

 MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA		Protocol clinic standardizat Prevenirea și controlul infecției nosocomiale la nou-născut
A. Partea introductivă		
A.1.	Diagnostic	Infecția nosocomială la nou-născut
A.2.	Codul bolii (CIM 10)	
A.3.	Utilizatorii	Medicii neonatologi din saloanele de aflare comună „mamă-copil”, unitățile de terapie intensivă (UTI) neonatală din maternități și centrele perinatale, secțiile de îngrijire continuă a copiilor prematuri și bolnavi
A.4.	Scopul protocolului	Prevenirea infecției nosocomiale (IN) la nou-născuți în perioada de aflare în maternitate și secțiile de îngrijire. Sporirea calității managementului (supraveghere și control infecțios pentru prevenirea cazurilor de IN și diminuarea rezistenței tulpinilor microbiene la antibiotice) nou-născuților cu IN în sălile de naștere, saloanele „mamă-copil”, unitățile de terapie intensivă (UTI) neonatală și unitățile de îngrijire a copiilor prematuri și bolnavi.
A.5.	Data elaborării	2014
A.6.	Data revizuirii	2016
A.7.	Definiția	Infecția nosocomială este orice maladie de geneză microbiană, al cărei diagnostic se pune bolnavilor sau personalului medical în baza datelor clinice și/sau microbiologice și sunt asociate cu spitalizarea sau activitatea personalului în instituțiile medicale. Se consideră drept infecție nosocomială infecția confirmată la nou-născut prin culturi bacteriologice (hemocultură, cultura lichidului cefalo-rahidian (LCR), urină); datele anamnestic-clinice pozitive după 72 ore de viață, asociate cu spitalizarea în UTI și procedurile invazive (intubarea, ventilarea mecanică, cateterizarea venei ombilicale și celor periferice, cateterizarea arterelor centrale, administrarea soluțiilor dintr-un singur flacon la mai mulți copii). Nu trebuie considerate infecții intraspitalicești următoarele stări: • <i>Colonizarea</i> – prezența microorganismelor (pe piele, mucoase, în vagin și alte localizări nesterile), care nu provoacă manifestări clinice a infecției. • <i>Inflamația</i> – starea caracterizată prin reacția țesuturilor la alterare sau iritare cu un agent neinfecțios (ex., substabță chimică) Se consideră drept erupție de infecție nosocomială declanșarea a 3 sau mai multe cazuri clinice identice de maladie infecțioasă într-o perioadă de 3 zile ori apariția consecutivă a 3 și mai multe cazuri (indiferent de intervalul de timp) de infecție provocată de același agent patogen, din același focar sau produsă de unul și același factor cauzal (cale de transmitere). Când la nou-născut vor fi prezente numai semne clinice și biologice sugestive ale infecției fără cultură pozitivă, la >48 h după naștere (internat în UTI), infecția va fi definită ca infecție nosocomială suspectă. Când la nou născut vor fi prezente semnele clinice și biologice sugestive ale infecției + culturile pozitive, la >48 h după naștere se va stabili infecția nosocomială confirmată. Se consideră drept infecție nosocomială cauzată de streptococul grupei B achiziționat intranatal cazurile de infecție confirmate prin următoarele 3 criterii obligatorii: bacteriemie și/sau sepsis; apariția semnelor clinice în primele 48-72 ore de viață; lipsa modificărilor morfopatologice în placentă caracteristice infecției intraamniotice. A se asigura examinarea bacteriologică (hemocultura și examene patomorfologice ale placentei) în toate cazurile de suspjecție la infecție materno-fetală sau nosocomială, inclusiv în timp de noapte și zilele de odihnă.
B. Partea generală		
Nivel de asistență medicală spitalicească		
Descriere	Motive	Pași
B.1. Internarea		
<i>În sala de naștere și salonul de aflare comună a nou-născutului cu mama</i>		
Prevenirea achiziționării infecției	Scăderea riscurilor potențiale de	• Pregătirea salonului TNR sau TNRP C.1;

nosocomiale la nou-născutul sănătos	contaminare / infectare prin aplicarea intervențiilor bazate pe dovezi	• Pregătirea echipamentului C.2; • Respectarea „lanțului curat” C.3; • Intervenții aplicate nou-născuților C.4; • Externarea precoce C.5.		
