**Форма для проведення ретроспективного**

**аудиту відповідності призначення антимікробних препаратів**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **І. Інформація про пацієнта1** | | | | | | | | | | | | |
| Дата поступлення: | | | | Відділення: | | | | | | № медичної карти: | | |
| Прізвище, ім’я та по батькові (за наявності): | | | | Вік: | | | | | | Стать: Ч 🗆 Ж 🗆 | | |
| **Призначення антибіотиків2** | | | | | | | | | | | | |
| Антибіотик | | | Доза | | | | Шлях введення | | Кратність введення на добу | | | Дата початку терапії |
|  | | |  | | | |  | |  | | |  |
|  | | |  | | | |  | |  | | |  |
|  | | |  | | | |  | |  | | |  |
| **ІІ. Показання для антибіотикотерапії3** | | | | | | | | | | | | |
| Профілактика 🗆 | Інфекція сечовивідних шляхів 🗆 | | | | | Пневмонія 🗆 | | Інфекція ШКТ 🗆 | | | Інфекція кровотоку 🗆 | |
| Інфекція ЦНС 🗆 | Шкірна інфекція 🗆 | | | | | Інфекція кісток 🗆 | | Інше: | | | | |
| **ІІІ. Первинний аналіз антибіотикотерапії** | | | | | | | | | | | | |
| Чи задокументоване показання для призначення антибіотика?4  Так 🗆  Ні 🗆 | | | | Чи призначено антибіотик відповідно до національних чи локальних настанов?5  Так 🗆  Ні 🗆 Чому ні? Коментар **→** | | | | | Коментарі6 | | | |
| Чи коректна доза?7  Так 🗆  Ні 🗆 | | | | Чи коректний шлях введення?8  Так 🗆  Ні 🗆 | | | | | Чи коректна тривалість лікування?9  Так 🗆  Ні 🗆 | | | |
| **ІV. Аналіз антибіотикотерапії через 48 годин** | | | | | | | | | | | | |
| 1. Чи була переглянута антибіотикотерапія?10 Так 🗆 Ні 🗆 Якщо так, які дії? | | | | | | | | | | | | |
| Ескалація 🗆 | | Продовження 🗆 | | | | Деескалація 🗆 | | Припинення 🗆 | | | Зміна в/в на per os 🗆 | |
| 2. Чому антибіотикотерапію було продовжено?11 | | | | | | | | | | | | |
| Наявність клінічних ознак інфекції 🗆 | | | | | Підтвердження інфекції 🗆 | | | | | Інше (коментар): | | |
| 3. Чи здійснено забір матеріалу для мікробіологічного дослідження?12  🗆 Дата:  🗆 Ні | | | | | 4. Чи отримано результати мікробіологічного дослідження?13  🗆 Дата:  🗆 Ні | | | | | 5. Чи вплинули на вибір АМП результати мікробіологічного дослідження?14  Коментар: | | |
| Загальні коментарі/висновок15:  Дата16:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Прізвище, ім’я та по батькові (за наявності)/Підпис17 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | |

Примітки:

1зазначається число, місяць та рік поступлення пацієнта в заклад охорони здоров’я, відділення, в яких пацієнт отримував АМП-терапію, номер медичної карти стаціонарного хворого (форма первинної облікової документації № 003/о «Медична карта стаціонарного хворого № \_\_\_\_», затверджена наказом Міністерства охорони здоров’я України від 14 лютого 2012 року № 110 (у редакції наказу Міністерства охорони здоров’я України від 21 січня 2016 року № 29), зареєстрована в Міністерстві юстиції України 12 лютого 2016 року за № 230/28360, форма первинної облікової документації № 097/о «Медична карта новонародженого № \_\_\_\_», затверджена наказом Міністерства охорони здоров’я України від 21 січня 2016 року № 29, зареєстрована в Міністерстві юстиції України 12 лютого 2016 року за № 233/28363, форма первинної облікової документації № 096/о «Історія вагітності та пологів № \_\_\_», затверджена наказом Міністерства охорони здоров’я України від 21січня 2016 року № 29, зареєстрована в Міністерстві юстиції України 12 лютого 2016 року за № 232/28362), або у Реєстрі медичних записів, записів про направлення та рецептів в електронній системі охорони здоров’я) (далі – медична карта хворого), прізвище, ім’я та по батькові (за наявності) пацієнта, число повних років пацієнта на момент виписки із ЗОЗ (для дітей віком до двох років зазначається число повних місяців на момент виписки із ЗОЗ), відмічається стать чоловіча або жіноча;

