VRE (バンコマイシン耐性腸球菌感染症) 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>Enterococcus faecalis</i> ☐ <i>Enterococcus faecium</i> ☐ <i>Enterococcus gallinarum</i> ☐ <i>Enterococcus casseliflavus</i> ☐ <i>Enterococcus flavescens</i> ☐ その他 ()			
	薬剤耐性原因				
	耐性因子	☐ バンコマイシンのMIC $\geq$ 16 μ g/ml以上			
	耐性遺伝子	☐ VanA型 ☐ VanB型 ☐ VanC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:)			
	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
		☐ 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			
	実施した対策	(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)			
		☐ 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					