În unitatea de terapie intensivă neonatală (UTI), unitatea de îngrijire continuă a nou-născuților prematuri				
Prevenirea achiziționării infecției nosocomiale la nou-născut	Prevenirea IN prin evitarea contaminării nou-născuților prin metode invazive	• Minimizarea expunerii copilului la metode invazive, factori de risc și rezervuare de infecție C.6; • Strategii de minimalizare a riscului INC C.7 • Respectarea precauțiilor universale în îngrijiri C.8 • Utilizarea dispozitivelor de protecție C.9 • Izolarea bolnavilor suspecti C.10 • Curățarea și dezinfectarea echipamentului C.11 • Respectarea curățeniei C.12 • Respectarea designului corespunzător C. 13 • Sistemul de ventilare C.14 • Spălarea pe mâni C.15 • Îngrijirea și păstrarea integrității pielii la nou-născuții premature C. 16 • Încurajarea alimentației enterale precoce și avansarea rapidă C. 17 • Respectarea regimului vizitelor C.18 • Sănătatea personalului medical C. 19		
Supravegherea nou-născuților din grupul de risc si controlul infecțios al IN	Monitoringul ratelor IN pentru identificarea problemelor și priorităților locale și evaluarea eficacității activităților de control infecțios Utilizarea ghidurilor bazate pe dovezi pentru supravegherea / controlul infecției.	• Ciclul (etapele) procesului de supraveghere a IN C.20 • Pașii de implementare a supravegherii IN C. 21 • Monitoringul microbiologic al colonizării C. 22 • Formele de supraveghere C. 24 • Tehnicile de căutare a cazurilor suspecte C. 25 • Analiza datelor C 26 • Diseminarea rezultatelor C. 28		
C.2. Descrierea metodelor, tehnicilor și procedurilor				
C 1	Travaliul, nașterea și primele ore după naștere mama se află cu copilul în salonul de tip <i>TNR</i> (<i>travaliu – naștere – recuperare</i>) sau <i>TNRP</i> (<i>travaliu – naștere – recuperare – post-partum</i>). Pregătirea salonului: dezinfectat, spălat și aerisit, încălzit, pregătit pentru o singură persoană, respectând condițiile hoteliere, curat și cu temperatura ≥25°C.			
C 2	Următorul echipament trebuie să fie pregătit în salonul de naștere (spălat, dezinfectat sau de unică folosință): - masă de resuscitare cu un încălzitor aerian, controlat manual - echipament de resuscitare (măști faciale pentru copii, sac de ventilare) - set de pensare/secționare a cordonului ombilical - utilaj de aspirație, cateter de aspirație - termometre de marcaj jos (<25°C) - cântar electronic pentru copii - sursă de încălzire a salonului de naștere - cearșaf, căciuliță - incubatoare sau saltele umplute cu apă (în cazul transportării interne sau externe a copilului).			
C 3	Cadrele medicale trebuie să asigure următoarele 6 componente ale „lanțului curat”: <table><tr><td>La naștere: - Mâini curate (spălate cu săpun, preferabil lichid, unghii scurt tăiate). - Mănuși de o singură folosință. - Suprafața curată pentru primirea nașterilor. </td><td>După naștere: - Lucrătorul medical isi spală mâinile înainte de a lua copilul. - Copilul se va alimenta doar cu lapte matern. - Cordonul ombilical va fi menținut curat și uscat. </td></tr></table>		La naștere: - Mâini curate (spălate cu săpun, preferabil lichid, unghii scurt tăiate). - Mănuși de o singură folosință. - Suprafața curată pentru primirea nașterilor.	După naștere: - Lucrătorul medical isi spală mâinile înainte de a lua copilul. - Copilul se va alimenta doar cu lapte matern. - Cordonul ombilical va fi menținut curat și uscat.
La naștere: - Mâini curate (spălate cu săpun, preferabil lichid, unghii scurt tăiate). - Mănuși de o singură folosință. - Suprafața curată pentru primirea nașterilor.	După naștere: - Lucrătorul medical isi spală mâinile înainte de a lua copilul. - Copilul se va alimenta doar cu lapte matern. - Cordonul ombilical va fi menținut curat și uscat.			

