



## Euroopa *Clostridioides difficile* infektsioonide järelevalve Form H: Haigla andmed (kõik järelevalve protokollid) Lk.: 1/2

Haigla kood: \_\_\_\_\_ Haigla liik: ☐ Kohalik (PRIM) ☐ Kesk (SEC) ☐ Piirkondlik (TERT)  
☐ Eri (SPEC) (täpsusta: \_\_\_\_\_)

Haigla on administratiivse haiglagrupi osa (AHG): ☐ Ei ☐ Jah  
Kui jah: Andmed kohalduvad: ☐ Ainult sellele haiglale ☐ Kõikidele AHG haiglatele  
AHG tüüp: ☐ Kohalik ☐ Kesk ☐ Piirkondlik ☐ Eri

Järelevalve periood: Alates \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_\_\_ (pp/kk/aaaa) kuni: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_\_\_ (pp/kk/aaaa)

Haiga antud järelevalve perioodi kohta, täpsusta:

Andmed	Arv
Voodite arv	
Väljakirjutamiste arv või sissekirjutamiste arv	
Voodipäevade arv	
Tervishoiuga seotud <sup>1,3</sup> CDI juhtude arv (HA-CDI)	
Keskkonnatekete või teadmata päritolu <sup>2,3</sup> CDI juhtude arv (CA-CDI)	
Korduvate CDI juhtude arv (recurrent)	
CDI juhtude arv kokku	
CDI suhtes uuritud proovide arv kokku	
CDI suhtes uuritud positiivsete proovide arv	

<sup>1</sup>HA: healthcare-associated; <sup>2</sup>CA: community-associated; <sup>3</sup>recurrent cases excluded

Uuringust välja arvatud osakonnad: ☐ Ei (soovitatav)  
☐ Jah (ei ole soovitatav). Täpsusta, millised osakonnad arvati välja:  
\_\_\_\_\_

**Oluline:** kõik osakonnad tuleb uuringusse kaasata. Kui sellest hoolimata on osakondi uuringust välja jäetud, siis tuleb haigla kohta käivate andmete väljal kajastada ainult nende osakondade andmed, mis kaasati uuringusse (voodipäevad, sisse/väljakirjutamiste arv jne.)

**CDI diagnoosimiseks kasutatud labori algoritm:** allpooltoodud algoritmid on järjestatud oodatava laboratoorse täpsuse ja korrektsuse järjekorras (maksimaalne sensitiivsus ja spetsiifilisus arvesse võetud). Kui ükski neist ei sobi, siis märkida lähim võimalik variant kasutusel olevale meetodikale. Kui kasutatakse mitut algoritmi, siis märkida kõige rohkem kasutusel olev algoritm (>80% proovidest uuritud selle järgi)

**ESCMID-soovitatud[5]\*:**

- ☐ Skriining NAATga, kinnitus toksiin A/B EIA testiga
- ☐ Skriining nii GDH kui ka toksiin A/B EIA testiga, vajadusel kinnitus NAATga või külviga
- ☐ Skriining GDH EIaga, kinnitus toksiin A/B EIAGA, vajadusel täiendav kinnitus NAATga või külviga
- ☐ Skriining GDH ja skriining või kinnitus toksiin A/B EIAGA, kuid puudub võimekus kinnitada NAATga või külviga

**Muud:**

- ☐ Skriining GDH EIAGA, kinnitus NAATga
- ☐ Skriining GDH EIAGA, kinnitus külviga
- ☐ Ainult NAAT
- ☐ Skriining toksiin A/B EIA testiga, kinnitus NAATga või külviga
- ☐ Ainult külv
- ☐ Ainult toksiin A/B EIA testiga
- ☐ Väljaheite tsütotoksiline test (cytotoxicity assay)
- ☐ Kinnitus NAATga, kui GDH on positiivne ja toksiin A/B EIA - negatiivne
- ☐ Muu, täpsusta: \_\_\_\_\_



## Euroopa *Clostridioides difficile* infektsioonide järelevalve Form H: Haigla andmed (kõik järelevalve protokollid). Lk.: 2/2

**Märkus:** käesoleva vormi täitmine ei ole kohustuslik.

### Haigla võimekus isoleerida nakkusohtlikke patsiente

Palatite koguarv (valikuline): \_\_\_\_\_ palatit

Ühekohaliste palatite arv (valikuline): \_\_\_\_\_ palatit

### Infektsioonikontrolli (IK) koolitused eelmisel kalendriaastal (jaanuar-detsember)

Haigla personali IK koolitustundide arv kokku (valikuline): \_\_\_\_\_ tundi

CDI-spetsiifiliste IK koolitustundide protsent (valikuline): \_\_\_\_\_ %

Kes järgmistest isikutest on saanud CDI-spetsiifilist koolitust (valikuline, märgi kõik sobivad):

