

VRSA (バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症) 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>Staphylococcus aureus</i>					
	耐性因子	☐ バンコマイシンMIC $\geq 16 \mu\text{g/ml}$					
	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：)				
	A D L	☐ 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	(渡航地：) (期間：)			
		☐ 有	(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 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				