	- Cordonul se taie cu instrument steril (curat) la sfârșitul pulsației îndată după uscarea și amplasarea copilului pe burta mamei. - Cordonul se leaga strâns cu o bandă sterilă de cauciuc. - Scutec curat pentru învelirea mamei și copilului.	- Scutecele utilizate trebuie să fie curate. - Fesele copilului se vor spăla. - Îngrijitorul (mama) își vor spăla mâinile înainte de a lua copilul.
C 4	Următoarele intervenții trebuie aplicate tuturor nou-născuților în maternitate pentru prevenirea IN: - plasarea copilului pe burta mamei - prima alăptare - contactul dintre mamă, prunc și familie - secționarea și îngrijirea cordonului ombilical - profilaxia gonoblenoreii cu ung. de tetraciclină 1% sau eritromicină 0,5% peste o oră de la naștere. - examinarea și etichetarea nou-născutului - profilaxia hemoragiilor (vit. K)	
C 5	Externarea nou-născutului din maternitate trebuie să respecte condițiile: - La 4 zi după naștere - În stare bună de sănătate - Cu greutatea nu mai mică de 1800 g	- Cu adaos ponderal - Cu vaccinarea BCG efectuată - Cu bontul ombilical detașat (de perferință) - Mama sa posedă abilități de îngrijire a copilului
C 6	Evitarea contaminării prin metode invazive cu risc de contaminare: - Prin contact (infiltrare locală) - Pe cale aerogenă - Transmiterea infecției pe verticală - Pe cale fecal-orală - Oxigenarea extracorporală membranoasă - Intubarea endotraheală și VAP - Tuburile nazogastrice - Cateterizarea vaselor - Alimentația parenterală - Transfuziile de sânge - Prelevarea probelor sangvine - Cateterizarea urinară Expunerea la factorii de risc: - Orice factor de risc - Dizainul UTI - Acces venos/arterial central - Imaturitatea pielii - NPO nimic per os /APT - Tubul endotraheal - Venipuncțiile - Cateterul urinar - Antibioterapia	contact cu rezervuarele de infecție în UTI: - Tractul GI la nou-născut (flora Gram-negativă) - Tegumentele nou-născutului (Stafilococ coagulazo-negativ) - Mâinile personalului - Cordonul ombilical (<i>St. aureus</i>) - Laptele matern, amestecurile adaptate - Soluțiile de perfuzie - Umedificatoarele, obiectele umede (ștergere umede) - Țevile evacuatoare a lavuarelor, apa de la robinet, dozatoarele de săpun, soluțiile dezinfectante - Cateterile și mijloacele pentru terapia de infuzie - Sonda endotraheală, VAP, CPAP-ul, setul de resuscitare, incubatoarele, termometrele, aspiratoarele - Analizatorul de gaze sangvine - Loțiunea de mâni - Jucăriile moi - Aerul condiționat - Baia de apă pentru produsele din sânge
C 7	Strategii de minimalizare a riscului IN: - Spălare pe mâini - Minimizarea suprapopulării UTI nou-născuți. Spălarea alternativă a mâinilor cu soluții pe bază de alcool. Identificarea riscurilor, strategiilor de minimizare a riscurilor, supravegherea eficienței strategiilor. - Limitarea zilelor de cateterizare, respectarea protocolului de plasare a cateterului, îngrijirea aseptică a acestuia - Îngrijirea adecvată a pielii, determinarea proceselor de protecție - Implicarea întregii echipe pentru inițierea timpurie a alimentației. Protocol de conduită privind inițierea, avansarea, întreruperea alimentației. - Extubare rapidă, trecerea la CPAP - Minimizarea înțepării pielii. Desinfectarea adecvată a pielii. Analize de laborator grupate în complex. - Curățarea adecvată a pielii la locul inserării. Limitarea zilelor cu cateter. Tehnică aseptică de îngrijire. - Utilizarea rațională a antibioticelor (respectarea indicațiilor, dozelor și duratei de administrare). - Prescrierea antibioticelor cu spectru larg și timp îndelungat determină apariția culturilor rezistente. - Limitarea utilizării antibioprolaxiei în caz de cultură negativă cu întreruperea antibioticului după 48 ore s-a dovedit a fi eficientă în controlul INC.	
