.04.05 - Lavoarele au modalitate de închidere-deschidere a robinetului care să prevină contaminarea mâinilor după spălare (ex.: închiderea robinetului cu hârtia sau celulă fotoelectrică). (LV 14, LV 22, LV 32, LV 35, LV 38, LV 53, LV 56, LV 57, LV 64)
- Cerinţă 02.11.04.05 - Spitalul respectă metodologiile naţionale de supraveghere a bolilor transmisibile cu potenţialnosocomial
  - Indicator 02.11.04.05.01 - La nivelul spitalul există Metodologia de identificare şi raportare a bolilor transmisibile cu potenţial nosocomial pentru personal (LV 09)
  - Indicator 02.11.04.05.02 - Personalul medico-sanitar este informat şi atenţionat asupra potenţialului evolutiv şi a riscului nosocomial al bolilor transmisibile aflate în supraveghere epidemiologică (LV 09, LV 27)
- Cerinţă 02.11.04.06 - Spitalul gestionează riscul infecţios al personalului
  - Indicator 02.11.04.06.01 - La nivelul SSPLIAAM/CSPLIAAM există evidenţa purtătorilor sănătoşi de Staphylococcus aureus, pe secţii şi categorii profesionale. (LV 09)

3.4. Legislatie tertiara (alte documente, inclusiv reglementari interne ale SCMUT)

- Plan anual de supraveghere, prevenire si limitare a infectiilor asociate asistentei medicale al SCMUT ;
- Ghiduri, Metodologii de supraveghere elaborate de catre INSP - CNSCBT;
- Evidenta circulatiei microorganismelor patogene - emitent : LAM
- Harta punctelor si segmentelor de risc pt. IAAM - emitent : SPIAAM
- Regulamentul intern al Spitalului Clinic Municipal de Urgenta Timisoara.
- Fişa postului.

4. DEFINIŢII ŞI ABREVIERI

4.1. Definiţii ale termenilor

4.2. Abrevieri

Nr. crt.	Termenul	Definiţia şi/sau dacă este cazul, actul care defineşte termenul
	4.1. DEFINIŢII:	
1.	Activităţi de control	Politici şi proceduri stabilite să identifice/abordeze riscurile şi să

		indeplineasca obiectivele entitatii. Procedurile pe care o entitate le aplică pentru tratarea riscului sunt denumite activitati de control intern. Activitatile de control intern sunt un raspuns la risc în sensul ca sunt proiectate să contina nesiguranta rezultatelor ce au fost identificate.
2.	Activitate procedurală	Proces major sau activitate semnificativa pentru care se pot stabili reguli şi modalitati de lucru, general valabile, în vederea indeplinirii, în conditii de regularitate, eficacitate, economicitate şi eficienta a obiectivelor compartimentului şi/sau entitatii publice.
3.	Contaminare	Prezenţa unui agent infecţios sau toxic infecţios pe suprafaţa corpului uman sau animal, în sau pe un produs pentru consum, sau pe obiecte , incluzând mijloace de transport (avion, vas, tren, autovehicul sau alt mijloc de transport), care poate constitui un risc pentru sănătatea publică
4.	Atribuţie	Un ansamblu de sarcini de acelaşi tip, necesare pentru realizarea unei anumite activităţi sau unei părţi a acesteia, care se execută periodic sau continuu şi care implică cunoştinţe specializate pentru realizarea unui obiectiv specific.
5.	Cluster	Grupare de cazuri într-o comunitate, apărute într-o unitate de timp specifică
6.	Control intern/ managerial	Ansamblul formelor de control exercitate la nivelul entităţii publice, inclusiv auditul intern, stabilite de conducere în concordanţă cu obiectivele acesteia şi cu reglementările legale, în vederea asigurării administrării fondurilor în mod economic, eficient şi eficace; acesta include, de asemenea, structurile organizatorice, metodele şi procedurile.
7.	Decontaminarea	Procesul de neutralizare/indepartare a unor substante periculoase sau radioactive, inclusiv a incarcaturii microbiene de pe un obiect, o suprafata sau persoana; etapa importanta in dezinfectie si sterilizare.
8.	Diagrama de proces	Schemă logică cu forme grafice care reprezintă etapele şi paşii realizării unui proces sau unei activităţi.
9.	Ediţie procedură	Forma iniţială sau actualizată, după caz, a unei proceduri, aprobată şi difuzată.
10.	Eficacitate	Gradul de îndeplinire a obiectivelor programate pentru fiecare dîntre activităţi şi raportul dîntre efectul proiectat şi rezultatul efectiv al activităţii respective.
11.	Eficienţă	Maximizarea rezultatelor unei activităţi în relaţie cu resursele utilizate.
12.	Evaluare	Funcţie managerială care constă în compararea rezultatelor cu obiectivele, depistarea cauzalî a principalelor abateri (pozitive şi negative) în vederea luării unor măsuri cu caracter corectiv sau preventiv.
13.	Fişa postului	Document care defineste locul şi contributia postului în atingerea

		obiectivelor individuale şi organizationale, caracteristic atat individului, cat şi entitatii şi care precizeaza sarcinile şi responsabilitatile care ii revin titularului unui post; în general, fisa postului cuprinde: informatii generale privind postul (denumirea postului, nivelul postului, scopul principal al postului), conditiile specifice pentru ocuparea postului (studiile de specialitate, perfectionari, cunostinte de operare/programare pe calculator, limbi straine, abilitati, calitati şi aptitudini necesare, cerinte specifice, competenta manageriala), sarcinile/atributiile postului, sfera relationala
14.	Infecția asociata asistenței medicale (IAAM)	Este infecția contractată în unități sanitare cu paturi (de stat şi private), care se referă la orice boală infecțioasă ce poate fi recunoscută clinic şi/ sau microbiologic şi pentru care există dovada epidemiologică a contractării în timpul spitalizarii/actului medical sau manevrelor medicale, care afectează fie bolnavul - datorită îngrijirilor medicale primite, fie personalul sanitar - datorită activității sale şi este legată prin incubație de perioada asistării medicale în unitatea respectivă, indiferent dacă simptomele bolii apar sau nu apar pe perioada spitalizării.
15.	Măsuri de control	Stabilirea unor acţiuni în vederea monitorizării şi verificării permanente sau periodice a unei activităţi, a unei situaţii ş.a., pentru a evidenţia progresele şi pentru a asigura îmbunătăţirea activităţii.
16.	Monitorizare	Activitatea continuă de colectare a informaţiilor relevante despre modul de desfăşurare a procesului sau a activităţii.
17.	Planificare	Ansamblul proceselor de muncă prin care se stabilesc principalele obiective ale organizaţiei şi ale componentelor sale, resursele şi mijloacele necesare realizării obiectivelor.
18.	Prag de alertă	Număr de cazuri de boală sau suspiciune, sau decese, sau creşteri ale incidenţei care determină aplicare imediată de măsuri de control, de aceeaşi origine
19.	Risc	O problemă (situaţie, eveniment etc.) care nu a apărut încă, dar care poate apărea în viitor, caz în care obţinerea rezultatelor prealabil fixate este ameninţată sau potenţată. În prima situaţie, riscul reprezintă o ameninţare, iar în cea de-a doua, riscul reprezintă o oportunitate. Riscul reprezintă incertitudinea în obţinerea rezultatelor dorite şi trebuie privit ca o combinaţie între probabilitate şi impact.
20.	Risc pentru sănătatea publică	Probabilitatea unui eveniment care poate afecta sănătatea grupurilor populaţionale umane, cu accent pe cel care se poate răspândi internaţional sau care poate prezenta un pericol serios şi direct
21.	Supraveghere	Sistematica şi continua colectare, agregare şi analiză a datelor

		pentru scopuri de sănătate publică şi diseminarea în timp real a informaţiilor de sănătate publică pentru evaluare şi răspuns de sănătate publică, dacă este necesar
22.	Trasabilitatea	Istoricul unui proces de la iniţierea până la finalizarea acestuia. Aceasta este o caracteristică de bază a sistemului de asigurare a calităţii.
4.2. ABREVIERI:		
1.	ANMCS	Autoritatea Naţională de Management al Calităţii în Sănătate
2.	CM	Comisia de Monitorizare
3.	CNSCBT	Centrul National de Supraveghere si Control al Bolilor Transmisibile
4.	DSP	Directia de Sanatate Publica
5.	FOCG	Foaie de Observatie Clinică Generala
6.	EAAAM	Eveniment Advers Asociat Asistenţei Medicale
7.	IAAM	Infectii Asociate Asistentei Medicale
8.	INSP	Institutul National de Sanatate Publica
9.	LAM	Laborator Analize Medicale
10.	MS	Ministerul Sanatatii
11.	PO	Procedura Operationala
12.	SCMUT	Spitalul Clinic Municipal de Urgenţă Timişoara
13.	SMCSS	Serviciul de Management al Calităţii Serviciilor de Sanatate
14.	SPIAAM	Serviciul de Prevenire a Infectiilor Asociate Asistentei Medicale
15.	UE	Uniunea Europeana
16.	VAP	Pneumonie Asociată Ventilaţiei Mecanice

5. DESCRIEREA ACTIVITĂŢII SAU PROCESULUI

5.1. Descrierea procedurii

5.1.1. Date generale

IAAM este infecţia contractată în unităţi sanitare cu paturi (de stat şi private), care se referă la orice boală infecţioasă ce poate fi recunoscută clinic şi/sau microbiologic şi pentru care există dovada epidemiologică a contractării în timpul spitalizării/actului medical sau manevrelor medicale, care afectează fie bolnavul - datorită îngrijirilor medicale primite, fie personalul sanitar - datorită activităţii sale şi este legată prin incubaţie de perioada asistării medicale în unitatea respectivă, indiferent dacă simptomele bolii apar sau nu apar pe perioada spitalizării.

În această categorie se pot încadra şi cele apărute la personalul medical în urma îngrijirilor acordate, dar şi la personalul nemedical (voluntari, vizitatori, personal tehnic care lucrează în unităţi medicale).

Conform prevederilor Ordinului MS nr. 1101/2016, supravegherea, prevenirea şi limitarea infecţiilor asociate asistenţei medicale (IAAM) de către orice unitate sanitară sunt obligatorii. În toate unităţile sanitare activitatea de supraveghere, prevenire şi limitare a IAAM face parte din obligaţiile profesionale ale personalului şi va fi înscrisă în Fişa postului fiecărui salariat.

Clasificarea definiţiilor de caz (Anexa 5) se bazează pe combinarea criteriilor clinice cu rezultatele de laborator sau alte teste paraclinice. Sunt luate în considerare şi informaţiile obţinute

prin observarea directă în timpul intervențiilor chirurgicale, a altor proceduri medicale, precum și diagnosticul clinicianului, urmat de instituirea antibioterapiei.

Fiecare caz de IAAM trebuie dovedit că se datorează spitalizării sau îngrijirilor medico-sanitare ambulatorii în unități sanitare și care nu era în incubație sau în faza de debut/evoluție clinică în momentul internării/actului medical/manevrei medicale.

5.1.2. Modul de lucru

Obiectivele supravegherii sunt:

- Creșterea interesului personalului medical pentru depistarea, declararea și, în final, reducerea infecțiilor;
- Cunoașterea prevalenței și descrierea distribuției infecțiilor pe secții și tipuri de infecție, precum și monitorizarea tendințelor;
- Identificarea secțiilor care necesită programe de prevenire intensive și susținute, precum și evaluarea impactului implementării programelor preventive.

Rata IAAM este un indicator al calității și siguranței pacientului. Dezvoltarea sistemelor de supraveghere pentru monitorizarea ratei IAAM este esențială, aceasta fiind metoda cea mai eficientă de a identifica riscurile și deci de a scădea rata IAAM din spital.

Metodele de supraveghere sunt:

a) Supravegherea pasivă: aceasta este cea mai simpla metoda de supraveghere si implica simpla raportare a cazurilor de infectii depistate pe baza definitiilor de caz de catre personalul unitatii sanitare si de catre laboratorul de microbiologie. Datele obtinute sunt destul de limitate si nu permit analiza variatiilor intre sectii si a factorilor de risc, acestea nefiind un sistem suficient de sensibil.

b) Supraveghere activă: acesta trebuie sa fie efectuata periodic in unitatea sanitara, cu predilectie in sectiile identificate in harta riscurilor ca avand risc crescut, de către personalul SPIAAM prin:
   - Verificarea activa a foilor de observatie, pe esantion randomizat.
   - Monitorizarea zilnica a rezultatelor bacteriologice si analiza acestora cu scopul depistarii active a infectiilor.

c) Studiile de prevalență de moment/perioadă prin care pot fi identificate infectiile aparute la pacientii internati la un anumit moment/intr-o perioada de timp definita in unitatea sanitara sau intr-o sectie selectata (prevalenta de moment/perioada). O echipa pregatita in acest sens verifica toate foile de observatie ale pacientilor internati, intervieveaza personalul, viziteaza pacientii, colecteaza datele clinice si de laborator, precum si factorii de risc (expunere la anumite manevre invazive). Datele sunt analizate pe baza definitiilor de caz si permit calcularea ratei de prevalenta. O astfel de activitate poate constitui temă și obiectiv al unor misiuni de audit clinic intern și/sau extern. Rata de prevalenta este dependenta de durata spitalizarii si durata infectiei. In acelasi timp se poate determina daca infectia este inca prezenta la data efectuarii studiului.

În scopul prevenirii IAAM, conform prevederilor OMS nr. 1101/2016, anexa 1, capitolul I, art. 1, litera a, la nivelul spitalului se înființează *Comitetul de prevenire a infecțiilor asociate asistenței*

medicale, condus de medicul sef SPIAAM[1]. Atribuţiile *Comitetul de prevenire a infecţiilor asociate asistenţei medicale* sunt prevăzute în Regulamentul de Organizare şi Funcţionare al spitalului şi conform acestuia analizează respectarea procedurilor şi protocoalelor de prevenire şi limitarea IAAM [2], cazurile de IAAM cu microorganisme multirezistente [3] şi stabileşte măsurile necesare.

Pentru pentru prevenirea producerii de IAAM, la nivelul spitalului se înfiinţează *Comisia de biocide şi materiale sanitare*, coordonată de Directorul de ingrijiri medicale, care stabileşte cantităţile de biocide şi materiale necesare prevenirii IAAM[4] (biocide, materiale de curăţenie, echipamente de protecţie, materiale sanitare, recipiente pentru colectarea deşeurilor periculoase infecţioase), în funcţie de fundamentarea nevoii de biocide şi materiale sanitare[5] întocmită de SPIAAM. Caracteristicile şi cantităţile articolelor (biocide şi materiale) necesare prevenirii IAAM sunt stabilite de către SPIAAM în conformitate cu legislaţia incidentă în vigoare, nivelului de competenţă al spitalului, situaţia epidemiologică existentă. Caracteristicile sunt prevăzute în caietul de sarcini al fiecărui articol necesar a fi achiziţionat. Pentru întocmirea necesarului de biocide şi materiale necesare procesului de prevenire a IAAM se ţine cont de următoarele aspecte:

- Cantităţile de biocide şi materiale necesar a fi utilizate de personalul medical, medico-sanitar, auxiliar sanitar şi administrativ în curăţarea şi antisepsia mîinilor, în funcţie de specificul medical/nemedical al structurilor unde îşi desfăşoară activitatea şi raportate la numărul de personal încadrat.
- Cantităţile de biocide şi materiale necesare asigurării curăţeniei şi dezinfecţiei zilnice a suprafeţelor din structurile medicale ale spitalului, în funcţie de nivelul de risc infecţios şi raportate la mărimea suprafeţelor.
- Cantităţile de biocide şi materiale necesare asigurării curăţeniei şi dezinfecţiei zilnice a suprafeţelor din structurile nemedicale ale spitalului, raportate la mărimea suprafeţelor.
- Cantităţile de biocide şi materiale necesare asigurării curăţeniei şi dezinfecţiei terminale a suprafeţelor din structurile medicale ale spitalului (secţii, laboratoare, bloc operator), în funcţie de nivelul de risc infecţios şi raportate la mărimea suprafeţelor.
- Cantităţile de biocide şi materiale necesare dezinfecţiei de nivel înalt al dispozitivelor medicale ce nu pot fi sterilizate prin metode fizico-chimice, raportat la istoricul de intervenţii şi numărul dispozitivelor.

Activitatea de prevenire a IAAM este prevăzută în *Planul anual de activitate pentru supravegherea, prevenirea şi limitarea infecţiilor asociate asistenţei medicale,* care este prezentat în Consiliul medical, aprobat de către managerul spitalului şi diseminat către angajaţii spitalului[6]. Acesta cuprinde planificarea activităţilor pentru supravegherea, prevenirea şi limitarea IAAM[7],

---

[1] *Indicator 02.11.01.01.01 – Există decizie de constituire a Comitetului de prevenire a infecţiilor asociate asistenţei medicale. (LV 09)*

[2] *Indicator 02.11.01.03.10 - Comitetul de prevenire a infecţiilor asociate asistenţei medicale are analiză semestrială a respectării procedurilor şi protocoalelor de prevenire şi limitare a IAAM. (LV 09)*

[3] *Indicator 02.11.01.03.09 - Comitetul de prevenire a infecţiilor asociate asistenţei medicale analizează lunar toate cazurile de IAAM cu microorganisme multirezistente. (LV 09)*

[4] *Indicator 02.11.01.02.03 - Cantităţile de biocide şi materiale necesare prevenirii IAAM sunt stabilite de către Comisia de biocide şi materiale sanitare cu participarea SSPLIAAM/CSPLIAAM. (LV 09)*

[5] *Indicator 02.11.01.02.02 - La nivelul SSPLIAAM/CSPLIAAM există fundamentarea nevoii de biocide şi materiale necesare de prevenire a IAAM. (LV 09)*

[6] *Indicator 02.11.01.01.06 – Planul anual de activitate pentru supravegherea, prevenirea şi limitarea infecţiilor asociate asistenţei medicale este aprobat. (LV 09)*

[7] *Indicator 02.10.01.01.04 - La nivelul spitalului există planificarea activităţilor pentru supravegherea, prevenirea şi limitarea IAAM. (LV 09)*

inclusiv planificarea instruirilor efectuate de SPIAAM cu privire la riscul de contaminare profesională[8].

În vederea prevenirii prevenirii apariției IAAM este obligatoriu ca fiecare pacient internat în regim de internare continuă să fie evaluat referitor la istoricul de internări recente și/sau tratamente cu antimicrobiene, pentru identificarea probabilității de fi colonizat/infectat cu microorganisme multidrogrezistente, prin aplicarea Scorului Carmeli[9]. Se recomandă a fi utilizat scorul Carmeli pentru identificarea pacienților cu risc potențial de a dezvolta infecții asociate asistenței medicale în contextul în care se asociază și statusul de persoane colonizate. Dacă Scorul Carmeli este 3 este necesar ca medicul curant/ medicul de gardă să apeleze la specialistul infecționist sau epidemiolog pentru evaluarea și consemnarea riscului epidemiologic în formularul *"Evaluarea riscului epidemiologic al pacienților cu scor Carmeli 3 și recomandări terapeutice"* care este anexat FO/documentelor medicale[10] (Anexa 8)

În situația identificării la internare și/sau pe parcursul internării a portajului cu organisme multidrogrezistente medicul curat/ medicul de gardă apelează la medicul epidemiolog în vederea consemnării în FO a recomandărilor privind măsurile de limitare a riscului infecțios în cazul pacienților colonizați/infectați cu microorganisme multidrogrezistente. Recomandările medicului epidemiolog sunt consemnate în formularul *"Măsuri recomandate in vederea limitarii riscului infecțios în cazul pacienților colonizați/ infectați cu microorganisme multidrogrezistente"*[11]. (Anexa 9)

În momentul transferului pacientului dintr-o secție în alta sau în altă unitate sanitară medicul curant/ medicul de gardă are obligația de a consemna în FO/documente medicale statusul de purtător sănătos/colonizat/infectat cu germeni cu risc epidemiologic (microorganisme multidrogrezistente)[12].

La nivelul spitalul trebuie să fie definită și implementată, de către SPIAAM, *Metodologia de identificare și raportare a bolilor transmisibile cu potențial nosocomial pentru personalul medico-sanitar*[13]. Totodată SPIAAM are obligația de a informa și atenționa personalul din spital asupra potențialului evolutiv și a riscului nosocomial al bolilor transmisibile aflate în supraveghere epidemiologică[14].

Verificarea stării de portaj a personalului din spital se face conform prevederilor PS *Modul de verificare a stării de portaj pentru pesonal.* La nivelul SPIAAM trebuie să existe evidența purtătorilor sănătoși de Staphylococcus aureus, pe secții și categorii profesionale[15].

---

[8] *Indicator 01.08.02.13.01 - Personalul medical este instruit periodic cu privire la riscul de contaminare profesională (LV 09)*

9Indicator 02.11.04.02.01 – Există chestionar completat pentru fiecare pacient referitor la internările recente și/sau tratamentele cu antimicrobiene, pentru identificarea probabilității de fi colonizat/infectat cu microorganisme multidrogrezistente. (LV 28

10Indicator 02.11.04.02.03 – Riscul epidemiologic al pacienților este consemnat în FO/documentele medicale de către medicul specialist epidemiolog sau infecționist, după caz. (LV 28),

11 Indicator 02.11.04.02.04 – Medicul epidemiolog consemnează în FO recomandările privind măsurile de limitare a riscului infecțios în cazul pacienţilorcolonizaţi/infectaţi cu microorganisme multidrog rezistente. (LV 28)

12 Indicator 02.11.04.02.02 - În FO/documente medicale este consemnat statusul de purtător sănătos/colonizat/infectat cu germeni cu risc epidemiologic (microorganisme multidrogrezistente) în momentul transferului pacientului dintr-o secție în alta sau în altă unitate sanitară. (LV 28)

[13] *Indicator 02.11.04.05.01 - La nivelul spitalul există Metodologia de identificare și raportare a bolilor transmisibile cu potențial nosocomial pentru personal (LV 09)*

[14] *Indicator 02.11.04.05.02 - Personalul medico-sanitar este informat și atenționat asupra potențialului evolutiv și a riscului nosocomial al bolilor transmisibile aflate în supraveghere epidemiologică (LV 09, LV 27)*

[15] *Indicator 02.11.04.06.01 - La nivelul SSPLIAAM/CSPLIAAM există evidența purtătorilor sănătoși de Staphylococcus aureus, pe secții și categorii profesionale. (LV 09).*

I. LIMITAREA IAAM

Clasificarea cazurilor de IAAM conform Deciziei 2018/945/UE:

Cazurile de IAAM sunt clasificate astfel: „posibil", „probabil" şi „confirmat". Perioadele de incubaţie pentru boli sunt menţionate în informaţiile suplimentare, pentru a facilita evaluarea legăturii epidemiologice:

- Caz posibil: înseamnă un caz clasificat ca posibil în scopul raportării. De obicei este un caz care îndeplineşte criteriile clinice, astfel cum sunt descrise în definiţia de caz, fără să existe dovezi epidemiologice sau de laborator pentru boala în cauză. Definirea unui caz ca posibil comportă sensibilitate mare şi specificitate mică. Ea permite depistarea majorităţii cazurilor, însă în această categorie vor fi incluse câteva cazuri fals pozitive.
- Caz probabil: înseamna un caz clasificat ca probabil în scopul raportării. De obicei este un caz care îndeplineşte criteriile clinice şi are o legatură epidemiologică, astfel cum sunt descrise în definiţia de caz. Testele de laborator pentru cazurile probabile sunt specificate numai pentru anumite boli.
- Caz confirmat: înseamnă un caz clasificat ca fiind confirmat în scopul raportării. Cazurile confirmate sunt confirmate prin teste de laborator şi pot sau nu să îndeplinească criteriile clinice, astfel cum sunt descrise în definiţia de caz. Definirea unui caz ca fiind confirmat comportă specificitate mare şi sensibilitate redusă; prin urmare, majoritatea cazurilor înregistrate vor fi cazuri reale, deşi unele nu vor fi identificate.

Cazurile confirmate se încadrează în una dintre cele trei subcategorii menţionate mai jos. Ele sunt alocate uneia dintre respectivele subcategorii în cursul analizei datelor utilizându-se variabilele colectate în contextul culegerii informaţiilor cu privire la caz.

1. Caz confirmat prin teste de laborator care îndeplineşte criteriile clinice - cazul îndeplineşte criteriile de laborator pentru confirmarea cazului şi criteriile clinice incluse în definiţia de caz.
2. Caz confirmat prin teste de laborator cu criterii clinice necunoscute - cazul îndeplineşte criteriile de laborator pentru confirmarea cazului, dar nu exista nicio informaţie disponibilă privind criteriile clinice (de exemplu, doar raportul de la laborator).
3. Caz confirmat prin teste de laborator care nu îndeplinesşte criteriile clinice - cazul îndeplineşte criteriile de laborator pentru confirmarea cazului, dar nu îndeplineşte criteriile clinice din definiţia de caz sau este asimptomatic.

Criteriile clinice pentru anumite boli nu surprind faptul că multe cazuri sunt asimptomatice (de exemplu, hepatitele A, B, C, infecţia cu Campylobacter, salmoneloza), deşi aceste cazuri pot să prezinte importanţă din perspectiva sănătăţii publice la nivel naţional.

Majoritatea IAAM bacteriene devin evidente după 48 h de la internare.

Este considerata IAAM infecţia dobândită în spital, dar care devine evidentă clinic după externarea pacientului.