- ☐ Arstid
- ☐ Õenduspersonal
- ☐ Puhastusteenistuse töötajad
- ☐ Patsiendid
- ☐ Külastajad
- ☐ Muu (täpsusta): \_\_\_\_\_

### Antibiootikumide kasutamine eelmise kalendriaasta jooksul

Antibiootikumide klass (ATC kood)	Defineeritud päevadooside arv 100 voodipäeva kohta
Fluorokinoloonid (J01MA; valikuline, soovituslik)	
Kõik antibiootikumid süsteemseks kasutamiseks (J01; valikuline)	
Tsefalosporiinid (J01D; valikuline)	
Amoksitsilliin/klavulaanhape (J01CR02; valikuline)	
Klindamütsiin (J01FF01; valikuline)	



**Euroopa *Clostridioides difficile* infektsioonide järelvalve.**  
**Vorm C: juhu andmed (kerge ja laiendatud järelvalve protokoll). Lk. 1/2**

**Haigla kood:** \_\_\_\_\_

**Järelevalve periood:** alates \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_\_\_ (pp/kk/aaaa) kuni: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_\_\_  
(pp/kk/aaaa)

**Patsiendi number (Helics programmi antud või oma jrk. N):**  
\_\_\_\_\_

**Haigusloo number või muu patsiendi number (valikuline):**  
\_\_\_\_\_

**Sugu:** ☐ Mees ☐ Naine

**Vanus aastates:** \_\_\_\_\_; kui alla 2a. laps (vanus kuudes): \_\_\_\_ kuud.

**Viibimine tervishoiuasutuses viimase 3 kuu jooksul** (soovituslik): märgi üks järgnevatest

☐ Jah ☐ Ei ☐ Teadmata

**Kui jah, täpsusta:** märgi üks järgnevatest

- ☐ Haigla
- ☐ Pikaravi/hooldusasutus (LTCF)
- ☐ Mõlemad
- ☐ Muu/täpsustamata

**Hospitaliseerimise kuupäev:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_\_\_ (pp/kk/aaaa)

**Osakonna nimetus/ID (lühendatud)** (soovituslik): \_\_\_\_\_

**Osakonna eriala** (soovituslik, vt. koodid Lisa 1): \_\_\_\_\_

**Osakonna nimetus** (soovituslik): \_\_\_\_\_

**Raviarsti eriala/patsiendi profiil** (vt. koodid Lisa1): \_\_\_\_\_

**McCabe'i skoor** (soovituslik):

- ☐ Mitte-fataalne (eeldatav elulemus 5a. ja rohkem)
- ☐ Keskmine suremuse risk (eeldatav elulemus 1–4 aastat)
- ☐ Kõrge suremuse risk (eeldatav elulemus <1 aasta)
- ☐ Teadmata

**CDI sümptomid olemas hospitaliseerimisel:**

☐ Jah ☐ Ei ☐ Teadmata

**CDI sümptomite alguskuupäev:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_\_\_ (pp/kk/aaaa)

**Esimese positiivse analüüsi kuupäev** (soovituslik): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_\_\_ (pp/kk/aaaa)

**Tüpiseerimisele suunamise eesmärk** (valikuline):

- ☐ Tüpiseerimisele ei suunatud
- ☐ Seire
- ☐ Puhangu/klastri
- ☐ Raske CDI
- ☐ Teadmata



## Euroopa *Clostridioides difficile* infektsioonide järelevalve. Vorm C: juhu andmed (kerge ja laiendatud järelevalve). Lk. 2/2

**Korduv CDI** (positiivsed laboritestid vedelast väljaheidest peale CDI ravi lõppu > 2 nädalat ja vähem kui < 8 nädalat eelmise episoodi lõpust):

☐ Jah ☐ Ei ☐ Teadmata

**CDI juhu päritolu (märgi üks järgnevast):**

- ☐ **Tervishoiuga seotud** (sümptomite algus 3. päeval saabumise päevast või hiljem, või 28 päeva jooksul eelmisest tervishoiuasutuses viibimisest)

Kui jah, täpsusta (märgi üks järgnevatest):

- ☐ Oma haigla  
☐ Teine haigla  
☐ Pikaravi/hooldusasutus (LTCF)  
☐ Tervishoiuasutus (täpsustamata)

- ☐ **Keskkonnatekkene** (sümptomite algus ilma eelneva viibimiseta tervishoiuasutuses sh. sümptomite algusega esimesel kahel haiglas viibimise päeval, viimasest viibimisest tervishoiuasutuses peab olema möödas rohkem kui 12 nädalat)