2зазначається діюча речовина АМП в графі «Антибіотик», одноразова доза із зазначенням одиниці виміру (мкг, мг, гр, ОД, МО тощо) в графі «Доза», шлях введення у відповідній графі (пероральний, парентеральний, інгаляційний, місцево тощо), кратність введення на добу у відповідній графі та день, місяць і рік початку антибіотикотерапії у графі «Дата початку терапії». У випадках призначання комбінованого АМП (наприклад, цефоперазон + сульбактам), зазначаються дві діючі речовини комбінованого АМП та їх одноразові дози через розподільну риску (цефоперазон/сульбактам в графі «Антибіотик» та 1000 мг/1000 мг в графі «Доза»);

3відповідно до записів, які зазначені в медичній карті, може бути відмічено декілька пунктів: з профілактичною метою, лікування інфекції сечовивідних шляхів, пневмонії, інфекції шлунково-кишкового тракту, інфекції кровотоку (сепсису), інфекції центральної нервової системи, інфекції шкірних покривів, інфекції кісткових тканин або інше (зазначається, у тому числі додаткова причина призначення АМП);

4«так», якщо лікуючим лікарем задокументовано в медичній карті показання для призначення антибіотика або «ні», якщо призначення антибіотика не задокументовано;

5«так», якщо антибіотик призначено відповідно до нормативно-правових актів або протоколів антибіотикотерапії, затверджених керівником закладу, «ні» - якщо антибіотик призначено поза протоколів та зазначається причина в графі «Коментар»;

6лаконічно зазначається причина невідповідного призначення антибіотика – наприклад, тяжкий стан пацієнта, який унеможливив додаткове обстеження, відсутність відповідного протоколу лікування, недотримання лікарем протоколу лікування;

7відмічається «так» або «ні», якщо доза антибактеріального лікарського засобу відповідає або не відповідає рекомендованим відповідно до інструкції виробника та/або медико-технологічних документів (клінічні настанови, стандарти медичної допомоги, уніфіковані клінічні протоколи медичної допомоги, нові клінічні протоколи медичної допомоги);

8відмічається «так» або «ні», якщо шлях введення антибактеріального препарату відповідає або не відповідає рекомендованим інструкцією виробника;

9відмічається «так» або «ні», якщо тривалість лікування відповідає або не відповідає рекомендованій відповідно до інструкції виробника та/або медико-технологічних документів (клінічні настанови, стандарти медичної допомоги, уніфіковані клінічні протоколи медичної допомоги, нові клінічні протоколи медичної допомоги);

10відмічається «так», якщо в медичній карті зазначено проведення лікарем аналізу/перегляду необхідності продовження/корекції антибіотикотерапії через 48 годин після її призначення, і одне з наступного: «Ескалація» (посилення), «Продовження» (антибіотикотерапія залишена без змін), «Деескалація» (послаблення), «Припинення» (відміна), «Зміна в/в на per os» (перехід на пероральний прийом одного і того ж антибіотика, в тому числі в межах групи антибіотиків) або «ні», якщо в медичній карті не зазначено проведення лікарем аналізу/перегляду необхідності продовження/корекції антибіотикотерапії через 48 годин після її призначення;

11заповнюється, якщо переглядалась антибіотикотерапія, відмічається відповідна позиція, якщо в медичній карті зазначено, що в пацієнта наявні (зберігаються) клінічні ознаки запалення інфекційного генезу або отримано підтвердження інфекційної етіології запального процесу, причина продовження антибіотикотерапії або доповнення/пояснення в стовпчику «Інше (коментар)», якщо антибіотикотерапію продовжено, але наявні варіанти відповідей не пояснюють або в не повною мірою пояснюють подовження антибактеріальної терапії;

12відмічається «Дата» і зазначається день, місяць і рік забору біологічного матеріалу для проведення дослідження, або відмічається «ні», якщо забір матеріалу не проводився;

13заповнюється, якщо здійснювався забір матеріалу для мікробіологічного дослідження, відмічається «Дата» і зазначається день, місяць і рік отримання результатів мікробіологічного дослідження, або відмічається «ні», якщо мікробіологічне дослідження не було проведене (відсутній результат) з будь-яких причин;

14заповнюється, якщо було отримано результати мікробіологічного дослідження. Як коментар лаконічно зазначається чи вплинули і, якщо так, то яким чином на призначення лікуючого лікаря отримані результати мікробіологічного дослідження – наприклад, антибактеріальний препарат замінено на антибіотик з іншої групи;

15зазначається висновок щодо відповідності призначення антимікробних препаратів та, в разі необхідності, додаткові відомості, які не були зазначені;

16день, місяць і рік заповнення форми/проведення аналізу;

17прізвище, ім’я, по батькові (за наявності) та підпис клінічного провізора.