



Οδηγίες για τη συμπλήρωση της καρτέλας εγγραφής: IMAGINE – 2η Καταγραφή

Παρακαλούμε καταγράψτε τις σχετικές πληροφορίες για όλα τα άτομα που ζουν στη δομή μακροχρόνιας νοσηλευτικής φροντίδας τα οποία **ξεκινούν αντιβιοτική θεραπεία** - για οποιοσδήποτε ενδείξεις - κατά τη διάρκεια της **τριμηνιαίας** περιόδου καταχώρησης.

Μόνο νέες θεραπείες με αντιβιοτικά πρέπει να καταγράφονται.

Οι παρατάσεις υφιστάμενων θεραπειών ή η αλλαγή αντιβιοτικού για το ίδιο περίπτωση *δε πρέπει να* περιλαμβάνονται.

Οι προφυλακτικές θεραπείες *δε θα πρέπει να καταγράφονται.*

Οι θεραπείες που ξεκίνησαν στο νοσοκομείο *δε θα πρέπει να καταγράφονται.*

Εάν ένα ωφελούμενο άτομο λαμβάνει αντιβιοτική θεραπεία για διάφορες ενδείξεις, όπως μια λοίμωξη του ουροποιητικού συστήματος και μια δερματική λοίμωξη, παρακαλούμε **συμπληρώστε μια γραμμή για κάθε λοίμωξη.**

Παρακαλούμε σκεφτείτε προσεκτικά πού θα **τοποθετήσετε τα φύλλα καταγραφής** - για παράδειγμα, στο κεντρικό γραφείο του της δομής μακροχρόνιας νοσηλευτικής φροντίδας ή στα δωμάτια των ωφελούμενων.

Συνιστούμε να αποφασίζετε **καθημερινά** ποιος είναι **υπεύθυνος** για τη συμπλήρωση του φύλλου καταγραφής εξασφαλίζοντας ότι **όλες οι θεραπείες με αντιβιοτικά** ξεκίνησαν εκείνη την ημέρα να καταγράφηκαν.

Μια θεραπεία με αντιβιοτικά πρέπει να **καταχωρείται μόνο μία φορά** και κατά προτίμηση την **πρώτη ημέρα της περιόδου θεραπείας.**

Ηλικία	Παρακαλούμε σημειώστε την ηλικία σε έτη.
Φύλο	Δηλώστε αν το ωφελούμενο άτομο είναι γυναίκα ή άντρας.
Ενδείξεις για θεραπεία	Μόνο 1 επιλογή <input checked="" type="checkbox"/> Παρακαλούμε υποδείξετε εάν χρησιμοποιήθηκαν αντιβιοτικά για τη θεραπεία μιας ουρολοίμωξης ή για κάποια άλλη ένδειξη. Εάν δεν γνωρίζετε την ένδειξη, παρακαλούμε σημειώστε την επιλογή "Άγνωστη ένδειξη".
Παράγοντες κινδύνου για ουρολοίμωξη	Τουλάχιστον 1 επιλογή <input checked="" type="checkbox"/> Παρακαλούμε υποδείξετε εάν ο ωφελούμενος έχει κάποιον από τους αναφερόμενους παράγοντες κινδύνου.

<p>Νέα εμφάνιση ή επιδείνωση προ-υπαρχόντων συμπτωμάτων</p>	<p>Τουλάχιστον 1 επιλογή <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Παρακαλούμε υποδείξετε εάν κάποια από τα αναφερόμενα ευρήματα/συμπτώματα είναι παρόντα. Σημαντικό, μόνο νέα ή επιδεινούμενα συμπτώματα που προ υπήρχαν να καταγράφονται</p> <p>Ορισμοί: <u>Σύγχυση</u>: Αδυναμία να σκεφθούν ή να μιλήσουν καθαρά,, αίσθημα διαταραχής προσανατολισμού, προσπάθεια στη συγκέντρωση ή την ανάμνηση, στο να βλέπει ή ακούει πράγματα που δεν υπάρχουν.</p> <p><u>Απάθεια</u>: Έλλειψη ενδιαφέροντος, ανησυχία ή συγκίνηση.</p> <p><u>Ταραχή</u>: Σωματική ή λεκτική επιθετικότητα, ανησυχία ή παρορμητισμός.</p> <p>Σας υπενθυμίζουμε να σημειώσετε το το "Κανένα από τα παραπάνω" εάν καμία από τις προηγούμενες στήλες σε αυτήν την ενότητα δεν είναι συμπληρωμένη.</p>
<p>Νέα εμφάνιση ή επιδείνωση προ-υπαρχόντων ουρογεννητικών συμπτωμάτων</p>	<p>Τουλάχιστον 1 επιλογή <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Παρακαλούμε υποδείξετε εάν οποιαδήποτε από τα ουρογεννητικά συμπτώματα είναι παρόντα.</p> <p>Σας υπενθυμίζουμε να σημειώσετε το "Κανένα από τα παραπάνω" εάν καμία από τα προηγούμενες στήλες σε αυτήν την ενότητα δεν είναι συμπληρωμένη.</p>
<p>Αναλύσεις ούρων</p>	<p>Τουλάχιστον 1 επιλογή <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Δείγμα ούρων στάλθηκε για καλλιέργεια Παρακαλούμε υποδείξετε εάν το δείγμα ούρων στάλθηκε για ανάλυση.</p> <p>Τεστ (στικ) ούρων Παρακαλώ υποδείξετε εάν το στικ ούρων πραγματοποιήθηκε στη δομή ή σε αιματολογικό εργαστήριο. Αν είναι δυνατόν, υποδείξετε αν το στικ είναι θετικό για νιτρικά και/ή λευκοκύτταρα.</p> <p>Καμία ανάλυση ούρων Παρακαλώ επιλέξετε "Καμία ανάλυση ούρων" αν δε στάλθηκε δείγμα ούρων για καλλιέργεια και/ ή δεν πραγματοποιήθηκε/ ζητήθηκε εξέταση με στικ ούρων.</p>
<p>Αντιβιοτικά (συστηματικά)</p>	<p>Τουλάχιστον 1 επιλογή <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Παρακαλούμε υποδείξετε ποιο(-α) τύπος αντιβιοτικού έχει δοθεί. Παρακαλούμε, δείτε τη λίστα με παραδείγματα διάφορων τύπων αντιβιοτικών..</p> <p>Εάν ο τύπος του αντιβιοτικού που χρησιμοποιήθηκε δεν υπάρχει στη λίστα, παρακαλούμε σημειώσετε το "Άλλα αντιβιοτικά".</p> <p>Εάν δεν είστε βέβαιοι για τον τύπο του αντιβιοτικού που χρησιμοποιήθηκε, παρακαλούμε να σημειώσετε το "Δεν ξέρω".</p>
<p>Διάρκεια Θεραπείας</p>	<p>Παρακαλώ αναφέρετε την αναμενόμενη διάρκεια της αντιβιοτικής αγωγής.</p> <p>Εάν περιγράφονται περισσότερα από ένα αντιβιοτικά, παρακαλούμε δηλώσετε τη διάρκεια της θεραπείας του μακρύτερου κύκλου.</p> <p>Εάν η διάρκεια της θεραπείας δεν καθορίζεται ή δεν είναι γνωστή, παρακαλούμε να υποδείξετε το 999.</p>