- ☐ **Teadmata** (sh. juhud, mille korral on tervishoiuasutusest viibimisest möödas 4-12 nädalat)

**Tüsistunud CDI** (soovituslik):

*Nt. Keskkonnatekkene CDI, mis vajab haiglaravi; CDI, mis vajab ravi IROs, toksiline megakoolon, kirurgilist sekkumist vajanud juhud, surm CDI tõttu*

☐ Jah ☐ Ei ☐ Teadmata

**Kasutatud isikukaitsevahendid** (valikuline; märgi kõik sobivad):

☐ kaitsekindad ☐ kaitsekittel ☐ ühekordsed põlled ☐ muu ☐ teadmata

**Määratud CDI ravi:**

- ☐ ravi määratud enne käesolevat hospitaliseerimist  
☐ ravi määratud käesoleva hospitaliseerimise sees  
☐ ravi ei olnud määratud  
☐ teadmata

**CDI ravi alguskuupäev:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_\_\_ (pp/kk/aaaa)

**Patsiendi seisund väljakirjutamisel:**

**ECDC WHOCAT** (soovituslik, märgi üks järgnevatest):

- ☐ Elus haiglast lahkudes  
☐ Surma ainus põhjus  
☐ Surmale kaasa aidanud tegur  
☐ Surma kaaspõhjus  
☐ Seos surmaga puudub  
☐ Surnud, teadmata seos CDIga  
☐ Teadmata

**ECDC 3CAT** (valikuline, märgi üks järgnevatest):

- ☐ Elus  
☐ Surnud, CDI kindlalt seotud surmaga  
☐ Surnud, CDI võimalik seotus surmaga  
☐ Surnud, CDIga seost ei ole  
☐ Surnud, teadmata seos CDIga  
☐ Teadmata

**Haiglast välja kirjutamise kuupäev või surma kuupäev haiglas:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (pp/kk/aaaa)

**Mikrobioloogilised andmed (Vorm M) patsiendi kohta:**

☐ Jah ☐ Ei ☐ Teadmata



**Euroopa *Clostridioides difficile* infektsioonide järelevalve.**  
**Vorm M: Isolaadi andmed (laiendatud järelevalve protokoll)**  
**(üks vorm iga isolaadi kohta)**

Haigla kood: \_\_\_\_\_ Labori kood: \_\_\_\_\_

Järelevalve perioodi algus: alates \_\_\_ / \_\_\_ / 20\_\_\_ (pp/kk/aaaa)

Patsiendi number (Helics programmi antud või oma jrk. N): \_\_\_\_\_

Haigusloo number või muu patsiendi number (valikuline): \_\_\_\_\_

Vanus aastates: \_\_\_\_; kui alla 2a. laps (vanus kuudes): \_\_\_\_ kuud

Proovivõtu kuupäev (valikuline): \_\_\_ / \_\_\_ / 20\_\_\_ (pp/kk/aaaa)

Haigla asukoht / geotag (valikuline): \_\_\_\_\_ Geotag'i tüüp: \_\_\_\_\_

**Mikrobioloogiliste uuringute tulemused:**

Tüpiseerimise uuring teostatud riiklikus referentslaboris: ☐ Jah ☐ Ei

***C. difficile* isolaadi PCR ribotüüp:** \_\_\_\_\_

**Ribotüübi määramiseks kasutatud meetod:**

- ☐ Kapillaarelektroforeesi põhine PCR
- ☐ Geoelektroforeesipõhine PCR
- ☐ Muu, täpsusta: \_\_\_\_\_

**A ja/või B toksiini produtseerimine:**

- ☐ Positiivne
- ☐ Negatiivne
- ☐ Ei testitud

**A/B toksiini määramise meetod:**

- ☐ *tcdA* ja/või *tcdB* toksiini määramine PCR meetodiga
- ☐ *tcdA* ja/või *tcdB* toksiini määramine EIA meetodiga
- ☐ Mõlemad PCR ja EIA
- ☐ Muu
- ☐ Teadmata

**Binaarse toksiini geenide olemasolu:**

- ☐ Positiivne
- ☐ Negatiivne
- ☐ Ei testitud

**Antimikroobse tundlikkuse test on teostatud riiklikus referentslaboris:**

- ☐ Jah ☐ Ei ☐ Ei testitud

**Antimikroobse tundlikkuse testi tulemused:**

Metronidazole MIC:	_____ mg/l	meetod: _____	SIR: _____
Vancomycin MIC:	_____ mg/l	meetod: _____	SIR: _____
Moxifloxacin MIC:	_____ mg/l	meetod: _____	SIR: _____