Nu sunt considerate IAAM:

- Complicaţiile sau extinderea unor infecţii deja prezente la internare, în lipsa implicării unui nou agent patogen sau a dezvoltării unei simptomatologii ce sugerează o noua infecţie;
- Colonizarea cu microorganisme a tegumentelor, mucoaselor, excreţiilor şi secreţiilor, fără a cauza manifestări clinice;

- Inflamația consecutivă lezarii țesuturilor sau a implicării agenților noninfecțiosi – chimici.

O infecție nosocomială asociată spitalizării actuale este definită ca o infecție care corespunde uneia dintre definițiile de caz

ȘI

- debutul simptomelor a fost în ziua 3 sau mai târziu (data internării = ziua 1) a spitalizării actuale

SAU

- pacientul a fost supus unei intervenții chirurgicale în ziua 1 sau ziua 2 și prezintă simptome de infecție la locul intervenției chirurgicale înainte de ziua 3

SAU

- un dispozitiv invaziv a fost plasat în ziua 1 sau ziua 2 determinând o HAI înainte de ziua 3.

O infecție nosocomială asociată unei spitalizări anterioare este definită ca o infecție care corespunde uneia dintre definițiile de caz

ȘI

- pacientul se prezintă cu o infecție, dar a fost reinternat la mai puțin de 48 de ore de la o internare anterioară într-un spital de urgență

SAU

- pacientul a fost internat cu o infecție care corespunde definiției de caz pentru o infecție la locul intervenției chirurgicale (ILIC), adică ILIC a apărut în primele 30 de zile de la intervenție (sau, în cazul intervențiilor chirurgicale care implică un implant, ILIC a fost profundă sau a afectat un spațiu/organ și a apărut în primele 90 de zile de la intervenție), iar pacientul are simptome care corespund definiției de caz și/sau este sub tratament cu antimicrobiene pentru infecția respectivă

SAU

- pacientul a fost internat (sau îi apar simptome în primele 2 zile) pentru infecție cu Clostridium difficile la mai puțin de 28 de zile de la o externare anterioară dintr-un spital de urgență.

Notă: În scopul efectuării anchetelor de determinare a prevalenței punctuale, o infecție nosocomială activă prezentă în ziua anchetei este definită ca o infecție în care semnele și simptomele infecției sunt prezente la data anchetei sau semnele și simptomele au fost prezente în trecut, iar pacientul primește (încă) tratament pentru infecția respectivă la data anchetei. Prezența simptomelor și a semnelor se verifică înainte de începerea tratamentului pentru a determina dacă infecția tratată corespunde uneia dintre definițiile de caz pentru infecția nosocomială.

Cauze ce pot fi implicate în producerea IAAM:

- Terenul biologic privind receptivitatea la bolnavi și la vârste extreme;
- Boli predispozante (neoplasme, boli virale, diabet, boli degenerative etc.);
- Tehnici investigatorii (sondaje uretrale, intubatii traheale, perfuzii intravenoase etc);
- Intervenții terapeutice (antibioterapia de protecție a actului chirurgical, röntgenterapia, terapia cu imunosupresoare și citostatice, automedicația etc);
- Circuite necorespunzătoare:
  - ale bolnavilor, cu deplasarea lor în mai multe servicii: chirurgie, interne, explorări funcționale și radioscopice, laborator etc.;
  - deficiențe de construcție ale unor spitale care nu permit stabilirea circuitelor: lenjeriei, veselei, alimentelor, produselor patologice;

- Spitalizarea de lungă durată face posibil contactul cu alți bolnavi, cadre medico-sanitare, studenți, care uneori pot fi purtători de germeni patogeni;
- Accesul vizitatorilor în saloanele de reanimare, în sălile de operație sau de mică chirurgie;
- Supraaglomerarea saloanelor;
- Neutilizarea echipamentului de protecție (halat, sorț, bonetă, mască, încălțăminte de spital);
- Nerespectarea igienei intrainstituționale: lipsa de curățenie în saloane, bloc alimentar, săli de pansamente, săli de operație, igiena defectuoasă a bolnavilor, lipsa educației sanitare;
- Insuficienta sterilizare a aerului (prin raze uv) din săli de operație etc;
- Deficiențe de functionare a serviciului de sterilizare;
- Nedepistarea și neasanarea purtătorilor de germeni patogeni;
- Lipsa de pregătire profesională a personalului medical.

Inregistrarea si raportarea IAAM

- Semnalarea cazurilor posibile/probabile/confirmate cu IAAM (conform Deciziei UE 945 din 2018) către SPIAAM se face astfel[16]:
  - În situația în care medicul curant/ medicul de gardă ridică suspiciunea de IAAM (pacientul prezintă semne și simptome de infecție de plagă, afecțiuni respiratorii acute (Pneumonie VAP), infecție urinară asociată cateterismului vezical, portaj de C. Difficile, microorganisme MDR, semne de infecție post manevre invazive etc) se completează *Fișa cazului de IAAM* (Anexa 2) cu toate datele existente la momentul respectiv, o semnează și o parafează și apoi o trimite, in-folio si online, către SPIAAM pentru validarea cazului de IAAM.
  - În situația în care pacientul este transferat din altă unitate sanitară și are deja formulat, în documentele medicale ce-l însoțesc, diagnosticul de IAAM, medicul curant/ medicul de gardă completează *Fișa cazului de IAAM* (Anexa 2) cu toate datele existente la momentul respectiv, o semnează și o parafează și apoi o trimite, in-folio si online, către SPIAAM pentru luarea în evidență.
  - Sectiile/ compartimentele de sine stătătoare transmit, prin asistentul șef/ înlocuitorul legal, *Registrul electronic unic de monitorizare a infectiilor asociate asistentei medicale* catre SPIAAM saptamanal, in fiecare zi de luni pentru saptamana precedenta.
  - Șeful/ înlocuitorul legal secție/ compartimentului de sine stătător completează lunar *Declarația - privind existența/absența cazurilor de IAAM* (Anexa 3) pe care o trimite, in-folio si online, către SPIAAM.
- La nivelul spitalului se infiinteaza *Registrul electronic unic de monitorizare a infectiilor asociate asistentei medicale* (Anexa 1), in format electronic, care trebuie să prezinte o interfață pentru fiecare sectie/ compartiment de sine stătător și o interfață pentru SPIAAM.
- Registrul cuprinde toate cazurile de suspiciune de infectie asociata asistentei medicale depistate prin oricare dintre metodele de supraveghere descrise, precum si prin activitatea de screening al pacientilor implementata, dupa caz.

---

[16] *Indicator 02.11.04.01.02 - Semnalarea cazurilor posibile/probabile/confirmate cu IAAM (conform Deciziei UE 506 din 2012) către SSPILAAM/CSPLIAAM este reglementată. (LV 22, LV 33, LV 34).*

- *Registrul electronic unic al unitatii sanitare* va fi transmis electronic, de către SPIAAM, serviciului/ compartimentului de supraveghere a bolilor transmisibile din cadrul Direcţiei de Sănătate Publică Timis saptamanal, in fiecare zi de marti pentru saptamana anterioara. DSP are responsabilitatea validarii confirmarii/infirmarii cazurilor pe baza definitiilor de caz, trimestrial.
- *Registrul electronic unic al unitatii sanitare* va fi pus la dispozitia managerului si a Comitetului de prevenire a infectiilor asociate asistentei medicale pentru analiză, trimestrial sau ori de câte ori este nevoie.
- Pentru depistarea cazurilor nediagnosticate, neînregistrate şi neanunţate, SPIAAM stabileşte un ritm de verificare a culturilor pozitive obtinute dupa 48 de ore de la internare (ritm: minimum la 2 zile, maximum la 7 zile). Înregistrarea şi declararea cazurilor de suspiciune IAAM descoperite în urma verificărilor la nivelul secţiilor/compartimentelor de sine stătătoare, se va face după consultarea prealabilă cu medicul care îngrijeşte pacientul.
- Dacă SPIAAM prin metode de supraveghere activă confirma suspiciuni de IAAM se completează *Fişa cazului de IAAM* cu toate datele existente la momentul respectiv, o semnează şi o parafează medicul epidemiolog, iar cazul va fi validat ulterior.
- Validarea şi clasificarea IAAM va fi efectuata de către SPIAAM, în urma anchetelor şi analizelor datelor existente şi pe baza definitiilor de caz.
- În cadrul anchetelor cu privire la cazurile de suspiciune IAAM se ţine cont de următoarele criterii:
  - Datele înregistrate în *Fişa cazului de IAAM,* la momentul raportării
  - Datele rezultate în urma evaluării epidemiologice a cazului efectuată de medicul epidemiolog sau infecţionist.
  - Datele obţinute de la laboratorul de microbiologie
  - Datele obţinute din consultarea tuturor înregistrărilor din documentele medicale ale pacientului (FO, Scor Carmeli, documente medicale de transfer, documente medicale din internări anterioare etc)
  - Datele obţinute din evidenţele cu privire la nivelul stării de portaj pentru personalul medical şi de îngrijire.
  - Datele obţinute din înregistrările cu privire la modul de efectuare a curăţeniei, dezinfecţiei, sterilizării.
  - Datele obţinute din înregistrările cu privire la protocoalele operatorii.
  - Datele obţinute de la Serviciul anatomie patologică, în situaţia decesului pacientului.
  - Datele obţinute din intervievarea personalului medical şi de îngrijire care este implicat în cazul anchetat.
  - Existenţa sau nu a unui focar de IAAM.
- Anchetele cazurilor de suspiciune IAAM se consemneaza in evidente scrise în care se menţionează toate datele obţinute, concluziile şi propunerile. Pentru cazurile confirmate se completeaza *Fişa cazului de IAAM,* care conţine informaţii de la momentul raportării iniţiale a cazului şi ulterior se completează cu restul datelor. Se recomandă ca toate datele adăugate ulterior raportării iniţiale să fie validate prin parafă şi semnătură şi cu marcare datei.
- O copie a *Fişei cazului de IAAM,* validată de SPIAAM, se anexează în FO.

- Diagnosticul de IAAM, validat de SPIAAM, se menționează în documentele medicale (ex.: FOCG/ FSZ, fișa de consultație, registrul de consultație, documente de externare, scrisoare medicală, etc.) de către medicul curant și se codifică cu codul Y95.
- În momentul transferului pacientului dintr-o secție în alta sau în altă unitate sanitară medicul curant/ medicul de gardă are obligația de a consemna în FO/documente medicale statusul de purtător sănătos/colonizat/infectat cu germeni cu risc epidemiologic (microorganisme multidrogrezistente), suspiciunea de IAAM sau diagnosticul confirmat de IAAM, codificat cu Y95.
- Rezultatele anchetelor cazurilor confirmate de IAAM se prezintă Comitetului de prevenire IAAM, Consiliului medical (intrunite in situ sau online), Comitetului director.
- Totodată rezultatele anchetelor cazurilor de IAAM sunt menționate în informarea scrisa lunara al SPIAAM și in prezentarea anuală a Sintezei activității SPIAAM.
- IAAM care au ca rezultat invaliditatea și/ sau decesul pacientului se constituie în EAAAM care se raportează în CaPeSaRo conform prevederilor *Procedurii de sistem privind managementul (identificarea, analizarea, raportarea, prelucrarea și evidența) evenimentelor indezirabile (evenimente asociate/ neasociate asistenței medicale).*
- IAAM se raportează CaPeSaRo în Registrul electronic al IAAM de către medicul contatator și sunt validate, în urma anchetei, de SPIAAM.
- SPIAAM are obligația de a ține evidența centralizată a pacienților colonizați/ infectați cu microorganisme multidrog rezistente în format letric/ electronic[17]. Dacă evidența este electronică atunci anual, sau ori de cîte ori este nevoie, registrul este listat și primește număr de înregistrare și constituie evidența anuală a pacienților colonizați/ infectați cu microorganisme multidrog rezistente.

I. ATITUDINEA ÎN CAZ DE FOCAR, IZBUCNIRE EPIDEMICĂ SAU ALTE SITUAȚII CU RISC EPIDEMIOLOGIC

Spitalul, prin personalul din SPIAAM, are obligația raportării către DSP Timis a unui cumul de minimum 3 cazuri de IAAM cu aceeasi etiologie, apărute într-o perioadă de timp și spațiu determinate.

Dacă în cadrul spitalului se identifică suspiciunea sau confirmarea unui diagnostic de boală inclusă în sistemul de alertă precoce, unitatea sanitară, prin personalul din SPIAAM, are obligația raportării imediate în cadrul sistemului național de alertă precoce și răspuns rapid organizat conform prevederilor legale în vigoare.

Lista bolilor incluse în sistemul de alertă precoce și răspuns rapid:

- Variola
- Pesta
- Febre acute hemoragice
- SARS
- Boli/ sindroame definite în grupul « orice eveniment nou neașteptat » :
    - Diaree acută apoasă (suspiciune holeră)

[17] *Indicator 02.11.04.01.06 – CSPLIAAM are evidența centralizată a pacienților colonizați/ infectați cu microorganisme multidrog rezistente. (LV 09)*

- Diaree acută cu sânge
- Diaree acută
- Sindrom icteric acut
- Infecţii acute de căi respiratorii inferioare
- Suspect rujeolă
- Suspect meningită/encefalită
- Suspect malarie
- Febre de origine necunoscută
- Boală necunoscută apărută în cluster

DEFINIŢII DE CAZ ŞI PRAGURI DE ALERTĂ:

Pentru variolă, pestă, antrax, botulism, SARS pragul de alertare este de 1 caz sau 1 deces cu suspiciunea de boală, comunicat IMEDIAT de medicul specialist de boli infecţioase.

BOALA/SINDROMUL	DEFINITIE DE CAZ	PRAGUL DE ALERTĂ
Febre acute hemoragice	Debut acut cu febră şi oricare dintre următoarele : rash hemoragic sau purpuric, vărsătură cu sânge, tuse cu sânge, scaune cu sânge, epistaxis, alt simptom hemoragic	- 1 caz sau deces cu suspiciune de cauză specifică
Diaree acută apoasă (suspiciune de holeră)	Diaree acută apoasă cu deshidratare severă la pacient cu vârsta peste 5 ani	- 1 deces la pacient în vârstă de 5 ani sau peste; - cluster de 5 cazuri în aceeaşi săptămână la pacienţi 5 ani şi peste
Diareea acută cu sânge	Diaree acută cu sânge vizibil	- cluster de 5 cazuri în aceeaşi comunitate/ colectivitate într-o săptamână dublarea cazurilor în 2 săptămâni consecutive
Diaree acută	Cel putin 3 scaune moi în ultimile 24 ore cu/fără deshidratare	- creşterea de 1,5 ori a 3 ultimile 24 ore cu/fără deshidratare numărului de cazuri faţă de media cazurilor din 3 săptămâni anterioare (la raportarea de miercuri)
Sindrom icteric acut	Apariţia bruscă a icterului la nivelul pielii sau mucoasei oculare	- cluster de 5 cazuri într-o colectivitate existentă sau nou formată într-o săptamână
Infecţii acute de căi respiratorii inferioare	Febră peste 38°C, tuse sau dificultate în respiraţie şi polipnee (peste 50	- creşterea de 1,5 ori a numărului de cazuri faţă de

BOALA/SINDROMUL	DEFINITIE DE CAZ	PRAGUL DE ALERTĂ
	respiraţii/ min la copil 2-11 luni; peste 40 resp./min la copil 1-5 ani)	media cazurilor din 3 săptămâni anterioare (la raportarea de miercuri)
Suspect rujeolă	Febră cu rash şi unul dintre următoarele: tuse, coriză, conjunctivită	- 1 caz într-o comunitate/ colectivitate existentă sau nou formată *conform sistemului de supraveghere actual
Suspect meningită/ encefalită	Sub 1 an : febră peste 38°C, cu bombarea fontanelei 1 an şi peste : debut brusc cu febră şi unul sau mai multe din următoarele: redoare de ceafă, alterarea conştienţei, cefalee severă, vărsături, sindrom Watherhouse Fridrichsen	- 2 cazuri suspecte în aceeaşi săptamână, în aceeaşi comunitate/colectivitate
Suspect malarie	Persoană cu febră peste 38°C în ultimile 48 de ore şi unul sau mai multe din următoarele simptome: frisoane, mialgii, cefalee, greţuri, vărsături şi diaree, fără legatură cunoscută cu o zona endemică	- 1 caz
Febre de origine necunoscută	Febră peste 38°C, în ultimile 48 de ore care nu se încadrează în una dintre definiţiile de caz cunoscute	- Urmează a fi stabilit în concordanţă cu datele care vor fi colectate
Boală necunoscută/ neaşteptată apărută în cluster	Agregare de cazuri cu semne şi şimptome asemănătoare, de cauză necunoscută, grupate în timp şi/ sau spaţiu	- 1 cluster

Intervenţia în focar, în caz de izbucnire a unui episod epidemic sau alte situaţii cu risc epidemiologic, este responsabilitatea în exclusivitate a spitalului.

SPIAAM întocmeşte şi definitivează ancheta epidemiologică a focarului, difuzează informaţiile necesare privind focarul, în conformitate cu legislaţia în vigoare, întreprinde măsuri şi activităţi pentru evitarea riscurilor identificate în focar.

SPIAAM stabileşte din punct de vedere tehnic conduită în rezolvarea izbucnirii epidemice.

Odată cu informarea operativă a forurilor superioare (DSP, INSP etc), SPIAAM poate solicita suport şi colaborare.

În situaţiile cu risc epidemiologic sau în cazul izbucnirii unor episoade epidemice, SPIAAM întreprinde măsuri şi activităţi pentru evitarea riscurilor identificate, stabileşte din punct de vedere tehnic conduita în rezolvarea situaţiei epidemice şi poate propune restricţionarea, pe o perioadă determinată, a accesului vizitatorilor/aparţinătorilor în spital sau pe anumite secţii/compartimente.

Secţiile/compartimentele la nivelul cărora se înregistrează izbucniri epidemice sunt responsabile de ducerea la îndeplinire a măsurilor stabilite de SPIAAM în vederea rezolvării episodului epidemic.

Laboratorul de analize medicale monitorizează rezultatele neobişnuite şi semnalează riscul apariţiei unui focar de IAAM pe baza izolării repetate a unor microorganisme cu acelaşi fenotip (mai ales antibiotip), a unor microorganisme rare, ori prin izolarea unor microorganisme înalt patogene sau/şi multirezistente.

SPIAAM, Comitetul de prevenire a infecţiilor asociate asistenţei medicale, Comitetul director stabilesc măsurile administrative corespunzatoare.

Raportarea statistică va fi efectuată conform reglementarilor legale în vigoare.

Interventia si expertiza de specialitate, in cazul unor focare epidemice sau situatii de risc declarat, sunt asigurate, la solicitarea unitatii sau prin autosesizare, de catre compartimentele/ structurile specializate ale DSP Timis, cu titlu de gratuitate, cu finantare din bugetul de stat, din venituri proprii sau din fonduri ale programului national de sanatate, dupa caz.

5.2. Indicatorii de eficacitate şi de eficienţă

- Rata de incidenta a IAAM înregistrate în cadrul spitalului în perioada evaluată are valoare maxim admisă de 2%.
- Numărul de decese care au avut cauză IAAM, înregistrate în perioada evaluată are valoare maximă 1% din totalul cazurilor de IAAM înregistrate în perioada evaluată.
- Numărul de abateri de la prevederile prezentei proceduri, înregistrate în perioada evaluată are valoare maximă de 10% din totalul cazurilor de IAAM evaluate la momentul dat.
- Numărul de sugestii/ reclamaţii din partea pacienţilor/ aparţinătorilor/ personalului aferente modului de supraveghere, prevenire şi limitare a IAAM, în perioada evaluată este de maxim 0,33% din totalul de sesizări/reclamatii ale pacienţilor/ aparţinătorilor/ personalului depuse la registratura spitalului în aceiaşi perioadă de referinţă.

5.3. Resurse necesare

5.3.1. Resurse materiale: program informatic, birotica, articole de papetarie.

5.3.2. Resurse umane:

- persoanele implicate conform sarcinilor de serviciu supravegherea, prevenirea si limitarea IAAM ;

5.3.3. Resurse financiare: sunt prevazute in bugetul de venituri si cheltuieli al spitalului si sunt cheltuieli pentru achizitionarea resurselor materiale, cheltuieli de funcţionare, cheltuieli de personal.

6. RESPONSABILITĂŢI

➢ Comitetul director al unităţii sanitare:

- Organizează Comitetul de prevenire a infecţiilor asociate asistenţei medicale şi elaborează regulamentul de funcţionare al acestuia;
- Se asigură de organizarea şi funcţionarea serviciului/compartimentului de prevenire a infecţiilor asociate asistenţei medicale şi/sau realizarea contractelor de furnizare de prestări servicii specifice;
- Aprobă Planul anual de activitate pentru supravegherea, prevenirea şi limitarea infecţiilor asociate asistenţei medicale;
- Asigură condiţiile de implementare a prevederilor Planului anual de activitate pentru supravegherea, prevenirea şi limitarea infecţiilor asociate asistenţei medicale;

- Efectuează analiza anuală a îndeplinirii obiectivelor planului de activitate;
- Verifică şi aprobă alocarea bugetului aferent derulării activităţilor din Planul anual de activitate pentru supravegherea, prevenirea şi limitarea infecţiilor asociate asistenţei medicale;
- Se asigură de îmbunătăţirea continuă a condiţiilor de desfăşurare a activităţilor de prevenire a IAAM şi a dotării tehnico-materiale necesare evitării sau diminuării riscurilor;
- Se asigură de derularea legală a achiziţiilor şi aprovizionarea tehnico-materială, prevăzute în planul de activitate sau impuse de situaţia epidemiologică din unitate, în vederea diminuării ori evitării situaţiilor de risc sau limitării infecţiilor asociate asistenţei medicale;
- Deliberează şi decide, la propunerea Colegiului Medicilor din Romania, în urma sesizării pacienţilor sau în urma autosesizării în privinţa responsabilităţii instituţionale ori individuale a personalului angajat/contractat, pentru fapte sau situaţii care au dus la lezarea drepturilor ori au prejudiciat starea de sănătate a asistaţilor prin infecţii asociate asistenţei medicale;
- Asigură dotarea necesară organizării şi funcţionării sistemului informaţional pentru înregistrarea, stocarea, prelucrarea şi transmiterea informaţiilor privind IAAM în Registrul de monitorizare a IAAM al unităţii;
- Asigură condiţiile de îngrijire la pacienţii cu infecţii/colonizări cu germeni multiplurezistenţi.

➢ Managerul spitalului:
- Răspunde de organizarea serviciului/compartimentului de prevenire a infecţiilor asociate asistenţei medicale, în conformitate cu prevederile prezentului ordin;
- Participă la definitivarea propunerilor de activităţi şi achiziţii cuprinse în planul anual al unităţii pentru supravegherea şi limitarea iaam;
- Răspunde de asigurarea bugetară şi achiziţia de bunuri şi servicii aferente activităţilor cuprinse în planul anual aprobat pentru supravegherea, prevenirea şi limitarea iaam;
- Răspunde de infiinţarea şi funcţionarea registrului de monitorizare a iaam al unităţii;
- Răspunde de organizarea activităţii de screening al pacienţilor în secţii de terapie intensivă şi în alte secţii cu risc pentru depistarea colonizărilor/infecţiilor cu germeni multiplurezistenţi, în conformitate cu prevederile programului naţional de supraveghere şi control al iaam;
- Răspunde de organizarea anuală a unui studiu de prevalenţa de moment a infecţiilor asociate asistenţei medicale şi a consumului de antibiotice din spital;
- Răspunde de afişarea pe site-ul propriu al uniăţii a informaţiilor statistice (rata trimestrială şi anuală de incidenţă, rata de prevalenţă, incidenta trimestrială şi anuală defalcată pe tipuri de infecţii şi pe secţii) privind iaam, a rezultatelor testelor de evaluare a eficienţei curăţeniei şi dezinfecţiei, a consumului de antibiotice, cu defalcarea consumului antibioticelor de rezervă;
- Răspunde de organizarea înregistrării cazurilor de expunere accidentală la produse biologice în registrele înfiinţate pe fiecare secţie/compartiment şi de aplicarea măsurilor de vaccinare a personalului medico-sanitar;
- Răspunde de aplicarea sancţiunilor administrative propuse de şeful serviciului/compartimentului de prevenire a iaam al unităţii;
- Controlează şi raspunde pentru organizarea serviciului/compartimentului de prevenire a infecţiilor asociate asistenţei medicale al unităţii sau, după caz, pentru contractarea responsabilului cu prevenirea iaam, în directă subordine şi coordonare;

- Analizează și decide soluții de rezolvare, după caz, alocare de fonduri ca urmare a sesizărilor serviciului/compartimentului specializat, în situații de risc sau focar de infecție asociate asistenței medicale;
- Verifică și aprobă evidența informațiilor transmise eșaloanelor ierarhice, conform legii sau la solicitare legală, aferente activității de supraveghere, depistare, diagnostic, investigare epidemiologică, și măsurile de limitare a focarului de infecție asociată asistenței medicale din unitate;
- Solicită, la propunerea șefului serviciului/coordonatorului compartimentului de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale/medicului responsabil sau din proprie inițiativă, expertize și investigații externe, consiliere profesională de specialitate și intervenție în focare;
- Angajează unitatea pentru contractarea unor servicii și prestații de specialitate;
- Reprezintă unitatea în litigii juridice legate de răspunderea instituției în ceea ce privește iaam, inclusiv în cazul actionării în instanță a persoanelor fizice, în cazul stabilirii responsabilității individuale.

