

C R E (カルバペネム耐性腸内細菌目細菌感染症) 聞き取り項目

記 入 者	※記入者の方に電話にて聞き取りを行います				記 入 日	年	月	日
医 療 機 関 名		医師の氏名				電話番号(※)		
診断した者の類型	☐ 患者(確定例) ☐ 保菌		年 齢	歳	性 別		※記入者に繋がる電話番号を記入してください	

検査情報	菌種	☐ <i>Enterobacter cloacae</i> ☐ <i>Klebsiella aerogenes</i> ☐ <i>Klebsiella pneumoniae</i> ☐ <i>Escherichia coli</i> ☐ <i>Serratia marcescens</i> ☐ <i>Citrobacter freundii</i> ☐ その他（ ）							
	薬剤耐性原因								
	耐性因子	☐ メロペネムMIC $\geq 2 \mu\text{g/ml}$ 、又はMEPMの感受性ディスク(KB)の阻止円直径 $\leq 22\text{mm}$ の確認 ☐ イムノクロマト法によるカルバペネマーゼ産生、又はカルバペネマーゼ遺伝子の確認							
	耐性遺伝子	☐ IMP型(☐ IMP-1型 ☐ IMP-6型 ☐ その他()) ☐ NDM型 ☐ KPC型 ☐ OXA-48型 ☐ その他()							
	菌検出日	月 日 (検査事由) ☐ 入院時 ☐ 手術前後 ☐ 定期スクリーニング ☐ その他()							
	菌株	☐ 無 ☐ 有：検体の種類 ☐ 喀痰 ☐ 尿 ☐ 便 ☐ 膿 ※菌株の確保は患者(確定例)のみ ☐ 血液 ☐ その他()							

患者情報	基礎疾患				合併症				
	現在の状況		☐ 入院（ ☐ ICU等 ☐ 一般病棟） ☐ 転院 ☐ 外来（ ☐ 在宅 ☐ 施設） ☐ 死亡						
	同居		☐ 無 ☐ 有（構成：_____）						
	ADL		☐ 寝たきり ☐ 排泄介助 ☐ 車椅子（ ☐ 自走可 ☐ 介助） ☐ その他（_____）						
	発症90日以内の海外渡航歴		☐ 無 ☐ 有 		（渡航地：_____）（期間：_____） （渡航先での入院歴： ☐ 無 ☐ 有）				
	入院中の場合								
	入院日		年 月 日		階・病棟				
	転棟		☐ 無 ☐ 有（内訳：_____）						
	前医		☐ 無 ☐ 有：（医療機関名：_____）（期間：_____）						
	医療機器		☐ 無 ☐ 人工呼吸器 ☐ 中心静脈カテーテル ☐ 尿路カテーテル ☐ その他（_____）						
その他の 渡航先での状況や治療の内容などを記載									

（入院のみ） 医療機関情報	状	況	（本例以外の院内の保菌者・感染者）				☐	無	☐	有	☐	検査・調査中
	体	制	（専従Ns.等の院内感染対策者）		☐	無	☐	有				
			（感染制御チームの設置）		☐	無	☐	有				
			（（今回の発生を受けて）院内感染対策委員会の開催）		☐	無	☐	有	☐	予定（	頃）	
	実 施 し た 対 策	☐ 隔離・コホート		☐	担当者の固定化	☐	手指衛生の徹底	☐	面会・来院制限			
☐ 新規受入制限		☐	職員等への指導の強化	☐	環境清掃の強化							
☐ 監視培養： /		☐	環境培養： /	☐	その他（							
自 由 記 載			医療機関の対応状況などを記載									