➢ Directorul medical:
- se asigură și răspunde de aplicarea în activitatea curentă a procedurilor și protocoalelor de prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale, a standardelor de sterilizare și sterilitate, asepsie și antisepsie, respectiv a normelor privind cazarea, alimentația și condițiile de igienă oferite pe perioada îngrijirilor acordate;
- pentru spitalele care nu îndeplinesc condițiile legale de a avea director de îngrijiri, funcția acestuia este preluată de directorul medical, care va avea și responsabilitățile acestuia;
- răspunde de raportarea la timp a IAAM și implementarea măsurilor de limitare a acestora;
- răspunde de respectarea politicii de utilizare a antibioticelor în unitatea sanitară;
- implementează activitatea de screening al pacienților în secții de terapie intensivă și alte secții cu risc pentru depistarea colonizărilor/infecțiilor cu germeni multiplurezistenți în conformitate cu prevederile programului național de supraveghere și control al infecțiilor asociate asistenței medicale;
- controlează și răspunde pentru derularea activităților proprii ale serviciului/compartimentului de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale;
- controlează respectarea procedurilor și protocoalelor implementate pentru supravegherea, prevenirea și limitarea IAAM de la nivelul secțiilor și serviciilor din unitate, în colaborare cu medicii șefi de secție;
- organizează și controlează evaluarea imunizării personalului împotriva HBV și efectuarea vaccinarilor recomandate personalului din unitatea medicală respectivă (gripal, HBV, altele);
- controlează și răspunde de organizarea registrelor de expunere accidentală la produse biologice pe secții/compartimente și aplicarea corectă a măsurilor.

➢ Directorul de îngrijiri:
- Prelucrează procedurile și protocoalele de prevenire a IAAM elaborate de serviciul/compartimentul de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale cu asistentele șefe de secție și răspunde de aplicarea acestora;
- Răspunde de implementarea și respectarea precauțiunilor standard și specifice la nivelul unității sanitare;

- Răspunde de comportamentul igienic al personalului din subordine, de respectarea regulilor de tehnică aseptica de către acesta;
- Controlează respectarea circuitelor funcţionale din spital/secţie;
- Verifică starea de curăţenie din secţii, respectarea normelor de igienă şi controlează respectarea măsurilor de asepsie şi antisepsie;
- Propune directorului economic/financiar-contabil planificarea aprovizionării cu materiale necesare prevenirii infecţiilor asociate asistenţei medicale, elaborată de secţiile spitalului, cu aprobarea şefului serviciului/coordonatorului compartimentului de prevenire a infecţiilor asociate asistenţei medicale;
- Supraveghează şi controlează activitatea blocului alimentar în aprovizionarea, depozitarea, prepararea şi distribuirea alimentelor, cu accent pe aspectele activităţii la bucătăria dietetică, etc.;
- Supraveghează şi controlează calitatea prestaţiilor efectuate la spălătorie;
- Constată şi raportează serviciului/compartimentului de prevenire a infecăiilor asociate asistenăei medicale şi managerului spitalului deficienţe de igienă (alimentare cu apă, instalaţii sanitare, încălzire) şi ia măsuri pentru remedierea acestora;
- Verifică efectuarea corespunzătoare a operaţiunilor de curăţenie şi dezinfecţie în secţii;
- Coordonează şi verifică aplicarea măsurilor de izolare a bolnavilor cu caracter infecţios şi a măsurilor pentru supravegherea contacţilor, în conformitate cu ghidul de izolare elaborat de şeful serviciului/coordonatorul compartimentului de prevenire a infecţiilor asociate asistenţei medicale;
- Instruieşte personalul din subordine privind autodeclararea îmbolnăvirilor şi urmăreşte realizarea acestei proceduri;
- Semnalează medicului şef de secţie cazurile de boli transmisibile pe care le observă în rândul personalului;
- Instruieşte asistentele-şefe asupra măsurilor de prevenire a IAAM care trebuie implementate şi respectate de vizitatori şi personalul spitalului;
- Coordonează şi verifică respectarea circuitului lenjeriei şi al deşeurilor infecţioase şi neinfecţioase, depozitarea lor la nivelul depozitului central şi respectarea modului de eliminare a acestora;
- Instruiette asistentele-şefe asupra echipamentului de protecţie şi comportamentului igienic, precum şi asupra respectării normelor de tehnica aseptica şi propune măsuri disciplinare în cazurile de abateri;
- Organizează şi coordonează procesul de elaborare a procedurilor şi protocoalelor de prevenire şi limitare a IAAM pe secţii, în funcţie de manevrele şi procedurile medicale identificate cu risc pentru pacienţi, şi se asigură de implementarea acestora;
- Răspunde de întocmirea şi completarea registrului de monitorizare a IAAM pe secţii şi pe unitatea sanitara;
- Raspunde de intocmirea şi completarea registrului de expunere accidentala la produse biologice pe secţii/compartimente;
- Organizează şi răspunde de igienizarea ţinutelor de spital pentru întreg personalul implicat în îngrijirea pacienţilor, în mod gratuit şi obligatoriu.

➢ Directorul economic/financiar-contabil:

- Răspunde de planificarea bugetară în conformitate cu planul de activitate aprobat;
- Răspunde de asigurarea întocmai şi la timp a necesarului de materiale şi consumabile necesare implementării procedurilor şi protocoalelor de limitare a infecţiilor asociate asistenţei medicale.

➢ Medicul şef de secţie:
- Organizează, controlează şi răspunde pentru derularea activităţilor proprii secţiei, conform Planului anual de supraveghere şi limitare a infecţiilor asociate asistenţei medicale din unitatea sanitară;
- Răspunde de activităţile desfăşurate de personalul propriu al secţiei, cu respectarea procedurii de declarare a IAAM, elaborată de serviciul/ compartimentul de prevenire a infecţiilor asociate asistenţei medicale, în conformitate cu legislaţia în vigoare;
- Răspunde de depistarea şi raportarea la timp a IAAM;
- Răspunde de respectarea politicii de utilizare a antibioticelor, implementata în unitatea sanitară;
- Răspunde de efectuarea de către asistenta şefă de secţie a triajului zilnic al personalului din subordine şi declararea oricărei suspiciuni de boală transmisibilă către serviciul/compartimentul de prevenire a infecţiilor asociate asistenţei medicale;
- În cazul şefilor de secţie în secţii cu risc, răspunde de derularea activităţii de screening al pacienţilor pentru depistarea colonizărilor/infecţiilor cu germeni multiplurezistenţi, în conformitate cu prevederile programului naţional de supraveghere şi control al IAAM;
- Răspunde de luarea deciziei de izolare/tip de precauţii şi de aplicarea ei, împreună cu serviciul/compartimentul de prevenire a infecţiilor asociate asistenţei medicale şi cu directorul medical;
- Răspunde de elaborarea procedurilor şi protocoalelor de prevenire şi limitare a IAAM pe secţie.

➢ Medicul curant (indiferent de specialitate):
- Protejarea propriilor pacienţi de alţi pacienâi infectaâi sau de personalul care poate fi infectat, cu respectarea ghidului de izolare elaborat de serviciul/compartimentul de prevenire a infecţiilor asociate asistenţei medicale;
- Aplicarea procedurilor şi protocoalelor implementate de serviciul/compartimentul de prevenire a infecţiilor asociate asistenţei medicale;
- Obţinerea specimenelor microbiologice necesare atunci când o infecţie este prezentă sau suspectă, în conformitate cu protocolul de diagnostic şi cu definiţiile de caz şi înainte de iniţierea tratamentului antibiotic;
- Răspunde de depistarea şi raportarea la timp a iaam;
- Consilierea pacienţilor, vizitatorilor şi a personalului în legătura cu procedurile de prevenire a transmiterii infecţiilor;
- Instituirea tratamentului adecvat pentru infecţiile pe care le au ei înşişi şi implementarea măsurilor instituite de cpiaam pentru a preveni transmiterea acestor infecţii altor persoane, în special pacienţilor;

- Solicitarea consultului de boli infecțioase în situațiile în care consideră necesar și/sau conform ghidurilor/protocoalelor locale, cu respectarea politicii de utilizare a antibioticelor, implementată în unitatea sanitară;
- Respectă procedura de declarare a iaam elaborată de cpiaam, în conformitate cu legislația în vigoare;
- După caz, răspunde de derularea activității de screening al pacienților în secții de terapie intensivă și alte secții cu risc pentru depistarea colonizărilor/infectiilor cu germeni multiplurezistenți, în conformitate cu prevederile programului național de supraveghere și control al IAAM și monitorizare a utilizării antibioticelor și a antibioticorezistenței;
- Comunică infecția/portajul de germeni importanți epidemiologic la transferul pacienților săi în altă secție/altă unitate medicală.

➢ SPIAAM:
- Organizează și participă la întâlnirile Comitetului de prevenire a IAAM;
- Propune managerului sancțiuni pentru personalul care nu respectă procedurile și protocoalele de prevenire și limitare a IAAM;
- Medicul sef SPIAAM participă în calitate de membru la ședintele Comitetului director al unității sanitare și, după caz, propune acestuia recomandări pentru implementarea corespunzătoare a Planului anual de prevenire a infecțiilor, echipamente și personal de specialitate;
- Elaborează și supune spre aprobare Planul anual de supraveghere, prevenire și limitare a IAAM din unitatea sanitară;
- Organizează, în conformitate cu metodologia elaborată de Institutul Național de Sănătate Publică, anual, un studiu de prevalență de moment a IAAM și a consumului de antibiotice din spital;
- Organizează și derulează activități de formare a personalului unității în domeniul prevenirii IAAM;
- Organizează activitatea SPIAAM pentru implementarea și derularea activităților cuprinse în Planul anual de supraveghere și limitare a IAAM al unității;
- Propune și initiază activități complementare de prevenție sau de limitare cu caracter de urgență, în cazul unor situații de risc sau al unui focar de IAAM;
- Elaborează Ghidul de izolare al unității sanitare și coordonează aplicarea precauțiilor specifice în cazul depistării colonizărilor/infecțiilor cu germeni multiplurezistenți la pacienții internați;
- Întocmește Harta punctelor și zonelor de risc pentru apariția IAAM și elaborează procedurile și protocoalele de prevenire și limitare în conformitate cu aceasta;
- Implementează metodologiile naționale privind supravegherea bolilor transmisibile și studiile de supraveghere a IAAM;
- Verifică completarea corectă a Registrului de monitorizare a IAAM de pe secții și centralizează datele în Registrul unității de monitorizare a infecțiilor;
- Raportează forurilor superioare IAAM ale unității și calculează rata de incidență a acestora pe unitate și pe secții;
- Organizează și participă la evaluarea eficienței procedurilor de curățenie și dezinfecție prin recoltarea testelor de autocontrol;

- Colaborează cu medicul de laborator pentru cunoașterea circulației microorganismelor patogene de la nivelul secțiilor și compartimentelor, cu precădere a celor multirezistente și/sau cu risc epidemiologic major, pe baza planului de efectuare a testelor de autocontrol;
- Solicită trimiterea de tulpini de microorganisme izolate la laboratoarele de referiță, în conformitate cu metodologiile elaborate de Institutul Național de Sănătate Publică, în scopul obținerii unor caracteristici suplimentare;
- Supraveghează și controlează bună funcționare a procedurilor de sterilizare și menținere a sterilității pentru instrumentarul și materialele sanitare care sunt supuse sterilizării;
- Supraveghează și controlează activitatea de triere, depozitare temporară și eliminare a deșeurilor periculoase rezultate din activitatea medicală;
- Organizează, supraveghează și controlează respectarea circuitelor funcționale ale unității, circulația pacienților și vizitatorilor, a personalului și, după caz, a studenților și elevilor din învățământul universitar, postuniversitar sau postliceal;
- Avizează orice propunere a unității sanitare de modificare în structura unității;
- Supraveghează și controlează respectarea în secțiile medicale și paraclinice a procedurilor de triaj, depistare și izolare a IAAM;
- Răspunde prompt la informația primită din secții și demarează ancheta epidemiologică pentru toate cazurile suspecte de IAAM;
- Dispune, după anunțarea prealabilă a managerului unității, măsurile necesare pentru limitarea difuziunii infecției, respectiv organizează, după caz, triaje epidemiologice și investigații paraclinice necesare;
- Întocmește și definitivează ancheta epidemiologică a focarului, difuzează informațiile necesare privind focarul, în conformitate cu legislația, întreprinde măsuri și activități pentru evitarea riscurilor identificate în focar;
- Solicită colaborările interdisciplinare sau propune solicitarea sprijinului extern de la Direcția de Sănătate Publică Timis sau Institutul Național de Sănătate Publica - centru regional la care este arondat, conform reglementarilor în vigoare;
- Raportează managerului problemele depistate sau constatate în prevenirea și limitarea IAAM;
- Întocmește rapoarte cu dovezi la dispoziția managerului spitalului, în cazurile de investigare a responsabilităților pentru IAAM.

➢ Medicul de boli infecțioase/medicul responsabil de politica de utilizare a antibioticelor:
- Efectuează consulturile de specialitate în spital, în vederea diagnosticării unei patologii infecțioase și a stabilirii tratamentului etiologic necesar;
- Elaborează politica de utilizare judicioasă a antibioticelor în unitatea sanitară, inclusiv ghidurile de tratament inițial în principalele sindroame infecțioase și profilaxie antibiotică;
- Coordonează elaborarea listei de antibiotice esențiale care să fie disponibile în mod permanent în spital;
- Elaborează lista de antibiotice care se eliberează doar cu avizare din partea sa și derulează activitatea de avizare a prescrierii acestor antibiotice;
- Colaborează cu farmacistul unității în vederea evaluării consumului de antibiotice în unitatea sanitară;
- Efectuează activități de pregătire a personalului medical în domeniul utilizării judicioase a antibioticelor;

- Oferă consultanță de specialitate medicilor de altă specialitate în stabilirea tratamentului antibiotic la cazurile internate, în cooperare cu medicul microbiolog/de laborator (pentru a se utiliza eficient datele de microbiologie disponibile);
- Oferă consultanță pentru stabilirea profilaxiei antibiotice perioperatorii și în alte situații clinice, pentru pacienții la care nu este aplicabilă schema standard de profilaxie;
- Cooperează cu medicul microbiolog/de laborator în stabilirea testelor de sensibilitate microbiană la antibioticele utilizate, pentru a crește relevanța clinică a acestei activități;
- Evaluează periodic cu fiecare secție clinică în parte modul de utilizare a antibioticelor în cadrul acesteia și propune modalități de îmbunătățire a acestuia (educarea prescriptorilor);
- Elaborează raportul anual de evaluare a gradului de respectare a politicii de utilizare judicioasă a antibioticelor, a consumului de antibiotice (în primul rând, al celor de rezervă) și propune managerului măsuri de îmbunătățire.

➢ Laboratorul:
- Efectuarea testelor pentru stabilirea agenților etiologici ai infecțiilor la pacienții internați;
- Efectuarea testelor de detecție a portajelor de germeni cu risc individual sau de focar epidemic dificil de controlat (multirezistenți la antibiotice);
- Șeful laboratorului răspunde de implementarea sistemului de asigurare a calității;
- Șeful laboratorului răspunde de elaborarea ghidurilor pentru recoltarea, manipularea, transportul și prezervarea corectă a probelor biologice, care vor fi însoțite de cererea de analiză completată corect;
- Șeful laboratorului răspunde de elaborarea manualului de biosiguranță al laboratorului, utilizând recomandările din ghidul național de biosiguranăț pentru laboratoarele medicale (cea mai recentă editție), în scopul evitării contaminării personalului și a mediului;
- Șeful laboratorului răspunde de întocmirea și derularea programului de instruire a personalului din subordine în domeniul specific al prevenirii și limitarii infecțiilor asociate asistenței medicale;
- Identificarea corectă a microorganismelor patogene; în cazul suspiciunii de IAAM va asigura identificarea cât mai rapidă a agentului etiologic al IAAM din produsele patologice recoltate de la bolnavi/purtători;
- Anunțarea imediată, obligatorie, încă de la suspiciune, a rezultatelor microbiologice, respectiv a rezultatelor de identificare ulterioare a microorganismelor către medicul curant și SPIAAM;
- Răspunde de raportarea imediată către SPIAAM a rezultatelor pozitive în urma screeningului pacienților din secțiile cu risc pentru depistarea colonizărilor/infecțiilor cu germeni multirezistenți;
- Testează sensibilitatea/rezistența la substante antimicrobiene a microorganismelor cu semnificație clinică, utilizând metode standardizate;
- Organizează și realizează baza de date privind izolatele din unitatea sanitară și rezistența la antibiotice, pe suport electronic;
- Monitorizează rezultatele neobișnuite și semnalează riscul apariției unui focar de IAAM pe baza izolării repetate a unor microorganisme cu același fenotip (mai ales antibiotip), a unor microorganisme rare ori prin izolarea unor microorganisme înalt patogene sau/și multirezistente;

- Raportează, în regim de urgență, aspectele neobișnuite identificate prin monitorizarea izolărilor de microorganisme și a rezistenței la antibiotice SPIAAM;
- Stochează tulpini microbiene de importanță epidemiologică în vederea confirmării caracterizării și studiilor epidemiologice comparative într-un laborator de referință, cu respectarea reglementărilor legale privind biosecuritatea și biosiguranța.

➢ Farmacistul:
- Obținerea, depozitarea și distribuirea preparatelor farmaceutice, utilizând practici care limitează posibilitatea transmisiei agentului infecțios către pacienți;
- Distribuirea medicamentelor antiinfecțioase cu respectarea reglementărilor privind avizarea acestei prescrieri existente în spital și ținerea unei evidențe adecvate;
- Obținerea și depozitarea vaccinurilor sau imunoglobulinelor specifice/serurilor heterologe și distribuirea lor în mod adecvat;
- Păstrarea evidenței antibioticelor distribuite departamentelor medicale;
- Raportează către SPIAAM, medicului responsabil de politica utilizării antibioticelor consumul de antibiotice pe clase și pe secțiile unității sanitare și participă la evaluarea tendințelor utilizării antibioticelor;
- Colaborează cu medicul infecționist responsabil de elaborarea politicii de utilizare judicioasă a antibioticelor în monitorizarea consumului de antibiotice;
- Organizează și realizează baza de date privind consumul de antibiotice din unitate, pe clase de antibiotice și pe secții/compartimente, cu calcularea DDD/100 zile spitalizare și a duratei medii a terapiei cu antibiotice per pacient internat, pe suport electronic.

➢ Asistenta șefă de secție:
- Prelucrează procedurile și protocoalele de prevenire a IAAM elaborate de SPIAAM cu personalul mediu și auxiliar din secție și răspunde de aplicarea acestora;
- Răspunde de aplicarea Precauțiunilor standard și specifice de către personalul secției;
- Răspunde de comportamentul igienic al personalului din subordine, de respectarea regulilor de tehnica aseptică de către acesta;
- Controlează respectarea circuitelor funcționale din secție;
- Răspunde de starea de curățenie din secție;
- Transmite directorului de îngrijiri necesarul de materiale de curățenie, consumabile, dezinfectanți, elaborat în concordanță cu recomandările serviciului de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale;
- Controlează respectarea măsurilor de asepsie și antisepsie;
- Supraveghează și controlează activitatea în oficiul alimentar privind depozitarea, prepararea și distribuirea alimentelor, în special la bucătăria dietetică, etc.;
- Supraveghează calitatea prestațiilor efectuate la spălătorie și sesizează directorului de îngrijiri orice deficiențe constatate;
- Verifică igiena bolnavilor și a însoțitorilor și face educația sanitară a acestora;
- Urmărește efectuarea examenului organoleptic al alimentelor distribuite bolnavilor și însoțitorilor și le îndepărtează pe cele necorespunzătoare, situație pe care o aduce la cunoștință directorului de îngrijiri;

- Constată și raportează directorului de îngrijiri deficiențe de igienă (alimentare cu apă, instalații sanitare, încălzire);
- Coordonează și supraveghează operațiunile de curățenie și dezinfecție;
- Participă la recoltarea probelor de evaluare a eficienței curățeniei, dezinfecției și sterilizării împreună cu echipa serviciului/compartimentului de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale;
- Asigură necesarul de materiale (săpun, dezinfectant, prosoape de hârtie, echipament de unică folosință) și coordonează în permanență respectarea de către personal și însoțitori a măsurilor de izolare și controlează prelucrarea bolnavilor la internare;
- Anunță la serviciul de internări locurile disponibile, urmărește internarea corectă a bolnavilor în funcție de infecțiozitate sau receptivitate;
- Coordonează și verifică aplicarea măsurilor de izolare a bolnavilor cu caracter infecțios și a măsurilor pentru supravegherea contacților, în conformitate cu ghidul de izolare elaborat de șeful serviciului/coordonatorul compartimentului de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale;
- Instruiește personalul din subordine privind autodeclararea îmbolnăvirilor și urmărește aplicarea acestor măsuri;
- Semnalează medicului șef de secție și/sau directorului de îngrijiri cazurile de boli transmisibile pe care le suspicionează în rândul personalului;
- Instruiește și supraveghează personalul din subordine asupra măsurilor de igienă care trebuie respectate de vizitatori și personalul spitalului (portul echipamentului, evitarea aglomerării în saloane);
- Verifică și răspunde de modul de manipulare a lenjeriei bolnavilor, colectarea și păstrarea lenjeriei murdare, dezinfecția lenjeriei de la bolnavii infecțioși, transportul lenjeriei murdare, transportul și păstrarea lenjeriei curate;
- Verifică și răspunde de modul de colectare a deșeurilor infecțioase și neinfecțioase, de depozitare a lor pe secție, de modul de transport la depozitul central;
- Controlează și instruiește personalul din subordine asupra echipamentului de protecție și comportamentului igienic, precum și asupra respectării normelor de tehnică aseptică și propune directorului de îngrijiri măsuri disciplinare în cazurile de abateri;
- Răspunde de elaborarea procedurilor și protocoalelor de prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale pe secție, în funcție de manevrele și procedurile medicale identificate cu risc pentru pacienți, și se asigură de implementarea acestora;
- Răspunde de întocmirea și completarea Registrului de monitorizare a IAAM pe secție;
- Răspunde de întocmirea și completarea Registrului de expunere accidentală la produse biologice pe secție.

➢ Asistenta medicală responsabilă de salon:
- Implementează practicile de îngrijire a pacienților în vederea limitarii infecțiilor;
- Se familiarizează cu practicile de prevenire a apariției și răspândirii infecțiilor și aplicarea practicilor adecvate pe toată durata internării pacienților;
- Menține igiena, conform politicilor spitalului și practicilor de îngrijire adecvate din salon;
- Informează cu promptitudine medicul de gardă/medicul șef de secție în legatură cu apariția semnelor de infecție la unul dintre pacienții aflați în îngrijirea sa;

- Inițiază izolarea pacientului care prezintă semne ale unei boli transmisibile și anunță imediat medicul curant și SPIAAM;
- Limitează expunerea pacientului la infecții provenite de la vizitatori, personalul spitalului, alți pacienți sau echipamentul utilizat pentru diagnosticare;
- Semnalează medicului curant existența elementelor sugestive de infecție asociată asistenței medicale;
- Participă la pregătirea personalului;
- Participă la investigarea focarelor.

7. FORMULAR DE EVIDENȚĂ A MODIFICARILOR

Nr. crt.	Ediție	Data ediției	Revizie	Data reviziei	Nr. pag. modificate	Descrierea modificării	Semnatura conducătorului compartimentului
0.	1	2	3	4	5	6	7
1.	**I**	**2013**	-	-	-	**Ordin 946 /2005**	
2.	**II**	**2017**	-	-	-	**Ordin 400 /2015**	
3.	**III**	**2021**	-	-	-	**Ordin 600/2018**	

8. FORMULAR DE ANALIZĂ A PROCEDURII

Nr. crt	Compartiment	Nume și prenume conducător compartiment	Intocuitor de drept sau delegat	Aviz favorabil		Aviz nefavorabil		
				Data	Semnătura	Observații	Data	Semnatura
0	1	2	3	4	5	6	7	8
1.	ATI I +UTS I	DR. BUTAȘ MĂDĂLINA		20-10-202	[redacted]			
2.	ATI II +UTS II	DR. BRÎNCOVEANU MARIA		20-10-202				
3.	BLOC OPERATOR I	DR. HUȚ FLORIN		20-10-202				
4.	BLOC OPERATOR II	DR. TALPOȘ ȘERBAN		20-10-20				
5.	BLOC OPERATOR III	DR. LUPESCU STELIAN		20-10-202				
6.	BLOC OPERATOR IV	DR. BUZESCU MANUELA	Prof. [illegible]	20-10-20				
7.	BLOC OPERATOR V	DR. BĂCILĂ MIHAI	medic [illegible]	20-10-20				
8.	CARDIOLOGIE	PROF. DR.TOMESCU MIRELA		20-10-20				
9.	CHIRURGIE GENERALĂ I	CONF. DR. SIMA LAURENȚIU		20-10-20				
10.	CHIRURGIE GENERALĂ II - ONCOLOGICĂ	PROF. DR. MAZILU OCTAVIAN		20-10-202				
11.	CHIRURGIE ORALĂ ȘI MAXILO-FACIALĂ	CONF. DR. MARIUS PRICOP		20-10-20				
12.	CHIRURGIE TORACICĂ	ȘEF LUCRĂRI DR. COZMA GABRIEL		20-10-20				
13.	DERMATOVENERO LOGIE	CONF. DR. CRISTODOR PATRICIA		20-10-20				
14.	FARMACIA NR 1	FARM. DREAVĂ ANA		20-10-20				
15.	FARMACIA NR 2	FARM. SIMONA FLOREA		20-10-20				
16.	GASTROENTEROLO GIE	DR. MUSTA IOAN OCTAVIAN		20-10-20				
17.	GERIATRIE ȘI GERONTOLOGIE	DR. VANCEA CORINA		20-10-20				
18.	HEMATOLOGIE	CONF. DR. IONIȚĂ IOANA		20-10-20				
19.	LABORATOR DE ANALIZE MEDICALE	PROF. DR. OLARIU RAREȘ		20-10-20				
20.	LABORATOR DE RADIOLOGIE ȘI IMAGISTICĂ MEDICALĂ	DR. BORLOVAN MONICA		20-10-20				
21.	MEDICINĂ INTERNĂ	PROF. DR. LIGHEZAN DANIEL		20-10-20				
22.	MEDICINA MUNCII	ȘEF LUCRĂRI DR. POPESCU FLORINA		20-10-202				
23.	NEONATOLOGIE	DR. OLARIU GABRIELA		20-10-20				

24.	ORL	PROF. DR. BALICA NICOLAE		20-10-2021	[redacted]			
25.	OBSTETRICĂ–GINECOLOGIE I	CONF. DR. CHIRIAC DANIELA		20-10-2021	[redacted]			
26.	OBSTETRICĂ – GINECOLOGIE II	PROF. DR. PIRTEA LAURENȚIU		20-10-2021	[redacted]			
27.	OBSTETRICĂ – GINECOLOGIE III	ȘEF LUCRĂRI DR. DORU CIPRIAN CRISAN		20-10-2021	[redacted]			
28.	OBSTETRICĂ – GINECOLOGIE IV	PROF. DR. SAS IOAN		20-10-2021	[redacted]			
29.	OFTALMOLOGIE	PROF. DR. MUNTEANU MIHNEA		20-10-2021	[redacted]			
30.	ONCOLOGIE MEDICALĂ	DR. ȘTEFAN CURESCU		20-10-2021	[redacted]			
31.	RADIOTERAPIE	DR. IONIȚĂ IULIA		20-10-2021	[redacted]			
32.	RECUPERARE, MEDICINĂ FIZICĂ ȘI BALNEOLOGIE	CONF. DR. RĂZVAN DRĂGOI		20-10-2021	[redacted]			
33.	SERV. ANATOMIE PATOLOGICĂ I	CONF. DR. FLAVIA BADERCA		20-10-2021	[redacted]			
34.	SERV. ANATOMIE PATOLOGICĂ II	DR. MOLDOVAN MIHAELA		20-10-2021	[redacted]			
35.	UPU	PROF. DR. MEDERLE OVIDIU		20-10-2021	[redacted]			
36.	COMPARTIMENT AUDIT INTERN	EC. GAȘPAR VICTORIA		20-10-2021	[redacted]			
37.	COMP. JURIDIC	CJ. ADELINE FODOR		20-10-2021	[redacted]			
38.	SPIAAM	DR. ONEȚ DELIA		20-10-2021	[redacted]			
39.	PSI+SSM	ING. BORLOVAN DAN		20-10-2021	[redacted]			
40.	SERV. ACHIZIȚII	EC. JIAN BEATRICE		20-10-2021	[redacted]			
41.	SERV. ADMINISTRATIV	EC. SZEKELY ALEXANDRU		20-10-2021	[redacted]			
42.	SERV. APROVIZIONARE	EC. MANGRA GEORGETA		20-10-2021	[redacted]			
43.	SERV. CONTABILITATE	EC. ȘANDOR MIHAELA		20-10-2021	[redacted]			
44.	SERV. FINANCIAR	EC. BOLDIȘ ROXANA		20-10-2021	[redacted]			
45.	SMCSS	EC. VOICULESCU VIORICA		20-10-2021	[redacted]			
46.	SERV. RUNOS	ING. PĂDURARU FLORICA DANIELA		20-10-2021	[redacted]			

8.1.Formularul privind descrierea modificarii/concluziile analizei

Data editiei	DESCRIEREA MODIFICARII / CONCLUZIILE ANALIZEI
ANUL 2021 EDITIA III	• In procedura au fost introdusi indicatorii de monitorizare a eficienței și eficacității. • In procedura a fost descris riscul/activitate • In procedura a fost introdusa diagrama de proces

9. FORMULAR DE DISTRIBUIRE/DIFUZARE

Nr. crt.	Compartiment	Nume și prenume	Data primirii	Semnătura	Data retragerii procedurii înlocuite	Semnătura	Data intrării în vigoare
0.	1	2	3	4	5	6	7
1.	ATI I +UTS I	DR. BUTAȘ MĂDĂLINA	21-10-	[redacted]	21-10-2021	[redacted]	22-10-2021
2.	ATI II +UTS II	DR. MARIA BRÎNCOVEANU	21-10-		21-10-2021		22-10-2021
3.	BLOC OPERATOR I	DR. HUȚ FLORIN	21-10-		21-10-2021		22-10-2021
4.	BLOC OPERATOR II	DR. TALPOȘ ȘERBAN	21-10-		21-10-2021		22-10-2021
5.	BLOC OPERATOR III	DR. LUPESCU STELIAN	21-10-		21-10-2021		22-10-2021
6.	BLOC OPERATOR IV	DR. BUZESCU MANUELA	21-10-		21-10-2021		22-10-2021
7.	BLOC OPERATOR V	DR. BĂCILĂ MIHAI	21-10-		21-10-2021		22-10-2021
8.	CARDIOLOGIE	PROF. MIRELA DR.TOMESCU	21-10-		21-10-2021		22-10-2021
9.	CHIRURGIE GENERALĂ I	CONF. DR. SIMA LAURENȚIU	21-10-		21-10-2021		22-10-2021
10.	CHIRURGIE GENERALĂ II - ONCOLOGICĂ	PROF. DR. MAZILU OCTAVIAN	21-10-2021		21-10-2021		22-10-2021
11.	CHIRURGIE ORALĂ ȘI MAXILO-FACIALĂ	CONF. DR. MARIUS PRICOP	21-10-2		21-10-2021		22-10-2021
12.	CHIRURGIE TORACICĂ	ȘEF LUCRĂRI DR. COZMA GABRIEL	21-10-2		21-10-2021		22-10-2021
13.	DERMATOVENEROLOGIE	CONF. DR. CRISTODOR PATRICIA	21-10-		21-10-2021		22-10-2021
14.	FARMACIA NR 1	FARM. DREAVĂ ANA	21-10-		21-10-2021		22-10-2021
15.	FARMACIA NR 2	FARM. SIMONA FLOREA	21-10-		21-10-2021		22-10-2021
16.	GASTROENTEROLOGIE	DR. MUSTA IOAN OCTAVIAN	21-10-		21-10-2021		22-10-2021
17.	GERIATRIE ȘI GERONTOLOGIE	DR. VANCEA CORINA	21-10-		21-10-2021		22-10-2021
18.	HEMATOLOGIE	CONF. DR. IONIȚĂ IOANA	21-10-		21-10-2021		22-10-2021
19.	LABORATOR DE ANALIZE MEDICALE	PROF. DR. OLARIU RAREȘ	21-10-		21-10-2021		22-10-2021
20.	LABORATOR DE RADIOLOGIE ȘI IMAGISTICĂ MEDICALĂ	DR. BORLOVAN MONICA	21-10-		21-10-2021		22-10-2021
21.	MEDICINĂ INTERNĂ	PROF. DR. LIGHEZAN DANIEL	21-10-2021		21-10-2021		22-10-2021

22.	MEDICINA MUNCII	ȘEF LUCRĂRI DR. POPESCU FLORINA	21-10-2	[redacted]	21-10-2021	[redacted]	2-10-2021
23.	NEONATOLOGIE	DR. OLARIU GABRIELA	21-10-20	[redacted]	21-10-2021	[redacted]	22-10-2021
24.	ORL	PROF. DR. BALICA NICOLAE	21-10-20	[redacted]	21-10-2021	[redacted]	22-10-2021
25.	OBSTETRICĂ–GINECOLOGIE I	CONF. DR. CHIRIAC DANIELA	21-10-2	[redacted]	21-10-2021	[redacted]	22-10-2021
26.	OBSTETRICĂ – GINECOLOGIE II	PROF. DR. PIRTEA LAURENȚIU	21-10-2	[redacted]	21-10-2021	[redacted]	2-10-2021
27.	OBSTETRICĂ – GINECOLOGIE III	ȘEF LUCRĂRI DR. CIPRIAN CRISAN	21-10-2	[redacted]	21-10-2021	[redacted]	2-10-2021
28.	OBSTETRICĂ – GINECOLOGIE IV	PROF. DR. SAS IOAN	21-10-2	[redacted]	21-10-2021	[redacted]	22-10-2021
29.	OFTALMOLOGIE	PROF. DR. MIHNEA MUNTEANU	21-10-2	[redacted]	21-10-2021	[redacted]	22-10-2021
30.	ONCOLOGIE MEDICALĂ	DR. ȘTEFAN CURESCU	21-10-	[redacted]	21-10-2021	[redacted]	22-10-2021
31.	RADIOTERAPIE	DR. IONIȚĂ IULIA	21-10-2	[redacted]	21-10-2021	[redacted]	22-10-2021
32.	RECUPERARE, MEDICINĂ FIZICĂ ȘI BALNEOLOGIE	CONF. DR. RĂZVAN DRĂGOI	21-10-2	[redacted]	21-10-2021	[redacted]	22-10-2021
33.	SERV. ANATOMIE PATOLOGICĂ I	CONF. DR. FLAVIA BADERCA	21-10-2	[redacted]	21-10-2021	[redacted]	22-10-2021
34.	SERV. ANATOMIE PATOLOGICĂ II	DR. MOLDOVAN MIHAELA	21-10-2	[redacted]	21-10-2021	[redacted]	22-10-2021
35.	UPU	PROF. DR. MEDERLE OVIDIU	21-10-2	[redacted]	21-10-2021	[redacted]	22-10-2021
36.	COMPARTIMENT AUDIT INTERN	EC. GAȘPAR VICTORIA	21-10-	[redacted]	21-10-2021	[redacted]	22-10-2021
37.	COMP. JURIDIC	CJ. ADELINE FODOR	21-10-	[redacted]	21-10-2021	[redacted]	22-10-2021
38.	SPIAAM	DR. ONEȚ DELIA	21-10-	[redacted]	21-10-2021	[redacted]	22-10-2021
39.	PSI+SSM	ING. BORLOVAN DAN	21-10	[redacted]	21-10-2021	[redacted]	22-10-2021
40.	SERV. ACHIZIȚII	EC. JIAN BEATRICE		[redacted]	21-10-2021	[redacted]	22-10-2021
41.	SERV. APROVIZIONARE	EC. MANGRA GEORGETA	21-10	[redacted]	21-10-2021	[redacted]	22-10-2021
42.	SERV. CONTABILITATE	EC. ȘANDOR MIHAELA	21-10-	[redacted]	21-10-2021	[redacted]	22-10-2021
43.	SERV. FINANCIAR	EC. BOLDIȘ ROXANA	21-10-	[redacted]	21-10-2021	[redacted]	
44.	SMCSS	EC. VOICULESCU VIORICA	21-10-2	[redacted]	21-10-2021	[redacted]	22-10-2021
45.	SERV. RUNOS	ING. PĂDURARU FLORICA DANIELA		[redacted]	21-10-2021	[redacted]	22-10-2021
46.	SERV. STATISTICĂ MEDICALĂ	DR. GIEA LUCIA	21-10-	[redacted]	21-10-2021	[redacted]	22-10-2021

10. ANEXE/DIAGRAMA DE PROCES

10.1. **Modele de documente**
10.2. **Diagrama de process**
10.3. **Formular de confirmare a instruirii**
10.4. **Formular de confirmare a evaluării**

10.1. Modele de documente

Anexa 1 - Registrul electronic unic de monitorizare a IAAM al unității
Anexa 2 - Fișa cazului de IAAM
Anexa 3 - Declarația - privind existența/absența cazurilor de IAAM
Anexa 4 - Definiții de caz, conform Deciziei 2018/945/UE
Anexa 5 - Harta punctelor și zonelor de risc pentru apariția IAAM
Anexa 6 - Precauțiuni standard - măsuri minime obligatorii pentru prevenirea și limitarea IAAM (conform Ordinului MS nr. 1101/2016)
Anexa 7 - Igiena mâinilor
Anexa 8 - Evaluarea riscului epidemiologic al pacienților cu scor Carmeli 3 și recomandări terapeutice
Anexa 9 - Măsuri recomandate in vederea limitarii riscului infecțios în cazul pacienților colonizați/ infectați cu microorganisme multidrogrezistente

Anexa 1 - Registrul electronic unic de monitorizare a IAAM al SCMUT

Nr. crt.	Sectia	Nr. FOCG	Varsta	Sex	Data internarii	Data depistarii	Mod de depista (activa, pasiva, studiu de prevalenta, screening	Germene identificat Da/N Daca da, care?	Rezistenta microbiana MDR* Da/Nu, Daca MDR,	Tipul de proba care a fost identificat germenele	Tipul de proba care a fost identificat germenele	Tipul infecției/ localizarea colonizarii	Clasificare Finala (colonizare/ Infecție/ infirmat)

* MDR = MRSA, ESBL, VRE, CRE/CPE, altele.

Anexa 2 - Fișa cazului de IAAM

FIŞA cazului de infecţie asociată asistenţei medicale (IAAM) Codul pacient/ FO.....

Judeţul..... Spitalul..... Secţia..... Specialitatea .....

Se completează şi se semnează de medicul curant din unitatea sanitară raportoare :

DATE DE IDENTITATE

Nume .....Prenume .....Data naşterii__/__/____ Vârsta :..... ani :

daca varsta < 1 an....luni Sex: ☐ M ☐F Domiciliu ☐ urban ☐ rural

DATE CLINICE:

Data internarii __ __/ ___ / ____ Data externarii___ / ___ / _____

Diagnosticul la internare

Diagnosticul infecţiei asociate asistenţei medicale (IAAM)

Unde este cazul

Data aplicării dispozitivului medical/ intervenţiei chirurgicale__ __/ ___ / ____

Tipul inteventiei

Tratamentul antibiotic: (antibiotic , cale de administrare, perioadă)

Izolat da/nu Contacţi:da/nu..... Atitudine:

Statusul la externare :

☐ vindecat ☐ ameliorat ☐ transferat ☐ decedat, daca DA: Data decesului ___ / ___ /

Cauza decesului ☐ IAAM ☐ posibil cauzata de infecţia IAAM ☐fara legatura cu IAAM

☐necunoscut

FACTORI DE RISC ASOCIAŢI

DATE DE LABORATOR:

Etiologia: Germene / germeni în situaţia infecţiilor cu etiologie multipla

Rezistenţa microbiană

CLASIFICAREA CAZULUI - originea:

O Din spitalul raportor **O Din alt spital**

O Unitati de ingrijire cronici/varstnici **O Alte tipuri de ingrijiri medicale**

Semnatura şi parafa medicului curant: ***Data completarii:***

..../.../.....

Data validării Fişei de şeful serviciului de prevenire a infecţiilor asociate asistenţei

.../.../..... ***Semnătura şi parafa:***

Anexa 3 – Declarația - privind existența/ absența cazurilor de IAAM

ANTET

DECLARAȚIE

Subsemnata/ul dr. _____,
șef secție/ compartiment _____,
declar pe proprie răspundere că în luna _____, anul _____, s-au înregistrat un număr de _____ cazuri de infecții asociate asistenței medicale (IAAM).

Data: _____

Semnătura și parafa:

Anexa 4 - Definiții de caz (Decizia 2018/945/UE)

BJ: Infecție osoasă și articulară
BJ-BONE: Osteomielita
Osteomielita trebuie să îndeplinească cel puțin unul dintre următoarele criterii:
- dintr-un os al pacientului au fost cultivate microorganisme;
- pacientul are semne de osteomielită la examinarea directă a osului în timpul unei intervenții chirurgicale sau la un examen histopatologic;
- pacientul are cel puțin 2 dintre următoarele semne sau simptome, fără a putea fi explicate de vreo altă cauză recunoscută: febră (> 38 °C), tumefiere localizată, sensibilitate, căldură sau scurgere la nivelul sediului suspectat al infecției osoase

ȘI cel puțin unul dintre următoarele:
- microorganisme cultivate din sânge;
- test sanguin pozitiv pentru antigen (de exemplu, Haemophilus influenzae, Streptococcus pneumoniae);
- semne radiografice de infecție [de exemplu, anomalii la examenul radiologic, examinare TC, IRM, examenul cu substanțe radiomarcate (galiu, technețiu, etc.)].

Notă referitoare la instrucțiunile de raportare
Mediastinita postchirurgie cardiacă însoțită de osteomielită se raportează ca infecție la locul intervenției chirurgicale-organ/spațiu (SSI-O).
BJ-JNT: Infecții ale articulațiilor sau burselor
Infecțiile articulațiilor sau burselor trebuie să îndeplinească cel puțin unul dintre următoarele criterii:
- din lichidul sinovial sau dintr-un fragment de biopsie sinovială recoltate de la pacient s-au cultivat microorganisme;

- pacientul are semne de infecţie articulară sau a unei burse observate în cursul unei intervenţii chirurgicale sau printr-un examen histopatologic;
- pacientul are cel puţin două dintre următoarele semne sau simptome, fără a putea fi explicate de vreo altă cauză recunoscută: durere, tumefiere, sensibilitate, căldură, semne de hidartroză sau de limitare a mobilităţii articulare

ŞI cel puţin unul dintre următoarele:
- microorganisme şi leucocite în lichidul sinovial colorat Gram;
- test pozitiv pentru antigen efectuat cu sânge, urină sau lichid sinovial;
- profil celular şi analize chimice ale lichidului sinovial compatibile cu infecţia şi neexplicate printr-o boală reumatologică subiacentă;
- semne radiografice de infecţie [de exemplu, anomalii la examenul radiologic, examinare TC, IRM, examenul cu substanţe radiomarcate (galiu, techneţiu, etc.)].

BJ-DISC: Infecţia spaţiului discului vertebral

Infecţia spaţiului discului vertebral trebuie să îndeplinească cel puţin unul dintre următoarele criterii:
- de la nivelul ţesutului dintr-un spaţiu al unui disc vertebral al pacientului, obţinut în cursul unei intervenţii chirurgicale sau printr-o aspiraţie cu ac, au fost cultivate microorganisme;
- pacientul are semne de infecţie a spaţiului unui disc vertebral observate în cursul unei intervenţii chirurgicale sau printr-un examen histopatologic;
- pacientul prezintă febră (> 38 °C) neexplicată prin alte cauze recunoscute sau durere la nivelul spaţiului discului vertebral implicat ŞI semne radiografice de infecţie [de exemplu, anomalii la examenul radiologic, examinare TC, IRM, examenul cu substanţe radiomarcate (galiu, techneţiu, etc.)];
- pacientul prezintă febră (> 38 °C) neexplicată prin alte cauze recunoscute şi durere la nivelul spaţiului discului vertebral implicat ŞI test pozitiv pentru antigen efectuat cu sânge sau urină (de exemplu, Haemophilus influenzae, Streptococcus pneumoniae, Neisseria meningitidis sau Group B Streptococcus).

BSI: Infecţie sanguină BSI:

Infecţie sanguină confirmată prin teste de laborator O hemocultură pozitivă la un patogen cunoscut SAU

pacientul prezintă cel puţin unul dintre următoarele semne sau simptome: febră (> 38 °C), frisoane sau hipotensiune

ŞI

două hemoculturi pozitive la un agent care contaminează în mod obişnuit tegumentul (din 2 probe de sânge separate, de obicei în primele 48 de ore).

Contaminanţi ai tegumentului = stafilococi coagulazo-negativi, Micrococcus spp., Propionibacterium acnes, Bacillus spp., Corynebacterium spp.

Sursa infecţiei sanguine:
- cateter: acelaşi microorganism a fost cultivat de la nivelul unui cateter sau simptomele se ameliorează în primele 48 de ore după înlăturarea cateterului [C-PVC: cateter periferic, C-CVC: cateter venos central (Notă: BSI C-CVC sau C-PVC se raportează ca CRI3-CVC sau CRI3-PVC respectiv, dacă există confirmare microbiologică, a se vedea definiţia CRI3)];
- secundar unei alte infecţii: acelaşi microorganism a fost izolat de la nivelul unui alt sediu al infecţiei sau există semne clinice evidente care indică faptul că infecţia sanguină a fost secundară unui alt sediu al infecţiei, unei proceduri invazive de diagnostic sau unui corp străin

- pulmonară (S-PUL);
- infecție la nivelul tractului urinar (S-UTI);
- infecție la nivelul tractului digestiv (S-DIG);
- SSI (S-SSI): infecție la locul intervenției chirurgicale;
- tegument și țesuturi moi (S-SST);
- altele (S-OTH);
- origine necunoscută (UO): Niciunul dintre cele de mai sus, infecție sanguină de origine necunoscută (verificată în cursul anchetei și fără a se găsi o sursă);
- necunoscută (UNK): nu există informații disponibile privind sursa infecției sanguine sau informațiile lipsesc.

CNS: Infecție la nivelul sistemului nervos central
CNS-IC: Infecție intracraniană (abces cerebral, infecție subdurală sau epidurală, encefalită)
Infecția intracraniană trebuie să îndeplinească cel puțin unul dintre următoarele criterii:
- din țesutul cerebral sau din dura mater a pacientului au fost cultivate microorganisme;
- pacientul are un abces sau are semne de infecție intracraniană observate în cursul unei intervenții chirurgicale sau printr-un examen histopatologic;
- pacientul are cel puțin 2 dintre următoarele semne sau simptome, fără a putea fi explicate de vreo altă cauză recunoscută: cefalee, amețeli, febră (> 38 °C), semne neurologice de localizare, fluctuații ale conștienței sau confuzie

ȘI

cel puțin unul dintre următoarele:
- microorganisme observate la examinarea microscopică a unor fragmente de țesut cerebral sau prelevate de la nivelul unui abces, obținute prin aspirație cu ac sau prin biopsie în timpul unei intervenții chirurgicale sau la autopsie;
- test pozitiv pentru antigen efectuat cu sânge sau urină;
- semne radiografice de infecție (de exemplu, anomalii la examenul ecografic, examinarea TC, IRM, la examinarea cerebrală cu substanțe radiomarcate sau la arteriografie);
- un singur titru de anticorpi cu valoare diagnostică (IgM) sau o creștere de 4 ori în seruri-pereche a anticorpilor (IgG) împotriva agentului patogen

ȘI

dacă diagnosticul este stabilit ante mortem, terapie antimicrobiană corespunzătoare instituită de un medic.
Notă referitoare la instrucțiunile de raportare
Dacă coexistă meningită și abces cerebral, infecția se raportează ca IC.
CNS-MEN: Meningită sau ventriculită
Meningita sau ventriculita trebuie să îndeplinească cel puțin unul dintre următoarele criterii:
- din lichidul cefalorahidian (LCR) al pacientului au fost cultivate microorganisme;
- pacientul are cel puțin unul dintre următoarele semne sau simptome, fără a putea fi explicate de vreo altă cauză recunoscută: febră (> 38 °C), cefalee, hipomobilitate a gâtului, semne meningiene, semne de afectare a nervilor cranieni sau iritabilitate

ȘI

cel puțin unul dintre următoarele:
- număr de leucocite crescut, nivel de proteine crescut și/sau nivel al glucozei scăzut în LCR;
- microorganisme observate în LCR colorat Gram;

- microorganisme cultivate din sânge;
- test pozitiv pentru antigen efectuat cu LCR, sânge sau urină;
- un singur titru de anticorpi cu valoare diagnostică (IgM) sau o creștere de 4 ori în seruri-pereche a anticorpilor (IgG) împotriva agentului patogen ȘI dacă diagnosticul este stabilit ante mortem, terapie antimicrobiană corespunzătoare instituită de un medic.

Notă referitoare la instrucțiunile de raportare
- infecția unui șunt LCR se raportează ca SSI dacă apare la mai puțin de 90 de zile de la plasare; dacă apare la peste 90 de zile sau după manipularea/accesul șuntului, se raportează ca CNS-MEN dacă infecția corespunde definiției unui caz general de HAI;
- meningoencefalita se raportează ca MEN;
- abcesul spinal însoțit de meningită se raportează ca MEN.

CNS-SA: Abces spinal fără meningită

Un abces al spațiului spinal epidural sau subdural, fără implicarea lichidului cefalorahidian sau a structurilor osoase adiacente, trebuie să îndeplinească cel puțin unul dintre următoarele criterii:
- de la nivelul abcesului spațiului spinal epidural sau subdural al pacientului au fost cultivate microorganisme;
- în cursul unei intervenții chirurgicale sau la autopsie se constată prezența unui abces al spațiului spinal epidural sau subdural sau există semne de abces la examenul histopatologic;
- pacientul are cel puțin unul dintre următoarele semne sau simptome, fără a putea fi explicate de vreo altă cauză recunoscută: febră (> 38 °C), durere la nivelul trunchiului posterior, sensibilitate localizată, radiculită, parapareză sau paraplegie

ȘI

cel puțin unul dintre următoarele:
- microorganisme cultivate din sânge;
- semne radiografice de abces spinal [de exemplu, anomalii la mielografie, ecografie, examinarea TC, IRM sau la alte examinări (galiu, technețiu etc.)]

ȘI

dacă diagnosticul este stabilit ante mortem, terapie antimicrobiană corespunzătoare instituită de un medic.

Notă referitoare la instrucțiunile de raportare Abcesul spinal însoțit de meningită se raportează ca meningită (CNS-MEN).

CRI: Infecție asociată unui cateter (1)

CRI1-CVC: Infecție locală asociată CVC (nicio hemocultură pozitivă)
- cultură CVC cantitativă ≥ 103 UFC/ml sau cultură CVC semicantitativă > 15 UFC
- ȘI puroi/inflamație la locul de inserție sau la nivelul canalului.

CRI1-PVC: Infecție locală asociată PVC (nicio hemocultură pozitivă)
- cultură PVC cantitativă ≥ 103 UFC/ml sau cultură PVC semicantitativă > 15 UFC
- ȘI puroi/inflamație la locul de inserție sau la nivelul canalului.

CRI2-CVC: Infecție sistemică asociată CVC (nicio hemocultură pozitivă)
- cultură CVC cantitativă ≥ 103 UFC/ml sau cultură CVC semicantitativă > 15 UFC
- ȘI semnele clinice se ameliorează în decurs de 48 de ore de la îndepărtarea cateterului.

CVC = cateter vascular central, PVC = cateter vascular periferic.

Colonizarea unui cateter vascular central nu se raportează. O CRI3 (-CVC sau -PVC) reprezintă, de asemenea, infecție sanguină, având ca sursă C-CVC sau C-PVC, respectiv; totuși, în cazul în care se

raportează o CRI3, BSI nu se raportează în ancheta de stabilire a prevalenței punctuale; BSI asociată unui cateter și confirmată microbiologic se raportează ca CRI3.

CRI2-PVC: Infecție sistemică asociată PVC (nicio hemocultură pozitivă)

- cultură PVC cantitativă ≥ 103 UFC/ml sau cultură PVC semicantitativă > 15 UFC
- ȘI semnele clinice se ameliorează în decurs de 48 de ore de la îndepărtarea cateterului.

CRI3-CVC: infecție sanguină asociată CVC confirmată microbiologic

- BSI apărută la 48 de ore înainte sau după îndepărtarea cateterului (dacă s-a îndepărtat vreunul)

ȘI cultură pozitivă cu același microorganism la oricare dintre următoarele:

- cultură CVC cantitativă ≥ 103 UFC/ml sau cultură CVC semicantitativă > 15 UFC;
- raport între hemoculturi cantitative probă sanguină CVC/probă sanguină periferică > 5; — întârziere diferențiată a hemoculturilor pozitive: hemocultură CVC pozitivă cu 2 ore sau mai mult înainte de hemocultura din sângele periferic (probe de sânge recoltate în același timp);
- cultură pozitivă cu același microorganism din puroi recoltat de la locul de inserție.

CRI3-PVC: infecție sanguină asociată PVC confirmată microbiologic

BSI apărută la 48 de ore înainte sau după îndepărtarea cateterului (dacă s-a îndepărtat vreunul)

ȘI cultură pozitivă cu același microorganism la oricare dintre următoarele:

- cultură PVC cantitativă ≥ 103 UFC/ml sau cultură PVC semicantitativă > 15 UFC;
- cultură pozitivă cu același microorganism din puroi recoltat de la locul de inserție.

CVS: Infecție la nivelul sistemului cardiovascular

CVS-VASC: Infecție arterială sau venoasă

Infecția arterială sau venoasă trebuie să îndeplinească cel puțin unul dintre următoarele criterii:

- de la nivelul arterelor sau venelor pacientului excizate chirurgical au fost cultivate microorganisme ȘI hemocultură neefectuată sau negative
- pacientul are semne de infecție arterială sau venoasă observate în cursul unei intervenții chirurgicale sau la un examen histopatologic;
- pacientul are cel puțin unul dintre următoarele semne sau simptome, fără a putea fi explicate de vreo altă cauză recunoscută: febră (> 38 °C), durere, eritem sau căldură la nivelul vasului afectat ȘI peste 15 colonii cultivate din vârful canulei intravasculare utilizând metoda culturii semicantitative ȘI hemocultură neefectuată sau negativă
- pacientul prezintă scurgeri purulente la nivelul vasului afectat ȘI hemocultură neefectuată sau negativă.

Notă referitoare la instrucțiunile de raportare Infecțiile unei grefe arteriovenoase, ale unui șunt sau ale unei fistule sau ale unui sediu al unei canulări intravasculare cu hemocultură negativă se raportează ca CVS-VASC. CVS-VASC care corespunde celui de-al treilea criteriu se raportează ca CRI1 sau CRI2, după caz.

CVS-ENDO: Endocardită

Endocardita la nivelul unei valve cardiace naturale sau protetice trebuie să îndeplinească cel puțin unul dintre următoarele criterii:

- de la nivelul unei valve sau al unei vegetații au fost cultivate microorganisme;
- pacientul prezintă două sau mai multe dintre următoarele semne sau simptome, fără a putea fi explicate de vreo altă cauză recunoscută: febră (> 38 °C), suflu nou sau modificat, fenomene embolice, manifestări cutanate (de exemplu, petеșii, hemoragii ale patului unghial, noduli subcutanați dureroși), insuficiență cardiacă congestivă sau anomalii de conducere cardiac

ȘI cel puțin unul dintre următoarele:

- microorganisme cultivate din două sau mai multe hemoculturi;
- microorganisme prezente la nivelul unei valve colorată Gram, în cazul în care cultura este negativă sau neefectuată;
- vegetație valvulară observată în cursul unei intervenții chirurgicale sau la autopsie;
- test pozitiv pentru antigen efectuat cu sânge sau urină (de exemplu, Haemophilus influenzae, Streptococcus pneumoniae, Neisseria meningitidis sau Streptococcus Group B);
- semne de vegetații noi observate pe ecocardiogramă

ȘI dacă diagnosticul este stabilit ante mortem, terapie antimicrobiană corespunzătoare instituită de un medic.

CVS-CARD: Miocardită sau pericardită

Miocardita sau pericardita trebuie să îndeplinească cel puțin unul dintre următoarele criterii:
- de la nivelul țesutului pericardic sau al lichidului pericardic al pacientului, obținute printr-o aspirație cu ac sau în cursul unei intervenții chirurgicale, au fost cultivate microorganisme;
- pacientul are cel puțin două dintre următoarele semne sau simptome, fără a putea fi explicate de vreo altă cauză recunoscută: febră (> 38 °C), durere toracică, puls paradoxal sau cardiomegalie

ȘI cel puțin unul dintre următoarele:
- anomalii EKG compatibile cu miocardita sau pericardita;
- test pozitiv pentru antigen efectuat cu sânge (de exemplu, Haemophilus influenzae, Streptococcus pneumoniae);
- semne de miocardită sau pericardită la examenul histologic al țesutului cardiac;
- creștere de 4 ori a titrului de anticorpi specifici de tip, cu sau fără izolarea virusului din faringe sau fecale;
- revărsat pericardic identificat prin ecocardiogramă, examinare TC, IRM sau angiografie.

CVS-MED: Mediastinită

Mediastinita trebuie să îndeplinească cel puțin unul dintre următoarele criterii:
- de la nivelul țesutului mediastinal sau al lichidului mediastinal al pacientului, obținute în cursul unei intervenții chirurgicale sau prin aspirație cu ac, au fost cultivate microorganisme;
- pacientul prezintă semne de mediastinită observate în cursul unei intervenții chirurgicale sau la examenul histopatologic;
- pacientul prezintă cel puțin unul dintre următoarele semne sau simptome, fără a putea fi explicate de vreo altă cauză recunoscută: febră (> 38 °C), durere toracică sau instabilitate a sternului

ȘI cel puțin unul dintre următoarele:
- scurgere purulentă de la nivelul zonei mediastinale;
- microorganisme cultivate din sânge sau din lichidul scurs din zona mediastinală;
- lărgirea mediastinului la examenul radiologic.

Notă referitoare la instrucțiunile de raportare

Mediastinita postchirurgie cardiacă însoțită de osteomielită se raportează ca SSI-O.

EENT: Infecție la nivelul ochiului, urechii, nasului, faringelui sau cavității bucale

EENT-CONJ: Conjunctivită

Conjunctivita trebuie să îndeplinească cel puțin unul dintre următoarele criterii:
- dintr-un exsudat purulent obținut de la pacient de la nivelul conjunctivei sau al țesuturilor învecinate, cum ar fi pleoape, cornee, glande Meibom sau lacrimale, au fost cultivați patogeni;
- pacientul prezintă durere sau roșeață a conjunctivei sau în jurul ochiului

ȘI cel puțin unul dintre următoarele:

- leucocite și microorganisme observate în exsudate colorate Gram;
- exsudate purulente;
- test pozitiv pentru antigen (de exemplu, ELISA sau IF pentru Chlamydia trachomatis, virusul herpes simplex, adenovirus) efectuat cu exsudat sau cu material raclat de la nivelul conjunctivei;
- celule gigante multinucleate observate la examinarea microscopică a exsudatului sau materialului raclat de la nivelul conjunctivei;
- cultură virală pozitivă;
- un singur titru de anticorpi cu valoare diagnostică (IgM) sau o creștere de 4 ori în seruri-pereche a anticorpilor (IgG) împotriva agentului patogen.

Notă referitoare la instrucțiunile de raportare
- Alte infecții ale ochiului se raportează ca EYE.
- Conjunctivita chimică cauzată de nitratul de argint (AgNO3) nu se raportează ca infecție asociată asistenței medicale.
- Conjunctivita asociată unei infecții virale sistemice nu se raportează (de exemplu, rujeolă, varicelă sau URI).

EENT-EYE: Ochi, altele decât conjunctivita

O infecție la nivelul ochiului, alta decât conjunctivita, trebuie să îndeplinească cel puțin unul dintre următoarele criterii:
- din lichidul recoltat de la nivelul camerei anterioare sau posterioare sau din umoarea vitroasă a ochiului unui pacient au fost cultivate microorganisme;
- pacientul are cel puțin 2 dintre următoarele semne sau simptome, fără a putea fi explicate de vreo altă cauză recunoscută: durere oculară, tulburări vizuale sau hipopion

ȘI cel puțin unul dintre următoarele:
- diagnostic de infecție oculară stabilit de un medic;
- test pozitiv pentru antigen efectuat cu sânge (de exemplu, Haemophilus influenzae, Streptococcus pneumoniae);
- microorganisme cultivate din sânge.

EENT-EAR: Ureche și mastoid

Infecția auriculară și mastoidiană trebuie să îndeplinească cel puțin unul dintre următoarele criterii:
Otita externă trebuie să îndeplinească cel puțin unul dintre următoarele criterii:
- din lichidul scurs din canalul auditiv al pacientului au fost cultivați agenți patogeni;
- pacientul prezintă cel puțin unul dintre următoarele semne sau simptome, fără a putea fi explicate de vreo altă cauză recunoscută: febră (> 38 °C), durere, roșeață sau lichid scurs din canalul auditiv;
- și microorganisme observate în lichidul scurs colorat Gram.

Otita medie trebuie să îndeplinească cel puțin unul dintre următoarele criterii:
- din lichidul obținut de la nivelul urechii medii a pacientului prin timpanocenteză sau în cursul unei intervenții chirurgicale au fost cultivate microorganisme;
- pacientul are cel puțin două dintre următoarele semne sau simptome, fără a putea fi explicate de vreo altă cauză recunoscută: febră (> 38 °C), durere la nivelul timpanului, inflamație, retracție sau mobilitate redusă a timpanului sau prezența de lichid medial de timpan.

Otita internă trebuie să îndeplinească cel puțin unul dintre următoarele criterii:
- din lichidul obținut de la nivelul urechii interne a pacientului în cursul unei intervenții chirurgicale au fost cultivate microorganisme;
- pacientul a fost diagnosticat cu otită internă de către un medic.

Mastoidita trebuie să îndeplinească cel puțin unul dintre următoarele criterii:

- din lichidul scurs de la nivel mastoidei pacientului au fost cultivate microorganisme;
- pacientul are cel puțin două dintre următoarele semne sau simptome, fără a putea fi explicate de vreo altă cauză recunoscută: febră (> 38 °C), durere, sensibilitate, eritem, cefalee sau paralizie de nerv facial

ȘI cel puțin unul dintre următoarele:
- microorganisme observate în materialul purulent obținut de la nivelul mastoidei colorat Gram;
- test pozitiv pentru antigen efectuat cu sânge.

EENT-ORAL: Cavitatea orală (cavitatea bucală, limbă sau gingii)

Infecțiile cavității orale trebuie să îndeplinească cel puțin unul dintre următoarele criterii:
- din materialul purulent obținut de la nivelul țesuturilor cavității orale a pacientului au fost cultivate microorganisme;
- pacientul are un abces sau alte semne de infecție a cavității orale observate la examinarea directă, în cursul unei intervenții chirurgicale sau printr-un examen histopatologic;
- pacientul are cel puțin unul dintre următoarele semne sau simptome, fără a putea fi explicate de vreo altă cauză recunoscută: abces, ulcerație, pete albe reliefate pe mucoasa inflamată sau plăci pe mucoasa orală

ȘI cel puțin unul dintre următoarele:
- microorganisme observate prin colorație Gram;
- colorație cu hidroxid de potasiu (KOH) pozitivă;
- celule gigante multinucleate observate la examinarea microscopică a materialului raclat de la nivelul mucoasei;
- test pozitiv pentru antigen în secreții orale;
- un singur titru de anticorpi cu valoare diagnostică (IgM) sau o creștere de 4 ori în seruri-pereche a anticorpilor (IgG) împotriva agentului patogen;
- diagnostic de infecție stabilit de un medic și tratament antimicotic topic sau oral.

Notă referitoare la instrucțiunile de raportare

Infecțiile primare cauzate de herpes simplex ale cavității orale asociate asistenței medicale se raportează ca ORAL; infecțiile herpetice recurente nu sunt asociate asistenței medicale.

EENT-SINU: Sinuzita

Sinuzita trebuie să îndeplinească cel puțin unul dintre următoarele criterii:
- din materialul purulent obținut de la nivelul unei cavități sinusale a pacientului au fost cultivate microorganisme;
- pacientul are cel puțin unul dintre următoarele semne sau simptome, fără a putea fi explicate de vreo altă cauză recunoscută: febră (> 38 °C), durere sau sensibilitate la nivelul sinusului afectat, cefalee, exsudat purulent sau obstrucție nazală

ȘI cel puțin unul dintre următoarele:
- transiluminare pozitivă;
- examinare radiografică pozitivă (inclusiv examinare TC).

EENT-UR: Tract respirator superior, faringită, laringită, epiglotită

Infecțiilor tractului respirator superior trebuie să îndeplinească cel puțin unul dintre următoarele criterii:
- pacientul are cel puțin două dintre următoarele semne sau simptome, fără a putea fi explicate de vreo altă cauză recunoscută: febră (> 38 °C), eritem al faringelui, angină faringiană, tuse, răgușeală sau exsudat purulent în faringe

ȘI cel puțin unul dintre următoarele:

- microorganisme cultivate de la nivelul unui sediu specific;
- microorganisme cultivate din sânge;
- test pozitiv pentru antigen efectuat cu sânge sau secreții respiratorii;
- un singur titru de anticorpi cu valoare diagnostică (IgM) sau o creștere de 4 ori în seruri-pereche a anticorpilor (IgG) împotriva agentului patogen;
- diagnostic de infecție a tractului respirator superior stabilit de un medic;
- pacientul are un abces observat la examinarea directă, în cursul unei intervenții chirurgicale sau printr-un examen histopatologic.

GI: Infecție la nivelul sistemului gastrointestinal

GI-CDI: Infecția cu Clostridium difficile

O infecție cauzată de Clostridium difficile (denumită anterior și diaree asociată cu Clostridium difficile sau CDAD) trebuie să îndeplinească cel puțin unul dintre următoarele criterii:
- scaune diareice sau megacolon toxic

ȘI un test de laborator efectuat din fecale care este pozitiv pentru toxina Clostridium difficile A și/sau B sau un microorganism Clostridium difficile producător de toxină detectat în scaun prin cultură sau prin alte mijloace, de exemplu, un rezultat PCR pozitiv;
- colită pseudomembranoasă la examenul endoscopic al tractului gastrointestinal inferior;
- histopatologie a colonului caracteristică pentru infecția cu Clostridium difficile (cu sau fără diaree) la nivelul unei probe obținută prin endoscopie, colectomie sau la autopsie.

GI-GE: Gastroenterită (exclusiv CDI)

Gastroenterita trebuie să îndeplinească cel puțin unul dintre următoarele criterii:
- pacientul are debut acut de diaree (scaune lichide de mai mult de 12 ore), cu sau fără vărsături sau febră (> 38 °C), fără a putea fi explicată de o cauză neinfecțioasă probabilă (de exemplu, prin teste diagnostice, regim terapeutic altul decât agenți antimicrobieni, exacerbare acută a unei boli cronice sau stres psihologic);
- pacientul are cel puțin 2 dintre următoarele semne sau simptome, fără a putea fi explicate de vreo altă cauză recunoscută: grețuri, vărsături, durere abdominală, febră (> 38 °C) sau cefalee

ȘI cel puțin unul dintre următoarele:
- un patogen intestinal este cultivat din scaun sau dintr-un material recoltat de la nivelul mucoasei rectale;
- un patogen intestinal este detectat prin microscopie uzuală sau electronică;
- un patogen intestinal este detectat prin teste pentru antigeni sau anticorpi în sânge sau în scaun;
- semnele prezenței unui patogen intestinal sunt detectate prin intermediul unor modificări citopate într-o cultură tisulară (test pentru toxină);
- un singur titru de anticorpi cu valoare diagnostică (IgM) sau o creștere de 4 ori în seruri-pereche a anticorpilor (IgG) împotriva agentului patogen.

GI-GIT: Tract gastrointestinal (esofag, stomac, intestin subțire și gros și rect) cu excepția gastroenteritei și a apendicitei

Infecțiile tractului gastrointestinal, cu excepția gastroenteritei și a apendicitei, trebuie să îndeplinească cel puțin unul dintre următoarele criterii:
- pacientul are un abces sau alte semne de infecție observate în cursul unei intervenții chirurgicale sau printr-un examen histopatologic;

- pacientul prezintă cel puțin 2 dintre următoarele semne sau simptome, fără a putea fi explicate de vreo altă cauză recunoscută și compatibile cu o infecție a organului sau țesutului afectat: febră (> 38 °C), grețuri, vărsături, durere abdominală sau sensibilitate

ȘI cel puțin unul dintre următoarele:

- microorganisme cultivate dintr-un lichid drenat sau țesut obținut în cursul unei intervenții chirurgicale sau al unei endoscopii sau cu ajutorul unui dren plasat chirurgical;
- microorganisme observate la colorația Gram sau cu KOH sau celule gigante multinucleate observate la examinarea microscopică a unui lichid drenat sau a unui țesut obținut în cursul unei intervenții chirurgicale sau al unei endoscopii sau de la nivelul unui dren plasat chirurgical;
- microorganisme cultivate din sânge;
- semne patologice la examinarea radiografică;
- semne patologice la examinarea endoscopică (de exemplu, Candida spp. esofagită sau proctită).

GI-HEP: Hepatită

Hepatita trebuie să îndeplinească următorul criteriu:

Pacientul are cel puțin 2 dintre următoarele semne sau simptome, fără a putea fi explicate de vreo altă cauză recunoscută: febră (> 38 °C), anorexie, grețuri, vărsături, durere abdominală, icter sau antecedente de transfuzie în precedentele 3 luni

ȘI cel puțin unul dintre următoarele:

- test pozitiv pentru antigeni sau anticorpi caracteristici hepatitei A, hepatitei B, hepatitei C sau hepatitei delta;
- anomalii ale testelor funcționale hepatice (de exemplu, ALT/AST, bilirubină crescute);
- citomegalovirus (CMV) detectat în urină sau în secreții orofaringiene.

Notă referitoare la instrucțiunile de raportare

- Hepatita sau icterul de origine neinfecțioasă (deficitul de alfa-1 antitripsină, etc.) nu se raportează.
- Hepatita sau icterul rezultat în urma expunerii la hepatotoxine nu se raportează (hepatită alcoolică sau indusă de paracetamol, etc.).
- Hepatita sau icterul cauzate de obstrucția biliară nu se raportează (colecistită).

GI-IAB: Intraabdominală, nespecificată în altă parte, inclusiv vezicula biliară, ductele biliare, ficatul (cu excepția hepatitei virale), splina, pancreasul, peritoneul, spațiul subfrenic sau subdiafragmatic sau alte țesuturi intraabdominale sau zone nespecificate în altă parte

Infecțiile intraabdominale trebuie să îndeplinească cel puțin unul dintre următoarele criterii:

- din material purulent provenit din spațiul intraabdominal al pacientului, obținut în cursul unei intervenții chirurgicale sau printr-o aspirație cu ac, au fost cultivate microorganisme;
- pacientul are un abces sau alte semne de infecție intraabdominală observate în cursul unei intervenții chirurgicale sau printr-un examen histopatologic;
- pacientul prezintă cel puțin două dintre următoarele semne sau simptome, fără a putea fi explicate de vreo altă cauză recunoscută: febră (> 38 °C), grețuri, vărsături, durere abdominală sau icter

ȘI cel puțin unul dintre următoarele:

- microorganisme cultivate din lichidul scurs dintr-un dren plasat chirurgical (de exemplu, sistem de drenaj prin aspirație în circuit închis, dren deschis, tub de drenaj în T);
- microorganisme observate în lichid drenat sau în țesut colorate Gram, obținute în cursul unei intervenții chirurgicale sau printr-o aspirație cu ac;
- microorganisme cultivate din sânge și semne radiografice de infecție [de exemplu, anomalii la examinarea ecografică, examinare TC, IRM sau la examenul cu substanțe radiomarcate (galiu, technețiu, etc.)] sau la examenul radiologic al abdomenului.

Notă referitoare la instrucțiunile de raportare
Pancreatita nu se raportează (un sindrom inflamator caracterizat prin dureri abdominale, grețuri și vărsături, asociate cu niveluri serice mari ale enzimelor pancreatice), cu excepția cazului în care este stabilit că este de origine infecțioasă.

LRI: Infecție la nivelul tractului respirator inferior, alta decât pneumonia
LRI-BRON: Bronșită, traheobronșită, bronșiolită, traheită, fără semne de pneumonie
Pacientul nu are niciun semn clinic sau radiografic de pneumonie
ȘI pacientul are cel puțin două dintre următoarele semne sau simptome, fără a putea fi explicate de vreo altă cauză recunoscută: febră (> 38 °C), tuse, producție de spută nou instalată sau crescută, ronhusuri, wheezing
ȘI cel puțin unul dintre următoarele:
- cultură pozitivă dintr-un material obținut prin aspirare din traheea profundă sau prin bronhoscopie; - test pozitiv pentru antigen în secreții respiratorii.
Notă referitoare la instrucțiunile de raportare
La un pacient cu boală pulmonară cronică, bronșita cronică nu se raportează ca infecție, cu excepția cazului în care există semne de infecție secundară acută, concretizată prin prezența unui alt microorganism.
LRI-LUNG: Alte infecții ale tractului respirator inferior
Alte infecții ale tractului respirator inferior trebuie să îndeplinească cel puțin unul dintre următoarele criterii:
- în/din țesutul pulmonar sau lichidul pulmonar al pacientului, inclusiv în/din cel pleural, au fost observate/cultivate microorganisme;
- pacientul are un abces sau empiem pulmonar observate în cursul unei intervenții chirurgicale sau printr-un examen histopatologic;
- pacientul are un abces cavitar observat la examenul radiografic al plămânului.
Notă referitoare la instrucțiunile de raportare
Abcesul pulmonar sau empiemul fără pneumonie se raportează ca LUNG.

NEO: Definiții de caz specifice neonatale
NEO-CSEP: Septicemie clinică
TOATE cele trei criterii următoare:
- medicul curant a început terapie antimicrobiană adecvată pentru septicemie pentru cel puțin 5 zile;
- fără depistare a unor patogeni în hemocultură sau lipsa testării;
- fără infecție evidentă la nivelul altui sediu
ȘI 2 dintre următoarele criterii (fără altă cauză aparentă):
- febră (> 38 °C) sau instabilitate termică (resetare frecventă a incubatorului) sau hipotermie (< 36,5 °C);
- tahicardie (> 200/min) sau bradicardie nou apărută/agravată (< 80/min);
- timp de reumplere capilară (CRT) > 2 s;
- apnee nou apărută sau agravată (> 20 s);
- acidoză metabolică neexplicată;
- hiperglicemie nou apărută (> 140 mg/dl);

- alt semn de septicemie [culoarea tegumentelor (doar dacă CRT nu este utilizat), semne de laborator (PCR, interleukină), necesar de oxigen crescut (intubație), stare generală instabilă a pacientului, apatie].

NEO-LCBI: BSI confirmată prin teste de laborator

Cel puțin două dintre următoarele: temperatură > 38 °C sau < 36,5 °C sau instabilitate termică, tahicardie sau bradicardie, apnee, timp de reumplere capilară prelungit (CRT), acidoză metabolică, hiperglicemie, alte semne de BSI, cum ar fi apatia

ȘI un patogen recunoscut care nu aparține grupului stafilococilor coagulazo-negativi, cultivat din sânge sau din lichid cefalorahidian (LCR; se include deoarece meningita la acest grup de vârstă este de obicei de origine hematogenă, astfel încât LCR pozitiv poate fi considerat ca semn de BSI chiar dacă hemoculturile sunt negative sau nu au fost recoltate).

Notă referitoare la instrucțiunile de raportare

- Pentru a fi în concordanță cu raportarea BSI în cazul adulților (inclusiv BSI secundară), criteriul „microorganismul este independent de o infecție la nivelul unui alt sediu" a fost eliminat din definiția „Neo-KISS" pentru scopurile „EU PPS".
- Originea BSI neonatale se raportează în rubrica originea BSI.
- Dacă definițiile de caz pentru NEO-LCBI și pentru NEO-CNSB sunt îndeplinite, se raportează NEO-LCBI.

NEO-CNSB: BSI confirmată prin teste de laborator cauzată de stafilococi coagulazo-negativi

- cel puțin două dintre următoarele: temperatură > 38 °C sau < 36,5 °C sau instabilitate termică, tahicardie sau bradicardie, apnee, timp de reumplere capilară prelungit, acidoză metabolică, hiperglicemie, alte semne de BSI, cum ar fi apatia
- ȘI din sânge sau de la nivelul vârfului unui cateter sunt cultivați stafilococi coagulazo-negativi
- ȘI pacientul prezintă unul dintre următoarele: proteină C-reactivă > 2 mg/dL, raport neutrofile imature/totale (raport I/T) > 0,2, leucocite < 5/nL, trombocite < 100/nL.

Notă referitoare la instrucțiunile de raportare

- Pentru a fi în concordanță cu raportarea BSI în cazul adulților (inclusiv BSI secundară), criteriul „microorganismul este independent de o infecție la nivelul unui alt sediu" a fost eliminat din definiția „Neo-KISS" pentru scopurile „EU PPS".
- Originea BSI neonatale se raportează în rubrica originea BSI.
- Dacă definițiile de caz pentru NEO-LCBI și pentru NEO-CNSB sunt îndeplinite, se raportează

NEO-LCBI. NEO-PNEU: Pneumonie

- afectare respiratory
- ȘI infiltrat, consolidare sau revărsat pleural nou apărute la examenul radiologic al toracelui
- ȘI cel puțin patru dintre următoarele: temperatură > 38 °C sau < 36,5 °C sau instabilitate termică, tahicardie sau bradicardie, tahipnee sau apnee, dispnee, secreții respiratorii în cantitate crescută, apariția de spută purulentă, izolarea unui patogen din secrețiile respiratorii, proteină C-reactivă > 2 mg/dL, raport I/T > 0,2.

NEO-NEC: Enterocolită necrozantă

Semne histopatologice de enterocolită necrozantă

SAU cel puțin o anomalie radiografică caracteristică (pneumoperitoneu, pneumatoză intestinală, anse ale intestinului subțire „rigide" imobile) plus cel puțin două din următoarele, fără să existe o altă explicație: vărsături, distensie abdominală, resturi alimentare, hemoragie microscopică sau macroscopică persistentă în scaun.

PN: Pneumonie

Două sau mai multe examinări seriate radiologice sau TC toracice cu o imagine sugestivă pentru pneumonie la pacienți cu boli pulmonare sau cardiace subiacente. La pacienții fără boli pulmonare sau cardiace subiacente, o singură examinare radiologică sau TC toracică definitorie este suficientă ȘI cel puțin unul dintre următoarele simptome:

- febră > 38 °C fără altă cauză;
- leucopenie (< 4 000 leucocite/mm3) sau leucocitoză (≥ 12 000 leucocite/mm3)

ȘI cel puțin unul dintre următoarele (sau cel puțin două, dacă pneumonia este manifestă doar clinic = PN 4 și PN 5):

- apariția de spută purulentă sau modificarea caracteristicilor sputei (culoare, miros, cantitate, consistență);
- tuse sau dispnee sau tahipnee;
- semne auscultatorii sugestive (raluri sau sunete respiratorii de origine bronhică), ronhusuri, wheezing;
- deteriorarea schimbului de gaze (de exemplu, desaturarea O2 sau creșterea necesarului de oxigen sau creșterea necesarului de ventilație) și conform metodei de diagnostic folosite.

(a) Diagnostic bacteriologic efectuat prin:

Cultură cantitativă pozitivă dintr-o probă minim contaminată provenită din LRT (1) (PN 1)

- lavaj bronhoalveolar (BAL) cu un prag ≥ 104 UFC (2)/ml sau ≥ 5 % celule obținute prin BAL conțin bacterii intracelulare la examinarea microscopică directă (clasificat în categoria diagnostică BAL);
- perie protejată (PP Wimberley) cu un prag de ≥ 103 UFC/ml;
- aspirat distal protejat (DPA) cu un prag de ≥ 103 UFC/ml.

Cultură cantitativă pozitivă dintr-o probă posibil contaminată provenită din LRT (PN 2)

- cultură cantitativă a probei din LRT (de exemplu, aspirat endotraheal) cu un prag de 106 UFC/ml

(b) Metode microbiologice alternative (PN 3)

- hemocultură pozitivă neasociată unei alte surse de infecție;
- creștere pozitivă în cultură din lichid pleural;
- abces pleural sau pulmonar cu probă aspirată cu ac pozitivă;
- examenul histologic pulmonar arată semne de pneumonie;
- examinări pozitive pentru pneumonie cu virus sau cu germeni particulari (de exemplu, Legionella, Aspergillus, micobacterii, micoplasme, Pneumocystis jirovecii):
    - secreții respiratorii pozitive pentru prezența antigenilor virali sau a anticorpilor corespunzători (de exemplu, EIA, FAMA, testul shell vial, PCR);
    - examinare directă pozitivă sau cultură pozitivă din secreții bronhice sau țesut bronhic;
    - seroconversie (de exemplu, viruși gripali, Legionella, Chlamydia);
    - detectarea de antigeni în urină (Legionella).

(c) Altele

- cultură pozitivă din spută sau cultură necantitativă din probă din LRT (PN 4);
- fără examinări microbiologice pozitive (PN 5).

Note:

- O singură examinare radiologică sau CT toracică definitorie pentru episodul actual de pneumonie poate fi suficientă la pacienții cu boli pulmonare sau cardiace subiacente dacă comparația cu examinările radiologice precedente este posibilă.

- Criteriile PN 1 și PN 2 au fost validate fără terapie antimicrobiană precedentă. Cu toate acestea, acest fapt nu exclude diagnosticarea PN 1 și PN 2 în cazul utilizării antimicrobienelor anterioare.

Pneumonia asociată intubării (IAP)

Pneumonia este definită ca fiind asociată intubării (IAP) în cazul în care un dispozitiv respirator invaziv a fost prezent (chiar și intermitent) în cele 48 de ore care precedă debutul infecției.

Notă: Pneumonia pentru care a fost inițiată intubarea în ziua debutului fără informații suplimentare privind secvența evenimentelor nu este considerată IAP.

LRT = tract respirator inferior. UFC = unități formatoare de colonii.

REPR: Infecții ale tractului reproducător

REPR-EMET: Endometrită

Endometrita trebuie să îndeplinească cel puțin unul dintre următoarele criterii:

- din secreția endometrială sau din țesutul endometrial al pacientului, obținute în cursul unei intervenții chirurgicale sau prin aspirație cu ac sau prin biopsie cu perie, au fost cultivate microorganisme;
- pacientul are cel puțin 2 dintre următoarele semne sau simptome, fără a putea fi explicate de vreo altă cauză recunoscută: febră (> 38 °C), durere abdominală, sensibilitate uterină sau scurgere purulentă din uter.

Notă referitoare la instrucțiunile de raportare

Endometrita postpartum se raportează ca infecție asociată asistenței medicale, cu excepția cazului în care lichidul amniotic este infectat în momentul internării sau pacienta a fost internată la 48 de ore de la ruperea membranei.

REPR-EPIS: Epiziotomie

Infecțiile secundare epiziotomiei trebuie să îndeplinească cel puțin unul dintre următoarele criterii:

- pacienta după expulzie pe cale vaginală prezintă scurgere purulentă la nivelul epiziotomiei;
- pacienta după expulzie pe cale vaginală are un abces la nivelul epiziotomiei.

REPR-VCUF: Sutura vaginală

Infecțiile suturii vaginale trebuie să îndeplinească cel puțin unul dintre următoarele criterii:

- pacienta posthisterectomie prezintă scurgere purulentă de la nivelul suturii vaginale;
- pacienta posthisterectomie are un abces la nivelul suturii vaginale;
- din lichid sau țesut obținute de la nivelul suturii vaginale al unei paciente posthisterectomie au fost cultivați patogeni.

Notă referitoare la instrucțiunile de raportare Infecțiile suturii vaginale se raportează ca SSI-O dacă celelalte criterii SSI sunt îndeplinite (în decurs de 30 de zile de la histerectomie).

REPR-OREP: Alte infecții ale tractului reproducător masculin sau feminin (epididim, testicule, prostată, vagin, ovare, uter sau alte țesuturi pelviene profunde, cu excepția endometritei sau a infecțiilor suturii vaginale)

Alte infecții ale tractului reproducător masculin sau feminin trebuie să îndeplinească cel puțin unul dintre următoarele criterii:

- din lichid sau țesut obținute de la nivelul sediului afectat al pacientului au fost cultivate microorganisme;
- pacientul are un abces sau alte semne de infecție la nivelul sediului afectat observate în cursul unei intervenții chirurgicale sau printr-un examen histopatologic;
- pacientul prezintă 2 dintre următoarele semne sau simptome, fără a putea fi explicate de vreo altă cauză recunoscută: febră (> 38 °C), grețuri, vărsături, durere, sensibilitate sau disurie

ŞI cel puțin unul dintre următoarele:
- microorganisme cultivate din sânge;
- diagnostic stabilit de un medic.

Notă referitoare la instrucțiunile de raportare
- Endometrita se raportează ca EMET.
- Infecțiile suturii vaginale se raportează ca VCUF.

SSI: Infecție la nivelul intervenției chirurgicale

Notă: Toate definițiile se consideră a fi confirmate în scopul raportărilor în cadrul supravegherii epidemiologice.

Incizie superficială (SSI-S)

Infecția apare în primele 30 de zile de la intervenție
ŞI infecția afectează doar tegumentul şi țesutul subcutanat la nivelul inciziei
ŞI cel puțin unul dintre următoarele:
- scurgere purulentă cu sau fără confirmare de laborator de la nivelul inciziei superficiale;
- microorganisme izolate dintr-o cultură obținută aseptic efectuată dintr-un lichid sau țesut recoltate de la nivelul inciziei superficiale;
- cel puțin unul dintre următoarele semne sau simptome de infecție: durere sau sensibilitate, tumefiere localizată, roșeață sau căldură ŞI incizia superficială este deschisă în mod deliberat de către chirurg, cu excepția situației în care cultura materialului recoltat de la nivelul inciziei este negativă;
- diagnostic de SSI la nivelul inciziei superficiale stabilit de un chirurg sau de un medic curant.

Incizie profundă (SSI-D)

Infecția apare în primele 30 de zile de la intervenție dacă nu este lăsat niciun implant în locul respectiv sau în decurs de 90 de zile în cazul în care în locul respectiv este lăsat un implant ŞI infecția pare a fi asociată intervenției ŞI infecția afectează țesuturi moi profunde (de exemplu, fascie, mușchi) de la nivelul inciziei ŞI cel puțin unul dintre următoarele:
- scurgere purulentă de la nivelul inciziei profunde, dar nu de la nivelul organului/componentei spațiale a sediului intervenției chirurgicale;
- o incizie profundă se deschide spontan sau este deschisă în mod deliberat de către un chirurg atunci când pacientul are cel puțin unul din următoarele semne sau simptome: febră (> 38 °C), durere sau sensibilitate localizată, cu excepția situației în care cultura materialului recoltat de la nivelul inciziei este negativă;
- un abces sau alte semne de infecție care afectează incizia profundă sunt constatate prin examinare directă, în cursul reintervenției sau prin examen histopatologic sau radiologic;
- diagnostic de SSI la nivelul inciziei profunde stabilit de un chirurg sau de un medic curant.

Organ/spațiu (SSI-O)

Infecția apare în primele 30 de zile de la intervenție dacă nu este lăsat niciun implant în locul respectiv sau în decurs de 90 de zile în cazul în care în locul respectiv este lăsat un implant ŞI infecția pare a fi asociată intervenției ŞI infecția afectează orice structură anatomică (de exemplu, organe şi spații) altele decât incizia care a fost deschisă sau manipulată în cursul intervenției ŞI cel puțin unul dintre următoarele:
- scurgere purulentă printr-un dren care este plasat printr-o plagă prin înjunghiere în organ/spațiu;
- microorganisme izolate dintr-o cultură obținută aseptic efectuată dintr-un lichid sau țesut recoltate de la nivelul organului/spațiului;

- un abces sau alte semne de infecție care afectează organul/spațiul constatate prin examinare directă, în cursul reintervenției sau prin examen histopatologic sau radiologic;
- diagnostic de SSI la nivelul organului/spațiului stabilit de un chirurg sau de un medic curant.

SST: Infecție la nivelul tegumentului sau al țesuturilor moi
SST-SKIN: Infecție cutanată

Infecțiile cutanate trebuie să îndeplinească cel puțin unul dintre următoarele criterii:
- pacientul prezintă scurgere purulentă, pustule, vezicule sau furuncule;
- pacientul are cel puțin două dintre următoarele semne sau simptome, fără a putea fi explicate de vreo altă cauză recunoscută: durere sau sensibilitate, tumefiere localizată, roșeață sau căldură

ȘI cel puțin unul dintre următoarele:
- microorganisme cultivate din aspiratul sau din scurgerea recoltate de la nivelul sediului afectat; dacă microorganismele fac parte din flora saprofită a tegumentului (de exemplu, difteroizi [Corynebacterium spp.], Bacillus [nu B. anthracis] spp., Propionibacterium spp., stafilococi coagulazo-negativi [inclusiv Staphylococcus epidermidis], streptococi din grupul Viridans, Aerococcus spp., Micrococcus spp.), ele trebuie să fie izolate ca o cultură pură
- microorganisme cultivate din sânge;
- test pozitiv pentru antigen efectuat pe țesut infectat sau din sânge;
- celule gigante multinucleate observate la examinarea microscopică a țesutului afectat;
- un singur titru de anticorpi cu valoare diagnostică (IgM) sau o creștere de 4 ori în seruri-pereche a anticorpilor (IgG) împotriva agentului patogen.

Notă referitoare la instrucțiunile de raportare
- Ulcerul de decubit infectat se raportează ca DECU.
- Arsurile infectate se raportează ca BURN.
- Abcesul mamar sau mastita se raportează ca BRST.

SST-ST: Țesuturi moi (fasciita necrozantă, gangrena infecțioasă, celulita necrozantă, miozita infecțioasă, limfadenita sau limfangita)

Infecțiile țesuturilor moi trebuie să îndeplinească cel puțin unul dintre următoarele criterii:
- din țesutul sau din scurgerea obținute de la nivelul sediului afectat al pacientului au fost cultivate microorganisme;
- pacientul prezintă scurgeri purulente la nivelul sediului afectat;
- pacientul are un abces sau alte semne de infecție observate în cursul unei intervenții chirurgicale sau printr-un examen histopatologic;
- pacientul prezintă cel puțin 2 dintre următoarele semne sau simptome la nivelul sediului afectat, fără a putea fi explicate de vreo altă cauză recunoscută: durere sau sensibilitate, roșeață, tumefiere sau căldură localizate

ȘI cel puțin unul dintre următoarele:
- microorganisme cultivate din sânge;
- test pentru antigen pozitiv efectuat cu sânge sau urină (de exemplu, Haemophilus influenzae, Streptococcus pneumoniae, Neisseria meningitidis, Group B Streptococcus, Candida spp.);
- un singur titru de anticorpi cu valoare diagnostică (IgM) sau o creștere de 4 ori în seruri-pereche a anticorpilor (IgG) împotriva agentului patogen.

Notă referitoare la instrucțiunile de raportare
- Ulcerul de decubit infectat se raportează ca DECU.
- Infecția țesuturilor pelviene profunde se raportează ca OREP.

SST-DECU: Ulcer de decubit, inclusiv infecțiile superficiale și profunde

Infecțiile ulcerului de decubit trebuie să îndeplinească următorul criteriu:

- pacientul are cel puțin 2 dintre următoarele semne sau simptome, fără a putea fi explicate de vreo altă cauză recunoscută: roșeață, sensibilitate sau tumefiere a marginilor plăgii de decubit

ȘI cel puțin unul dintre următoarele:

- microorganisme cultivate din lichid sau țesut recoltat în mod corespunzător;
- microorganisme cultivate din sânge.

SST-BURN: Arsură

Infecțiile arsurilor trebuie să îndeplinească cel puțin unul dintre următoarele criterii:

- pacientul prezintă o modificare a aspectului sau a caracteristicilor plăgii arsurii, cum ar fi desprinderea rapidă a escarei sau colorație maronie, negricioasă sau violacee a escarei sau edem la nivelul marginilor plăgii
- și examenul histologic al materialului recoltat prin biopsie de la nivelul arsurii arată invazie de microorganisme în țesuturile adiacente viabile;
- pacientul prezintă o modificare a aspectului sau a caracteristicilor plăgii arsurii, cum ar fi desprinderea rapidă a escarei sau colorație maronie, negricioasă sau violacee a escarei sau edem la nivelul marginilor plăgii

ȘI cel puțin unul dintre următoarele:

- microorganisme cultivate din sânge în absența altor infecții identificabile;
- izolarea virusului herpes simplex, identificare histologică a unor incluziuni prin microscopie optică sau electronică sau vizualizarea unor particule virale prin microscopie electronică în materialul recoltat prin biopsie sau raclare a leziunii;
- pacientul cu arsură prezintă cel puțin două dintre următoarele semne sau simptome, fără a putea fi explicate de vreo altă cauză recunoscută: febră (> 38 °C) sau hipotermie (< 36 °C), hipotensiune, oligurie (< 20 cc/h), hiperglicemie în condițiile unui nivel de carbohidrați în dietă tolerat anterior sau confuzie

ȘI cel puțin unul dintre următoarele:

- examenul histologic al materialului recoltat prin biopsie de la nivelul arsurii arată invazie de microorganisme în țesuturile adiacente viabile;
- microorganisme cultivate din sânge;
- izolarea virusului herpes simplex, identificare histologică a unor incluziuni prin microscopie optică sau electronică sau vizualizarea unor particule virale prin microscopie electronică în materialul recoltat prin biopsie sau raclare a leziunii.

SST-BRST: Abces mamar sau mastită

Abcesul mamar sau mastita trebuie să îndeplinească cel puțin unul dintre următoarele criterii:

- cultură pozitivă efectuată din țesut sau lichid mamar al pacientei, obținute prin incizie și drenaj sau prin aspirație cu ac;
- pacientul are un abces mamar sau alte semne de infecție observate în cursul unei intervenții chirurgicale sau printrun examen histopatologic;
- pacientul prezintă febră (> 38 °C) și inflamație locală la nivelul sânului

ȘI diagnostic de abces mamar stabilit de un medic.

SYS: Infecție sistemică

SYS-DI: Infecție diseminată

Infecția diseminată este o infecție care afectează mai multe organe sau sisteme, fără un sediu aparent unic al infecției, de obicei de origine virală, cu semne sau simptome care nu au o altă cauză recunoscută și care sunt compatibile cu afectarea de natură infecțioasă a mai multor organe sau sisteme.

Notă referitoare la instrucțiunile de raportare

- Se utilizează acest cod pentru infecțiile virale care afectează mai multe sisteme de organe (de exemplu, rujeola, oreionul, rubeola, varicela, eritemul infecțios). Deseori, aceste infecții pot fi identificate doar prin criteriile clinice.
- Nu se utilizează acest cod pentru infecțiile asociate asistenței medicale cu multiple localizări secundare, cum ar fi cazul endocarditei bacteriene; se raportează doar sediul primar al acestor infecții.
- Febra de origine necunoscută (FUO) nu se raportează ca DI.
- Exantemele virale sau bolile eruptive se raportează ca DI.

SYS-CSEP: infecții grave neidentificate tratate

Pacientul prezintă cel puțin unul dintre următoarele:

- semne sau simptome clinice fără nicio altă cauză recunoscută;
- febră (> 38 °C);
- hipotensiune (presiune sistolică < 90 mm/Hg)
- sau oligurie [20 cm3(ml)/h]

ȘI hemocultură neefectuată sau nu sunt detectate microorganisme sau antigeni în sânge

ȘI fără infecție aparentă la nivelul unui alt sediu

ȘI medicul instituie tratament pentru septicemie.

Notă referitoare la instrucțiunile de raportare

Nu se utilizează acest cod decât dacă este absolut necesar. Pentru CSEP la nou-născuți, se utilizează definiția de caz pentru NEO-CSEP (a se vedea mai sus).

UTI: Infecția tractului urinar

UTI-A: UTI simptomatică confirmată microbiologic

Pacientul prezintă cel puțin unul dintre următoarele semne sau simptome, fără a putea fi explicate de vreo altă cauză recunoscută: febră (> 38 °C), micțiuni imperioase, micțiuni frecvente, disurie sau sensibilitate suprapubiană

ȘI cultura efectuată din urina pacientului este pozitivă, adică ≥ 105 microorganisme per ml de urină cu cel mult două specii de microorganisme.

UTI-B: UTI simptomatică neconfirmată microbiologic

Pacientul prezintă cel puțin două dintre următoarele, fără a putea fi explicate de vreo altă cauză recunoscută: febră (> 38 °C), micțiuni imperioase, micțiuni frecvente, disurie sau sensibilitate suprapubiană

ȘI cel puțin unul dintre următoarele:

- test cu bandeletă pozitiv pentru esteraza leucocitară și/sau nitrat;
- probă de urină piurică cu ≥ 104 leucocite/ml sau ≥ 3 leucocite/câmp vizualizat în condiții de multiplicare mare, din urină necentrifugată;
- microorganisme observate prin colorare Gram a urinei necentrifugate;
- cel puțin două uroculturi cu izolare repetată a aceluiași uropatogen (bacterie Gram negativă sau Staphylococcus saprophyticus) cu ≥ 102 colonii/ml de urină din probe aleatorii;

- ≤ 105 colonii/ml ale unui singur uropatogen (bacterie Gram negativă sau Staphylococcus saprophyticus) la un pacient tratat pentru infecţie urinară cu un agent antimicrobian eficient;
- diagnostic de infecţie a tractului urinar stabilit de medic;
- medicul instituie terapie corespunzătoare pentru o infecţie urinară.

Bacteriuria asimptomatică nu se raportează, în schimb infecţiile sanguine secundare bacteriuriei asimptomatice sunt raportate ca BSI determinate de (cu origine) S-UTI. O infecţie la nivelul tractului urinar este definită ca fiind asociată unui cateter dacă un cateter urinar permanent a fost prezent (chiar şi intermitent) în cele 7 zile care precedă debutul infecţiei.

DEFINIŢIA GENERALĂ A UNUI CAZ DE INFECŢIE SANGUINĂ CAUZATĂ DE PATOGENI SPECIFICI

Criterii clinice

Nerelevante în scop de supraveghere

Criterii de laborator

Cel puţin o hemocultură pozitivă cu Staphylococcus aureus sau Klebsiella pneumoniae sau Escherichia coli sau Enterococcus faecium sau Enterococcus faecalis sau Pseudomonas aeruginosa sau specii de Acinetobacter sau Streptococcus pneumoniae.

Criterii epidemiologice

Nerelevante în scop de supraveghere

Clasificarea cazurilor

A. Caz posibil Neaplicabil
B. Caz probabil Neaplicabil
C. Caz confirmat

Rezistenţă la antimicrobiene

Rezultatele testelor de sensibilitate la antimicrobiene trebuie să fie raportate în conformitate cu metodele şi criteriile convenite între ECDC şi statele membre astfel cum sunt specificate de Reţeaua europeană de supraveghere a rezistenţei la antimicrobiene a ECDC (EARS-Net) (1), şi în particular:
- pentru Staphylococcus aureus: sensibilitatea la meticilină şi la alţi betalactami antistafilococici;
- pentru Enterococcus faecium şi Enterococcus faecalis: sensibilitatea la glicopeptide;
- pentru Klebsiella pneumoniae şi Escherichia coli: sensibilitatea la carbapenemi, precum şi sensibilitatea la colistină a izolatelor rezistente la carbapenemi;
- pentru Pseudomonas aeruginosa şi speciile de Acinetobacter: sensibilitatea la carbapenemi.

DEFINIŢIA UNUI CAZ GENERIC ŞI CLASIFICAREA REZISTENŢEI ANTIMICROBIENE LA AGENŢI ANTIMICROBIENI

Rezistenţa clinică la agenţi antimicrobieni

Definiţie

Un microorganism este clasificat ca fiind clinic sensibil, clinic intermediar sensibil sau clinic rezistent la un agent antimicrobian prin aplicarea valorilor critice EUCAST adecvate într-o metodologie standardizată (sau o metodologie calibrată la o metodologie standardizată) (2) şi anume, valorile critice ale concentraţiei minime inhibitoare (CMI) clinic şi corelaţiile lor cu diametrul zonei de inhibare. Valorile critice pot fi modificate în caz de modificări legitime ale circumstanţelor.

Clasificare

Clinic sensibil (S)
- un microorganism este definit ca fiind sensibil (S) de un nivel de expunere la antimicrobian asociat cu o probabilitate mare de succes terapeutic.

Clinic intermediar sensibil (I)
- un microorganism este definit ca fiind intermediar sensibil (I) de un nivel al activității agentului antimicrobian asociat cu un efect terapeutic incert. Aceasta implică faptul că o infecție cauzată de izolat poate fi tratată în mod corespunzător în regiunile din corp în care medicamentele sunt concentrate în mod fizic sau atunci când poate fi utilizat un regim de dozare a medicamentului care determină o expunere mai mare; aceasta indică, de asemenea, o zonă-tampon care ar trebui să prevină ca unii factori tehnici necontrolați minori să cauzeze discrepanțe majore între interpretări.

Clinic rezistent (R)
- un microorganism este definit ca fiind rezistent (R) de un nivel de expunere la antimicrobian asociat cu o probabilitate mare de eșec terapeutic.

Valorile critice clinice (2) sunt prezentate ca:
- S: CMI $\leq$ x mg/L; diametrul zonei de difuzie în jurul discului $\geq \sigma$ mm;
- I: CMI > x, $\leq$ y mg/L; diametrul zonei de difuzie în jurul discului $\geq \rho$ mm, $< \sigma$ mm;
- R: CMI > y mg/L; diametrul zonei de difuzie în jurul discului $< \rho$ mm.

Rezistență panmedicamentoasă (RPM)
- pentru Staphylococcus aureus, speciile de Enterococcus, Enterobacteriaceae inclusiv Klebsiella pneumoniae și Escherichia coli, Pseudomonas aeruginosa și speciile de Acinetobacter, un izolat este definit ca fiind rezistent panmedicamentos (RPM) pe baza faptului că este rezistent la toți agenții antimicrobieni, conform propunerii experților internationali de definițiistandard provizorii ale rezistenței dobândite
- un izolat este definit ca fiind RPM confirmat în cazul în care este nesensibil (și anume, intermediar sensibil – I sau rezistent – R) la toți agenții din toate categoriile de antimicrobiene, confirmat printr-un test de referință sau printr-un alt test de laborator microbiologic clinic prin care se testează un grup suplimentar de agenți antimicrobieni în plus față de cei testați în mod uzual, în conformitate cu definițiile per microorganism din propunerea experților internationali de definiții-standard provizorii ale rezistenței dobândite ;
- un izolat este definit ca fiind RPM posibil în cazul în care este nesensibil (și anume, intermediar – I sau rezistent – R) la toți agenții antimicrobieni testați în laborator;
- un izolat este definit ca nefiind RPM în cazul în care este sensibil la cel puțin unul dintre agenții antimicrobieni testați. Rezistența microbiologică la agenți antimicrobieni

Definiția fenotipică

Un microorganism este clasificat ca având un fenotip de tulpină sălbatică sau un fenotip care nu reprezintă o tulpină sălbatică a unei specii în conformitate concentrațiile de departajare epidemiologică ale EUCAST (ECOFF) într-o metodologie standardizată (sau o metodologie calibrată la o metodologie standardizată) pe baza distribuirilor CMI specifice speciei și a corelațiilor cu diametrul zonei de inhibare.

Clasificarea fenotipică

Fenotip de tulpină sălbatică (TS)
- un microorganism este definit ca fiind o tulpină sălbatică (TS) a unei specii sau a unui complex de specii atunci când este lipsit de mecanisme de rezistență dobândită detectabile fenotipic

Fenotip care nu reprezintă o tulpină sălbatică (NTS)

- un microorganism este definit ca nefiind o tulpină sălbatică (NTS) a unei specii atunci când exprimă cel puțin un mecanism de rezistență dobândită detectabil fenotipic

ECOFF sunt prezentate ca

- TS: ECOFF ≤ x mg/L; diametrul zonei de difuzie în jurul discului ≥ σ mm;
- NTS: ECOFF > x mg/L; diametrul difuziei în jurul discului < σ mm.

Identificarea unui mecanism de rezistență antimicrobiană dobândită (de exemplu, enzimă care inactivează un medicament, modificarea tipului de proteină asupra cărora acționează un medicament, pompa de eflux).

Expresia unui mecanism de rezistență antimicrobiană dobândită de un microorganism poate fi determinată in vitro, iar tipul de mecanism poate fi identificat, utilizând metodologii standardizate în conformitate orientările EUCAST pentru detectarea mecanismelor de rezistență și a rezistențelor specifice de importanță epidemiologică și/sau clinică.

Definiția genotipică

Un microorganism este clasificat ca având sau neavând un determinant genetic sau o combinație de determinanți genetici care îi conferă un fenotip de sensibilitate diferit de cel al tulpinilor sălbatice în relație cu un agent antimicrobian (genă transferabilă sau mutație a unei gene esențiale). Prezența unui determinant genetic sau a unei combinații de determinanți genetici care conferă un fenotip de sensibilitate diferit de cel al tulpinilor sălbatice în relație cu unul sau cu mai mulți agenți antimicrobieni poate fi demonstrată prin detectarea și identificarea secvenței sau a secvențelor de acizi nucleici corespunzătoare într-un genom bacterian.

Clasificarea genotipică

Genotipurile sunt raportate ca:

- pozitive: prezența [numele genei care conferă rezistență sau a mutației genei esențiale];
- negative: absența [numele genei care conferă rezistență] sau a secvenței tipului sălbatic al genei esențiale.

Anexa 5 - HARTA PUNCTELOR ȘI ZONELOR DE RISC PENTRU APARIȚIA IAAM [18]

Conform Ordinului MS nr. 1101/2016, pentru aprecierea și definirea gradului de risc nosocomial, SPIAAM întocmește *Harta punctelor și zonelor de risc pentru apariția IAAM* și identifică zonele și practicile medicale cu risc infecțios.

IAAM reprezintă o problemă majoră, fiind un factor determinant al calității actului medical, al nivelului de îngrijire acordat pacienților.

Aceste infecții, reprezintă un risc permanent atât pentru pacienți, cât și pentru personalul medical și cel nemedical (vizitatori, personal tehnic care lucrează în spital, s.a), având o capacitate semnificativă de generare a unor fenomene epidemiologice complexe și grave.

---

[18] Indicator 02.11.01.01.04 – *La nivelul spitalului există "Harta punctelor și segmentelor de risc", cu identificarea zonelor și a practicilor medicale cu risc infecțios (riscuri structurale și funcționale).* (LV 09)

Conform Ordinului nr. 914/2006, completat cu Ordinul M.S. nr. 1096/2016, atât la proiectarea, cât și la amenajarea spitalului se recomandă aplicarea simultană a criteriilor de organizare spațial-funcțională, ceea ce conduce la un model general de zonare, ținând seama de:

a) categoriile de utilizatori;
b) specificul activităților;
c) condiționări tehnologice impuse de aparatura medicală și echipamentele (instalațiile) utilizate;
d) criteriile de igienă și asepsie.

Spitalul este organizat în:

- **zona "curată"** din punct de vedere al condițiilor igienico-sanitare: cu compartimente adresate numai pacienților spitalizați, cu cerințe severe privind igiena și asepsia, amplasate departe de circulația principală a spitalului, include:

a) blocul operator, secția ATI, Stația centrală de sterilizare;
b) secțiile medicale cu paturi;

- **zona "murdară"** (sau cu subzone "murdare") din punct de vedere al condițiilor igienico-sanitare: este încadrată astfel întrucât constituie zona de interfață a spitalului în relația cu serviciile tehnice și de prestații ale localității, cu unitățile furnizoare de materiale și produse, cu diverse rețele edilitare. Această zonă cuprinde compartimente strict separate de zonele cu cerințe de asepsie, închise accesului pacienților și altor categorii de personal în afara celui propriu, amplasate la demisolul/parterul clădirii, și include:

a) unele servicii tehnico-medicale (prosectură, farmacie);
b) zona gospodărească;
c) servicii tehnice;

- **zona "neutră"** din punct de vedere al condițiilor igienico-sanitare: este încadrată astfel încât reprezintă interfața spitalului, pe componenta medicală, în relația cu pacienții, aparținătorii și vizitatorii și are deschidere directă spre căile de circulație auto și pietonale din zona publică a spitalului. Compartimentele încadrate în această zonă sunt amplasate la parter și includ:

a) serviciul de urgență;
b) secția de spitalizare de zi;
c) ambulatoriul integrat al spitalului;
d) serviciul de primire - internări și externări;

- **zona "intermediară"** din punct de vedere al condițiilor igienico-sanitare: compartimentele grupate în această zonă ocupă poziții intermediare în ierarhia bazată pe condiții igienico-sanitare, cu precizarea că zona laboratoarelor și zona administrației sunt segregate accesului pacienților sau aparținătorilor, cu excepția spațiilor de relații (punctul de recoltare și, respectiv, secretariatul), și se vor amplasa periferic față de zonele de circulație principale ale acestor utilizatori. Zona include următoarele compartimente și servicii:

a) laboratoarele;
b) unitățile de explorări funcționale;
c) unitățile de roentgendiagnostic;
d) serviciul de evaluare și statistică medicală (serviciul de internări-externări).

ATENȚIE: În toate sectoarele spitalului, măsurile de decontaminare – curățenie și dezinfecție, se aplică in functie de scorul de risc calculat. Personalul implicat (asistente, infirmiere, îngrijitoare) va purta echipament de protecție specific și va respecta Precauțiunile standard.

În sectoarele de "zonă curată", cu cerinţe severe privind igiena şi asepsia, activitatea de curăţenie şi dezinfecţie este reglementată, după cum urmează:

- în secţiile medicale cu paturi - de 2 ori pe zi (dimineaţa şi seara) şi ori de câte ori este nevoie;
- secţia ATI, Staţia centrală de sterilizare - de 3 ori pe zi şi ori de câte ori este nevoie;
- blocul operator - înaintea începerii şi la sfârşitul programului operator, între intervenţii (după fiecare pacient); la sfârşitul fiecărei săptămâni se va efectua curăţenia terminală;
- săli de pansamente şi tratamente - între intervenţiile aseptice şi cele septice, conform programului afişat şi ori de câte ori este nevoie.

Secţiile medicale cu paturi şi sălile de pansamente şi tratamente sunt considerate zone funcţionale de risc înalt, iar serviciul ATI, Blocul operator, Staţia centrală de sterilizare sunt considerate zone funcţionale de risc foarte înalt, activitatea de curăţenie şi dezinfecţie a spaţiilor şi suprafeţelor din aceste zone fiind strict reglementată, curăţenia/dezinfecţiafiind efectuată numai cu dezinfectanţi de nivel înalt.

Zonarea blocului operator se realizează după cerinţele de asepsie:

a) zona filtrelor de acces şi zona funcţiunilor-anexe (protocol operator, punct de transfuzii, laborator pentru determinări de urgenţă, etc.) fac parte din zona „neutră";

b) zona „curată" cuprinde zona de pregătire preoperatorie a bolnavilor, spaţiul de lucru al asistenţilor medicali, etc.;

c) zona aseptică cuprinde sălile de operaţie şi spaţiul de spălare şi echipare sterilă a echipei operatorii.

PRACTICI MEDICALE CU RISC INFECŢIOS (RISCURI STRUCTURALE ŞI FUNCŢIONALE)

Probabilitatea apariţiei unor IAAM este redată de indicii gradului de risc existent în diversele sectoare de activitate din spital. În aprecierea gradului de risc infecţios trebuie incluşi următorii factori:

a). *Dependenţi de bolnavi*

Pentru identificarea activităţilor cu risc infecţios, pe lângă posibilitatea contaminării datorită prestaţiilor de îngrijire medicală, este esenţială aprecierea gradului de receptivitate şi contagiozitate a persoanelor asistate.

Clasificarea riscului de IAAM după contagiozitatea şi susceptibilitatea persoanelor asistate şi a tipului de intervenţie:

NIVELUL DE RISC	PARTICULARITĂŢILE PACIENŢILOR	CARACTERISTICILE INTERVENŢIEI
Crescut	- imunodeficienţă gravă, malnutriţie, boli metabolice - zone ale organismului cu minima rezistenţă, induse patologic	- interevenţii de tip chirurgical - proceduri invazive cu risc crescut (cateter venos central) - intubare traheală

	- politraumatisme, arsuri - transplant de organe - stări fiziologice cu rezistență redusă	- expunere la fluide biologice
Mediu	- infecții preexistente - factori de risc individuali (vârsta, boli asociate) - microflora proprie sau colonizare individuală cu specii patogene	- proceduri invazive non-chirurgicale (cateter venos, sondă urinară, etc.) - expunere la fluide biologice
Redus	- fără imunodeficiență - fără patologie asociată	- neinvazive - lipsa expunerii la fluide biologice

b). *Dependenți de secție*

- gravitatea și contagiozitatea bolnavilor internați;
- intervenții, manevre și manopere specifice, cu grad ridicat de contaminare prin diseminare a unor agenți patogeni;
- posibilitatea contaminării cu microorganisme patogene sau potențial patogene din mediul de spital, datorită erorilor personalului de îngrijire, în special privind activitățile de sterilizare, asepsie, izolare, decontaminare;
- terapii aplicate corect, dar care facilitează dezvoltarea unei flore patogene sau care reduc rezistența antiifecțioasă a organismului pacientului (antibiotice, citostatice, chimioterapice, s.a.);
- identificarea frecventă prin examene de laborator a unor tulpini cu înalt potențial de patogenitate, în cadrul secției;
- personal de îngrijire purtător de germeni patogeni;
- utilizarea echipamentului de protecție specific, stabilit prin RI al spitalului și aplicarea Precauțiunilor standard;
- cumularea factorilor de risc.

c). *Dependenți de spital*

Condițiile de spitalizare sunt, în principal, legate de caracteristicile arhitecturale specifice spitalului (construcție monobloc, spații greu adaptabile circuitelor funcționale, ș.a.), de dotarea materială și de încadrarea cu personal.

În evaluarea riscului infecțios, pe lângă factorii menționați, se vor avea în vedere:

- posibilitățile de izolare a bolnavilor contagioși;
- furnizarea în regim continuu a apei calde;
- temperatura ambiantă în interiorul spațiilor de spitalizare, tratament și investigații;
- posibilitatea contaminării cu microorganisme patogene sau potențial patogene, din mediul de spital;
- prezența în rândul personalului de îngrijire a unor purtători de germeni patogeni;
- dotarea cu materiale destinate prevenirii IAAM;
- aplicarea măsurilor privind igiena mediului de spital și de prevenire a IAAM;
- aglomerația, în anumite perioade, la unele secții sau cabine de consultații;
- cumularea factorilor de risc.

Anexa 6 - PRECAUȚIUNI STANDARD - măsuri minime obligatorii pentru prevenirea și limitarea IAAM (conform Ordinului MS nr. 1101/2016)

Măsurile standard reprezintă Măsurile minime de prevenire a infecției care se aplică tuturor pacienților ingrijiți, indiferent de statutul de infecțiozitate suspectat sau confirmat al pacientului, în orice cadru unde este asigurată asistența medicală.

Aceste proceduri sunt concepute atât pentru a proteja personalul sanitar, cât și pentru a preveni răspândirea infecțiilor în rândul pacienților.

Măsurile standard includ:

- Igiena mâinilor, care este esențială pentru a reduce riscul de răspândire a infecțiilor. Utilizarea antisepticelor alcoolice este metoda preferată în toate situațiile clinice, cu excepția cazurilor când mâinile sunt vizibil murdare (de exemplu, sânge, alte fluide biologice) sau după examinarea pacienților cu infecție cu *Clostridium difficile* sau norovirus, situații în care trebuie utilizate apa și săpunul;
- Utilizarea echipamentului individual de protecție (de exemplu: mănuși, halate, protectoare faciale), în funcție de expunerea anticipată. Igiena mâinilor este întotdeauna etapa finală după îndepartarea și aruncarea echipamentului;
- Practici sigure de injectare, proceduri specifice pentru a preveni transmiterea bolilor infecțioase de la un pacient la altul sau între un pacient și personalul medical în timpul preparării și administrării medicamentelor de uz parenteral;
- Manipularea în condiții de siguranță a echipamentelor medicale sau contactul cu suprafețele potențial contaminate din imediata apropiere a pacientului, proceduri specifice pentru prevenirea transmiterii bolilor infecțioase de la un pacient la altul sau între un pacient și personalul medical în timpul manipularii echipamentelor medicale și contactul cu obiectele sau suprafețele din mediu;
- Igiena respiratorie și eticheta de tuse (tehnica de tuse și strănut cu utilizarea de batiste de nas de unică folosință cu poziționarea la minimum 1 metru față de celelalte persoane, urmată de igiena mâinilor), ca element al precauțiilor standard care se adresează în primul rând pacienților și însoțitorilor acestora cu simptomatologie de posibilă infecție respiratorie care se aplică oricărei persoane cu asemenea manifestări când intră în unitatea sanitară. Acest element al precauțiilor standard este aplicat pentru prevenirea promptaă a infecțiilor respiratorii și trebuie aplicată la intrarea în unitatea sanitară (zonele de recepție și de triaj ale pacienților).

Precauțiile adresate căii de transmitere

Măsuri de precauție care se adresează căii de transmitere a agentului patogen sunt destinate să completeze precauțiile standard la pacienții cu colonizări sau infecții, probabile sau cunoscute, cu agenți patogeni transmisibili sau cu patogeni importanți din punct de vedere epidemiologic. Aceste măsuri de precauție suplimentare sunt utilizate pentru situațiile în care calea de transmitere nu este complet întreruptă prin utilizarea precauțiilor standard. Cele trei categorii de măsuri adresate căilor de transmitere includ:

- Căile de transmitere pentru care pot fi necesare măsuri suplimentare de precauție sunt:
  - Transmiterea prin contact:
    - Direct, când microorganismul se poate transmite de la o persoană la alta (contactul cu produse biologice): în timpul asistenței medicale și îngrijirii

bolnavului de către cadrele medicale sau în contact cu membrii familiei sau cu alți pacienți;

- Indirect, prin intermediul suprafețelor/obiectelor contaminate care implică transferul unui microorganism prîntr-o contaminare intermediară (de exemplu, contaminarea obiectelor, echipamentului, mâncării), când:
  - Igiena mâinii personalului ce asigură actul medical/îngrijire este inadecvată;
  - Echipamentul nu este curățat, dezinfectat sau sterilizat corespunzător între pacienți;
  - Patogenii sunt transferați prin instrumentar.

➢ Transmiterea prin picături:

- Picăturile infecțioase expulzate, atunci când se strănuta sau se tuşeşte, sunt prea grele pentru a pluti în aer şi se transferă la mai putin de 2 m de la sursă;
- Răspândirea picăturilor poate fi:
  - Directă- se realizează când acestea ajung la nivelul mucoaselor sau sunt inhalate;
  - Indirectă - se realizează când acestea cad pe suprafețe sau mâini şi sunt transmise pe mucoase sau alimente. Acest mod de transmitere este mai frecvent şi este descris în infecțiile respiratorii comune, gripa, infecții cu virus sinciţial.

➢ Transmiterea aeriană - transmitere care se realizează prin intermediul particulelor mici (≤ 5μm în mărime) care transportă microbii şi pot fi transferați prin intermediul curenților de aer pe o distanță mai mare de 2 m de la sursă. Aceste particule sunt inhalate (de exemplu, în cazul varicelei zoster, rujeolei şi tuberculozei pulmonare).

Măsurile suplimentare de precauție care vizează calea de transmitere includ:

- Pentru transmiterea prin contact:
  - Utilizarea echipamentului de protecție când este posibil contactul cu un mediu contaminat cu microbi rezistenți la antibiotice (de exemplu, enterococi rezistenți la vancomicină (VRE), Staphylococcus aureus rezistent la meticilină MRSA) sau Clostridium difficile;
  - Pacientul se poate amplasa într-o rezervă singur sau într-un salon cu un alt pacient infectat cu acelaşi patogen;
  - La intrarea în salon trebuie purtate mănuşi curate şi echipament de protecție curat;
- Pentru transmiterea prin picături:
  - Pacientul se amplasează într-o rezervă singur sau se cohortează într-un salon cu alți pacienți infectați cu acelaşi agent patogen.
  - Este necesară purtarea de protectoare faciale atunci când se lucrează la 1-2 metri de pacient. În situatia în care este necesar transportul pacientului, acestuia i se aplica o mască.
- Pentru transmiterea aeriană:
  - Plasarea pacientului într-o camera de izolare cu presiune negativă a aerului în raport cu coridoarele, aerul fiind evacuat direct spre exterior sau recirculat prin filtre HEPA de înaltă eficieță cu 6-12 schimburi de aer pe oră.

- o În rezervele cu anticameră (sasuri), riscul de circulatie al aerului între camera şi coridor este redus la minimum. Acest sistem este mai uşor de susţinut, dar dificil de amenajat din punct de vedere arhitectonic.
- o În situatia în care nu există astfel de facilităţi simpla plasare a pacientului singur într-o rezerva care sa aibă grup sanitar şi dus reduce riscul de transmitere.

Pentru bolile care au mai multe căi de transmitere se poate utiliza o combinaţie de măsuri de precauţie. Fie că aceste măsuri sunt utilizate singular sau în combinaţie, acestea trebuie utilizate întotdeauna în plus faţă de precauţiile standard.

Este important de reţinut:

- Microorganismele care cauzează infecţii asociate asistenţei medicale pot să fie transmise de la pacienţi infectaţi sau colonizate la alţi pacienţi şi la personalul medical, de ingrijire sau auxiliar. Măsurile adecvate şi aplicate în mod corespunzator pot reduce transmiterea acestora.
- Măsurile se aplică în conformitate cu semnele şi simptomele pacientului şi în general nu se asteaptă rezultatele de laborator.

Anexa 7 - IGIENA MÂINILOR

Igiena mâinilor face parte din Precauţiunile standard, se aplică de către întregul personal medical şi auxiliar în scopul reducerii riscului de diseminare şi transmitere a agenţilor patogeni, considerându-se că principala cauză în producerea IAAM este mâna contaminată. O igienă corectă a mâinilor duce la:

- Creşterea calităţii actului medical prin acurateţea tuturor operaţiilor, acţiunilor şi manevrelor efectuate în procesul de acordare a îngrijirii pacienţilor;
- Diminuarea riscului de apariţie a IAAM şi, ca urmare, reducerea morbidităţii şi a mortalităţii datorate acestei cauze;
- Scăderea duratei de spitalizare precum şi a costurilor suplimentare, prin aplicarea unei proceduri de profilaxie simple, sigure şi necostisitoare.

Anual SPIAAM elaborează un *Program anual de îmbunătăţire a igienei mâinilor*, care este implementat la nivelul spitalului şi prevede planul de acţiune, responsabilii, indicatorii şi resursele necesare îndeplinirii acestuia[19]. *Programul anual de îmbunătăţire a igienei mâinilor* prevede instruirea personalului în funcţie de specificul activităţii acestuia cu privire la igiena mâinilor[20]. În situaţii specifice se pot organiza şi şedinţe de instruire ad-hoc. Instruirea se adresează:

- întregului personal medical, medico-sanitar şi auxiliar sanitar
- personalului tehnic şi administrativ
- personalul aflat în procesul de învăţământ
- voluntarii
- personalul nou angajat

---

[19] *Indicator: 02.11.01.03.12 - Programul de îmbunătăţire a igienei mâinilor, implementat de spital, prevede planul de acţiune, responsabilii, indicatorii şi resursele necesare îndeplinirii acestuia. (LV 09)*

[20] *Indicator: 02.11.01.03.13 - Programul de îmbunătăţire a igienei mâinilor, implementat de spital, prevede instruirea personalului în funcţie de specificul activităţii acestuia. (LV 09)*

Programul de îmbunătăţire a igienei mâinilor este evaluat şi analizat anual de către CPIAAM, care poate propune măsuri de îmbunătăţire pentru anul următor [21].

Generalităţi privind importanţa igienei mâinilor

Prevenirea şi limitarea la minimum a IAAM a fost întotdeauna obiectivul primordial al medicinei şi continuă să fie idealul contemporan al îngrijirii sănătăţii bolnavilor, constituind cel mai bun indicator al calităţii şi siguranţei actului medical.

Mâinile constituie principala cale de transmitere pentru numeroşi agenţi patogeni de la un pacient la altul, de la personalul de îngrijire la pacient, cât şi de la pacient la personalul de îngrijire.

Ca urmare, igiena mâinilor trebuie considerată a fi cea mai importantă procedură de reducere a transmiterii germenilor, folositoare atât pentru pacienţi, cât şi pentru personalul de îngrijire, constituind temelia oricărui act medical şi al oricărui program de prevenire a IAAM.

Mâinile curate şi sănătoase, fără accesorii sau bijuterii, cu pielea intactă, cu unghii naturale, fără lac şi tăiate corespunzător, minimalizează riscul contaminării.

Se va avea în vedere că:

- Nu doar unghiile artificiale pot fi adevărate depozite de microorganisme, ci şi unghiile naturale, în special cele lăcuite;
- Mâinile cu dermatite, cele cu pielea aspră sau crăpată prezintă un grad ridicat de contaminare, în ciuda măsurilor de spălare şi a antisepsiei;
- Unghiile lungi, precum şi inelele pot perfora mănuşile, limitând igiena corespunzătoare a mâinilor.

Trebuie, de asemenea, avut în vedere faptul ca în ciuda oricăror măsuri de protecţie, pe durata activităţilor desfăşurate în mediul spitalicesc, mâinile vor prezenta o anumită încarcătură microbiană, contaminarea făcându-se cu diverşi germeni, unii dintre aceştia cu grad ridicat de patogenitate sau cu rezistenţă foarte mare la antibiotice.

Astfel, mâinile personalului pot deţine atât o floră microbiană rezidentă, cât şi una tranzitorie:

- *flora microbiană rezidentă*, reprezentată de microorganisme saprofite, nepatogene, ce constituie flora normală, oportunistă a tegumentului mâinilor, fiind protectivă şi mai puţin incriminată în infecţiile asociate asistenţei medicale, însă poate contamina cavităţile sterile (ochiul, tegumentele lezate etc.);
- *flora microbiană tranzitorie* rezultă prin contaminarea ocazională a mâinilor cu microorganisme, în special din mediul spitalicesc, ce pot coloniza epiderma o perioadă limitată de timp şi cauzează frecvent patologie nosocomială datorită transmiterii accidentale, prin contact direct cu pacientul, sau indirect, prin intermediul unor mijloace diverse: suprafeţe, obiecte, materiale, instrumentar, dispozitive şi aparatură medicală, fluide, alimente, etc.

Implementare

Eficienţa igienizării mâinilor depinde în primul rând de efectuarea corectă şi ori de câte ori este nevoie a acestui act şi abia apoi de tipul şi calitatea apei, a săpunului sau a antisepticelor folosite.

ATENŢIE:

<u>In vederea asigurarii igienei corecte si eficiente a mainilor personalului medico-sanitar si de ingrijire este interzisa purtarea inelelor, bratarilor, ceasurilor sau altor bijuterii.</u>

---

[21] *Indicator: 02.11.01.03.14 - Programul de îmbunătăţire a igienei mâinilor, implementat de spital, este evaluat şi analizat periodic. (LV 09)*

Este interzisa in spital purtarea unghiilor lungi, lacuite sau artificiale.

Materiale necesare

- Săpun / săpun-dezinfectant (lichid) în recipient distributor necontaminabil
- Dezinfectant de mâini pe bază de alcool
- Apă caldă şi apă rece
- Apă sterila (în cazul spălării chirurgicale)
- Perie de unghii, burete
- Prosoape de hârtie

Instrucţiunile privind tehnica de spălare a mâinilor precum şi procedura utilizată în funcţie de nivelul de risc, se afişează în dreptul fiecărui lavoar din toate sectoarele de activitate[22].

Pentru prevenirea contaminării mâinilor după spălare, lavoarele sunt prevăzute cu baterii de chiuvetă manevrabile cu cotul[23]. De asemenea, pot fi utilizate alte modalităţi de închidere-deschidere a robinetului, de ex.: închiderea robinetului cu hârtia sau celulă fotoelectrică.

Toate lavoarele trebuie să fie dotate cu săpun lichid şi dispenser cu prosoape de hârtie de unică folosinţă.

Instrucţiunile privind tehnica de dezinfecţie a mâinilor se afişează în dreptul fiecărui dispenser de dezinfectant din toate sectoarele de activitate.

Proceduri utilizate pentru spălarea mâinilor

În funcţie de nivelul de risc cerut de activitatea sau operaţiunea ce urmează a fi efectuată, există 3 proceduri de spălare a mâinilor:

1. *Spălarea corespunzătore procedurii standard igienică (simplă)*
   - Se udă mâinile şi încheieturile mâinilor cu apă caldă şi se aplică săpunul lichid;
   - Se frecă mâinile cu multă spumă, timp de contact fiind în funcţie de recomandările producătorului;
   - Se acorda o atenţie deosebită palmelor şi tuturor degetelor, în special a zonelor de sub unghii şi a cuticulelor;
   - Se evită atingerea chiuvetei şi a robinetelor deoarece ele se consideră a fi contaminate;
   - Se clătesc mâinile şi încheieturile mâinilor foarte bine, astfel încât jetul de apă să îndeparteze spuma de săpun cu impurităţile şi microorganismele existente;
   - Obligatoriu mâinile se şterg bine prin tamponare cu un prosop de hârtie, cu evitarea frecării întrucât poate cauza, prin repetare frecventă, asprirea mâinilor.

În mod normal spălarea igienică mâinilor se va face:

- La intrarea în serviciu şi la părăsirea locului de muncă;
- La intrarea şi la iesirea din salonul de bolnavi;
- Înainte şi după examinarea fiecărui pacient;
- Înainte şi după efectuarea de investigaţii şi de aplicare a tratamentelor;
- Dupa scoaterea manusilor şi a echipamentului de protectie;

---

[22] *Indicator 02.11.04.04.03 - Instrucţiunile de spălare şi dezinfecţie a mâinilor sunt afişate vizibil la fiecare lavoar sau dozator pentru dezinfectarea mâinilor. (LV 14, LV 23, LV 31, LV 32, LV 35, LV 38, LV 53, LV 56, LV 57, LV 64)*

[23] *Indicator 02.11.04.04.05 - Lavoarele au modalitate de închidere-deschidere a robinetului care să prevină contaminarea mâinilor după spălare (ex.: închiderea robinetului cu hârtia sau celulă fotoelectrică). (LV 14, LV 22, LV 32, LV 35, LV 38, LV 53, LV 56, LV 57, LV 64)*

- Înaintea administrării per os a medicamentelor;
- După folosirea batistei şi după trecerea mâinii prin păr;
- Înainte de prepararea şi distribuirea alimentelor;
- După colectarea lenjeriei murdare;
- După folosirea toaletei;
- După activităţi administrative sau gospodăreşti;
- După contactul cu obiecte sau produse murdare, ori posibil contaminate;
- După manipularea oricăror produse biologice.

2. *Spălarea aseptică*
   - Presupune spălare cu apă şi săpun lichid, urmată de dezinfecţia igienică a mâinilor prin frecare cu un antiseptic, de regulă pe bază de alcooli, sau prin spălare cu apă şi săpun antiseptic;
   - Are drept scop înlăturarea florei rezidente şi a celei tranzitorii pentru efectuarea în siguranţă a activităţilor medicale care presupun o riguroasă asepsie, precum şi în cazul îngrijirii bolnavilor cu imunitate scăzută.

Spălarea şi dezinfecţia mâinilor este obligatorie:
- După manipularea bolnavilor septici şi contagioşi (boli transmisibile, tuberculoză, infecţii dermatovenerice);
- Înainte şi după recoltarea produselor biologice pentru examene de laborator;
- Înainte şi după efectuarea oricărui tratament parenteral, puncţie, schimbare de pansamente, termometrizare, clisme;
- După efectuarea igienizării bolnavului la internare;
- După manipularea şi transportul cadavrelor;
- După contactul cu sângele, secreţiile şi excreţiile bolnavilor;
- Înainte şi după examenele şi tratamentele curente chirurgicale, O.R.L., stomatologice şi oftalmologice.

3. *Spălarea chirurgicală*
   - este practicată obligatoriu de către întregul personal medico-sanitar în vederea efectuării unor proceduri strict aseptice;
   - pe lângă procedura standard include, după umezire cu apă sterilă, săpunire şi clătire, o frecare a unghiilor cu perie sterilă şi săpun lichid antiseptic (timp de cca 1 minut pentru fiecare mână), urmată din nou de clătire;
   - se continuă cu o nouă săpunire, clătire şi dezinfecţie cu soluţie antiseptică prin aplicare şi frecare a mâinilor până la pătrunderea completă în tegument a acesteia;
   - uscarea finală a mâinilor se face prin ştergere cu prosop steril începând cu degetele şi terminând cu coatele sau prin expunerea la aer, cu degetele în sus;
   - abia după uscarea completă se pot pune mănuşile sterile, necesare intervenţiilor medicale aseptice;
   - procedura durează aproximativ 5-10 minute, având scopul suprimării atât a florei rezidente, cât şi a celei tranzitorii.

ATENŢIE: Apa sterilă pentru spălarea chirurgicală a mâinilor este verificată microbiologic de către SPIAAM odată cu recoltrea testelor de sanitaţie din Blocul operator, conform planificării din *Planul anul de activitate pentru supravegherea prevenirea şi limitarea infecţiilor asociate asistenţei medicale,* în Anexa privind *Planificarea activitatilor necesare pentru prevenirea, supravegherea si limitarea infectiilor asociate asistentei medicale* [24].

Complicaţii

Deoarece atât săpunul, cât şi produsele antiseptice utilizate, îndepărtează flora microbiană protectivă şi grăsimea naturală a pielii, spălarea frecventă poate duce la uscarea şi crăparea pielii mâinilor, la iritaţii şi dermatite.

Aceste efecte sunt des întâlnite în cazul folosirii repetate a agenţilor de curăţare, mai ales la persoanele cu piele sensibilă. Pentru evitarea sau diminuarea riscurilor de apariţie a efectelor negative, mâinile trebuie clătite foarte bine după orice folosire a agenţilor de spălare. În cazul apariţiei de dermatite, va trebui o evaluare a medicului dermatolog care va stabili dacă persoana respectivă mai poate lucra în mediul spitalicesc până la vindecare. Se poate încerca, totodată, şi o înlocuire a produselor de spălare şi a antisepticelor utilizate, cu altele.

Este necesară excluderea de la îngrijirea pacienţilor, chiar în condiţiile purtării de mănuşi, a personalului medical şi auxiliar care prezintă leziuni infecţioase (supuraţii, dermatite, panariţii, etc).

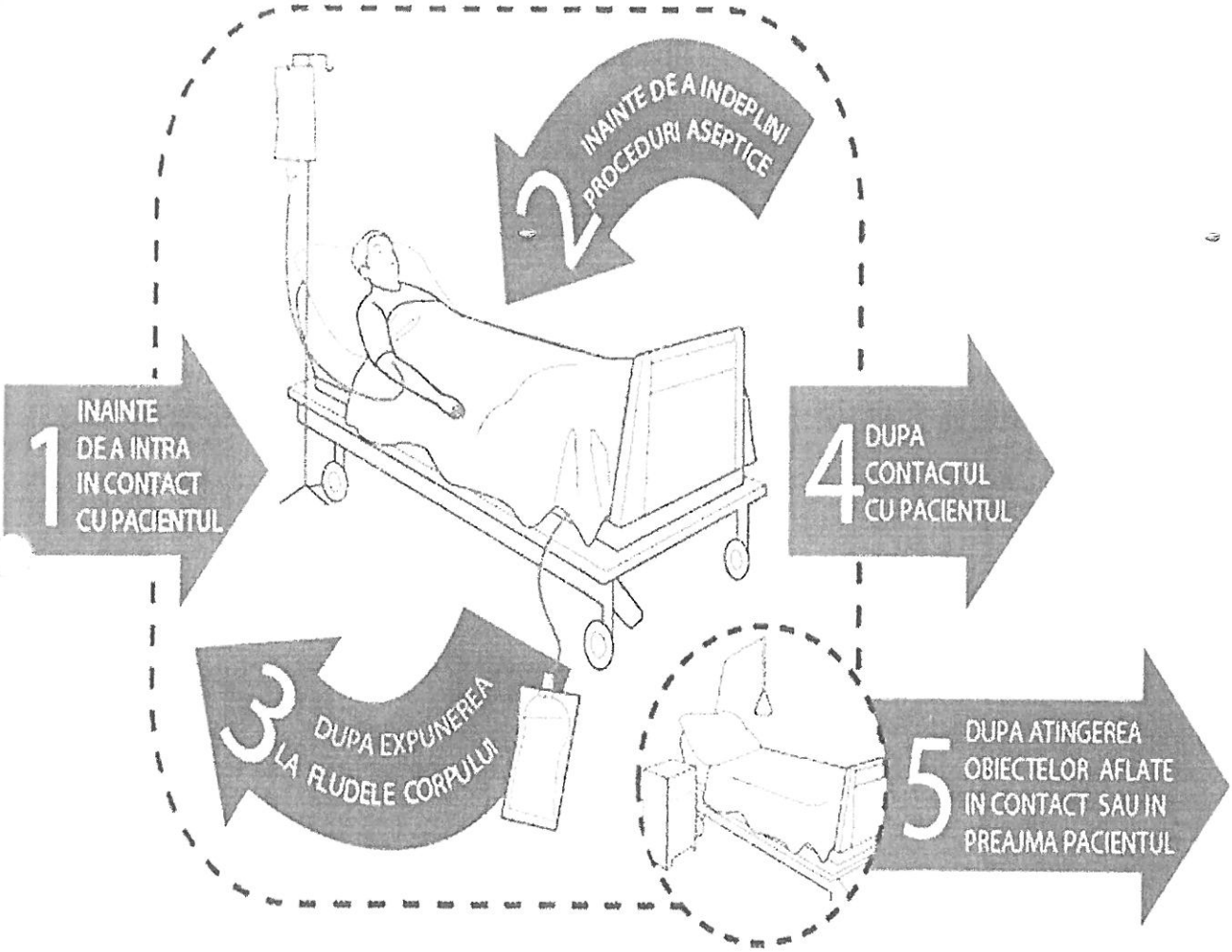
PROCEDURILE RECOMANDATE
pentru dezinfecţia mâinilor, în functie de nivelul de risc
(conform OMS nr. 1761/2021)

NIVELUL DE RISC	PROCEDURI APLICATE	INDICATII
Minim	Spalare simpla cu apa si sapun	- cand mainile sunt vizibil murdare; - la inceputul si sfarsitul programului de lucru; - dupa utilizarea grupului sanitar; in caz de contact cu produse biologice; - in cazul pacientilor cu infectie cu Clostridioides difficile
Intermediar	Dezinfectie igienica prin frecare cu solutie hidroalcoolica (metoda de electie) sau Dezinfectie igienica prin spalare cu apa si sapun	- inainte de contactul cu pacientul; - inainte de proceduri aseptice; - inainte si dupa utilizarea manusilor, in caz de contact cu lichide biologice; - dupa contactul cu pacientul; - dupa contact cu mediul ambiental al pacientului
Inalt	Dezinfectia chirurgicala a mainilor	- inainte de orice interventie

[24] *Indicator 02.11.04.04.04 - La nivelul SSPLIAAM/CSPLIAAM este planificată verificarea microbiologică a apei sterile pentru spălarea chirurgicală. (LV 09)*

	prin frecare cu solutii hidroalcoolice* * Aplicarea alcoolului se va face pe mana uscata. sau Dezinfectia chirurgicala a mainilor prin spalare cu apa si sapun chirurgical (pe baza de povidoniodine sau clorhexidina), urmata de clatire cu apa filtrata si stergere cu prosop steril	chirurgicala; - inaintea tuturor manevrelor care necesita o asepsie de tip chirurgical (minim invazive)
Volumul de dezinfectant utilizat va fi conform recomandarilor producatorului. Se vor folosi doar produse avizate pentru dezinfectia chirurgicala a mainilor.		

5 MOMENTE PENTRU IGIENA MÂINILOR



Anexa 8 - Evaluarea riscului epidemiologic al pacienților cu scor Carmeli 3 și recomandări terapeutice

EVALUAREA RISCULUI EPIDEMIOLOGIC AL PACIENȚILOR CU SCOR CARMELI 3 ȘI RECOMANDĂRI TERAPEUTICE[25]

Secția/compartimentul: _____ Nr. FOCG/FSZ: _____
Numele și prenumele pacientului: _____ Sex: M / F
Data solicitarii recomandarilor: _____
Medic curant: _____

Pacient cu	Risc epidemiologic de a dezvolta IAAM	
	Probabil cu IAAM, cu germeni MDR/ XDR/ PDR, MRSA, ESBL, CPE/ CRE, CRAB, CRPsA, VRE	

MDR	Multidrug resistance - definește tulpini rezistente la 3 sau mai multe clase reprezentative de agenți antmicrobieni
XDR	Extensive drug resistance - rezistența la toate clasele de antibiotice, mai puțin una sau doua clase
PDR	Pandrug resistance - rezistența la toate clasele de antibiohce disponibile
MRSA	Stafilococ auriu meticilino-rezistent
ESBL	Enterobacterii secretoare de betalactamaze
CRE/CPE	Enterobacterii rezistente la carbapeneme/ Enterobacterii secretoare de carbapenemaze
VRE	Enterococi rezistenti la vancomicina

Diagnostic: _____

Recomandări de tratament antibiotic: _____

Alte recomandări: _____

Parafa și semnătură medic specialist in boli infectioase: _____

Data: _____

[25] *Indicatorul: " 02.11.04.02.03 - Riscul epidemiologic al pacienților este consemnat în FO/documentele medicale de către medicul specialist epidemiolog sau infecționist, după caz." aferent L.V. 28 – FO / documente medicale (în formă letrică sau/și digitală) - centralizarea datelor culese*

Anexa 9 - Măsuri recomandate in vederea limitarii riscului infecțios în cazul pacienților colonizați/ infectați cu microorganisme multidrogrezistente

MASURI RECOMANDATE IN VEDEREA LIMITAII RISCULUI INFECȚIOS ÎN CAZUL PACIENȚILOR COLONIZAȚI/ INFECTAȚI CU MICROORGANISME MULTIDROGREZISTENTE[26]

Secția/compartimentul: _____ Nr. FOCG/FSZ: _____
Numele și prenumele pacientului: _____ Sex: M / F
Data identificarii colonizarii/infectiei cu microorganisme multidrogrezistente: _____
Data solicitarii recomandarilor: _____
Medic curant: _____

SCOR CARMELI	NIVEL DE RISC	RECOMANDĂRI (se bifează varianta recomandată)	
1	redus	Masuri generale de curatenie si dezinfectie Aplicarea Precautiunilor standard	
2	mediu	Dezinfecție de nivel mediu, cel putin o data pe zi si ori de cate ori este nevoie; dezinfectie terminala/ periodica de nivel inalt Aplicarea Precautiunilor standard si suplimentare pentru transmitere prin contact, prin picaturi, transmitere aeriana	
		Atitudine terapeutica antimicrobiana, conform PO privind buna practica in antibioterapie	
3	crescut (risc epidemiologic)	Izolarea/ cohortarea pacientilor infectati/ colonizati (recomandat salon cu grup sanitar propriu)	
		Izolarea protectiva, in cazul pacientilor cu imunitate compromisa	
		Dezinfecție de nivel inalt, dupa fiecare procedura medicala, pacient, sau minim de 2 ori pe zi si ori de cate ori este nevoie; dezinfectie terminala/ periodica de nivel inalt Aplicarea Precautiunilor standard si suplimentare pentru transmitere prin contact, prin picaturi, transmitere aeriana Utilizarea PPE suplimentar, dupa caz	
		Evaluare de către medic specialist in boli infecțioase	
		Atitudine terapeutica antimicrobiana, conform PO privind buna practica in antibioterapie	

NOTĂ: Formularul se completează de către medicul epidemiolog în urma solicitării medicului curant, *atunci când se identifică pacienți colonizați/ infectați cu microorganisme multidrogrezistente.*
Parafa și semnătură medic epidemiolog: _____

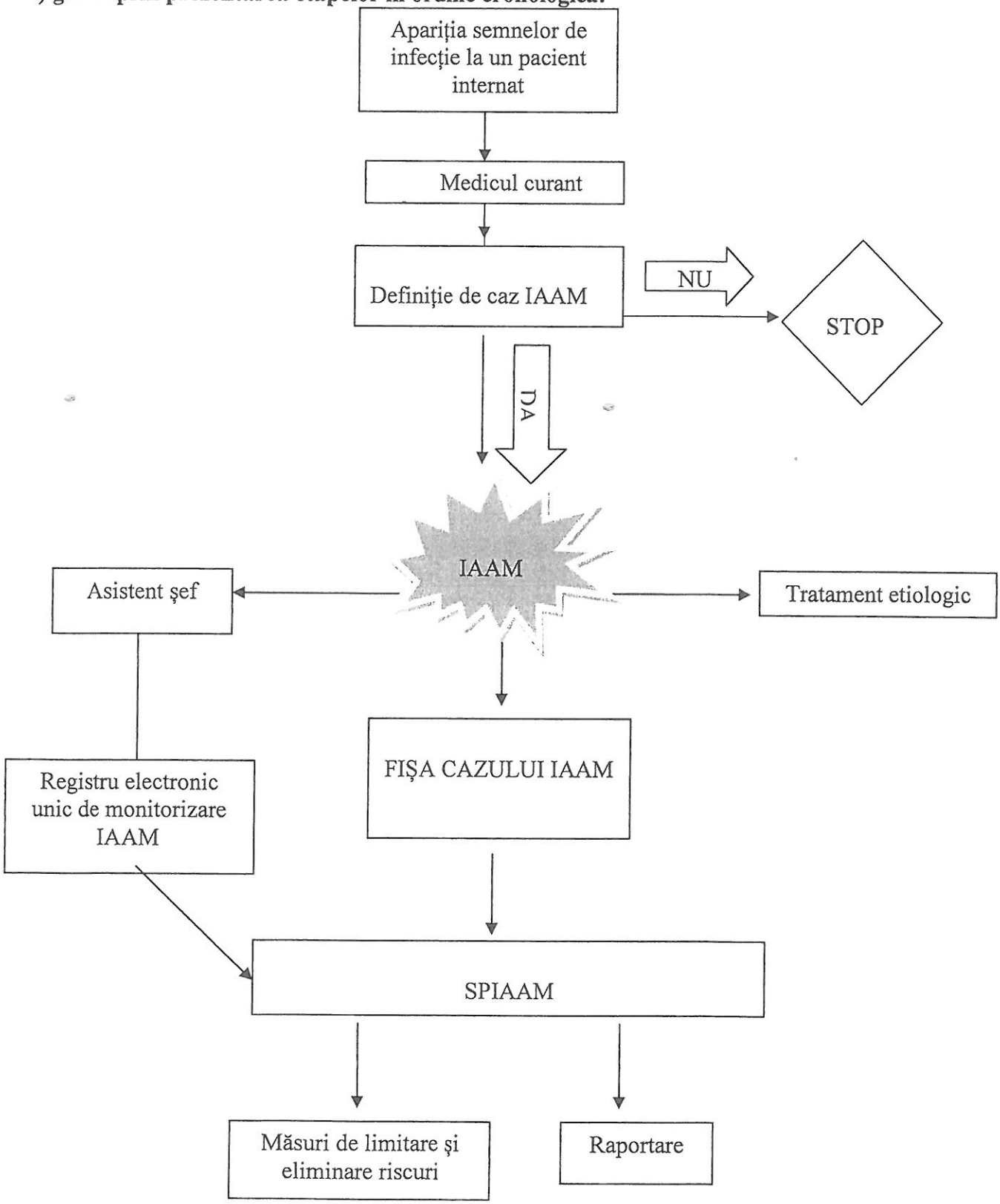
[26] *Indicatorul: " 02.11.04.02.04 - Medicul epidemiolog consemnează în FO recomandările privind măsurile de limitare a riscului infecțios în cazul pacienților colonizați/infectați cu microorganisme multidrogrezistente." aferent L.V. 28 – FO / documente medicale (în formă letrică sau/și digitală) - centralizarea datelor culese*

10.2. Diagrama de proces

a) **tabelar:**

Nr. crt.	Descriere activitate	Responsabil	Termen (timp alocat)	Documente (de intrare, de ieşire, ajutătoare)	Observaţii
1.	Apariția semnelor de infecție la un pacient internat	Medic curant	La apariția semnelor clinice ale pacientului	FOCG Examene paraclinice	Observare directă Examen clinic
2.	Examinarea pacientului şi stabilirea suspiciunii de IAAM, conform definițiilor de caz	Medic curant	La apariția semnelor clinice ale pacientului	FOCG Examene paraclinice	Observare directă Examen clinic
3.	Tratament etiologic	Medic curant +/- medic responsabil cu politica de antibioterapie	La apariția semnelor clinice ale pacientului	FOCG Examene paraclinice	
4.	Completare Fisa cazului de IAAM şi transmiterea catre SPIAAM	Medic curant	La apariția suspiciunii de IAAM		
5.	Registru electronic unic de monitorizare a IAAM	Asistent şef	După completarea Fişei cazului de IAAM		
6.	Măsuri de limitare şi eliminare riscuri	SPIAAM			
7.	Raportare	CPIAAM SMCSS Manager		Documente CaPeSaRo	

b) grafic prin prezentarea etapelor în ordine cronologică:



10.3. Formular de confirmare a instruirii

ANTET SPITAL

FORMULAR DE CONFIRMARE A INSTRUIRII - FCI

Tema Instruirii:

PROCEDURĂ OPERATIONALA DOCUMENTATĂ PRIVIND SUPRAVEGHEREA, PREVENIREA SI LIMITAREA INFECTIILOR ASOCIATE ASISTENTEI MEDICALE (IAAM)

Instructor: ȘEF STRUCTURĂ

Nume și prenume salariat	Funcția	Data instruirii:	Semnătura salariat

10.4. Formular de confirmare a evaluării

ANTET SPITAL

FORMULAR DE CONFIRMARE A EVALUARII - FCE

Tema evaluarii:
PROCEDURĂ OPERATIONALA DOCUMENTATĂ PRIVIND SUPRAVEGHEREA, PREVENIREA SI LIMITAREA INFECTIILOR ASOCIATE ASISTENTEI MEDICALE (IAAM)

Instructor: ȘEF STRUCTURĂ

Mod de evaluare : □ **Oral** □ **Scris**

Data evaluării:

Nume și prenume salariat	Funcția	Data evaluarii	Nota obținută la evaluare	Semnătura salariat