C 8	Recomandări pentru precauții universale standard de îngrijiri în UTI	
	Spălarea pe mâni	După contact cu sânge, fluide corporale, secreții, excreții, obiecte contaminate; Imediat

		îndepărtarea mănușilor. Între examinarea a doi copii. Soluțiile alcoolice se utilizează cu excepția cazului când mâinile sunt vizibil murdare cu sânge / sau alte substanțe proteice sau în cazul în care este probabil să aibă loc expunerea la spori (de exemplu, <i>Cl. difficile</i>, antracis B.).	
	Echipament protectiv: mănuși	La contact cu sânge, fluide corporale, secreții, excreții, obiecte contaminate, mucoase, membrane și pielea nonintactă	
	Echipament protectiv: halat	În timpul procedurilor și a activităților de îngrijire pentru copii la care anticipați expunerea îmbrăcămintei / pielii la fluide corporale/sânge, secreții și excreții a pacientului	
	Echipament protectiv: mască, ochelari	În timpul procedurilor și activităților de îngrijire a copiilor care ar putea genera stropi sau spray-uri de sânge, fluide corporale, secreții, aspirarea în special, intubarea endotraheală pentru a proteja personalul medical.	
	Controlul mediului	Elaborarea unor proceduri de rutină de curățare și dezinfectare a suprafețelor mediului	
	Spălarea materialelor textile	Manipulați elementele textile murdare astfel ca să preîntâmpinați aerosolizarea agenților infecțioși. Evitați contactul lor cu corpul și îmbrăcămintea personală. Folosiți saci pentru rufe pentru stocarea lor.	
	Practicile legate de injecții (utilizarea acelor și altor obiecte ascuțite)	1. Nu manipulați manual (îndoiiți, rupeți) acele folosite, utilizați tehnica unei mâini pentru a plasa capacul pe acul folosit (pentru a preîntâmpina înțeparea accidentală).  2.Utilizați sisteme de perfuzie fără ace  3. Utilizați medicamente dozate cu doze unice. 4. Utilizați seringi sterile de unică folosință. Pentru fiecare medicament o seringă aparte.	
	Resuscitarea nou-născutului	Utilizați balonul de resuscitare, masca și pipa astfel ca să preîntâmpinați contactul lor cu gura și secrețiile orale	
	Amplasarea nou-născuților	Dacă se respectă indicațiile privind spațiul nu este necesară izolarea de rutină pentru toți nou-născuții	
C 9	Dispozitivele medicale (halat, mănuși, mască) - utilizarea dispozitivelor de protecție trebuie să se bazeze pe riscul de transmitere a microorganismelor la copil și riscul de contaminare a personalului îmbrăcămintă și pielea cu sânge, fluidele corporale, secrețiile sau excrețiile bolnavului • În fiecare UTI trebuie să existe o politică bine stabilită pentru ținuta personalului. [IB] • Echipament steril trebuie utilizat la fiecare procedură invazivă aplicată nou-născutului. [IB] • Mănușile, masca și boneta <u>sterile</u> trebuie utilizate la fiecare procedură invazivă sau chirurgicală când se contactează cu lichidele pacientului. [IB] • Mănușile trebuie să fie de unică folosință și purtate la: proceduri invazive, contact cu locurile sterile, pielea non-intactă sau mucoase, activitățile cu risc de expunere la sânge, fluide corporale, secreții sau excreții, sau instrumente ascuțite sau contaminate. • Manușile sunt îmbrăcate imediat înaintea contactului cu copilul, și înlăturate cât mai curînd cînd activitatea este finalizată. • Mănușile trebuie schimbate la îngrijirea diferitor copii sau între diferite activități de tratament/îngrijiri la același copil. • Mîinile se spală după scoaterea mănușilor. • Halate Fluid-repellent trebuie să fie purtate în cazul în care există un risc de stropire cu sânge, fluide corporale, secreții sau excreții • Măștile și ochelarii de protecție vor fi purtate când există un risc de împrăscare/stropire în față și ochi cu sânge, fluide corporale, secrețiile sau excrețiile. • În timpul procedurilor invazive este necesar de a purta: halat steril, mască, mănuși sterile [IB] • Îmbrăcarea de rutină a halatului la intrarea în UTI nu este indicată [IB]		
C 10	Izolarea bolnavilor suspecți. Condiții către izolatoare ✓ Saloanele izolatoare ar trebui să existe în orice maternitate, de obicei amplasarea lor este în cadrul UTI, dar în unele spitale este binevenită amplasarea lor în aripă separată cu intrare proprie, evitând astfel torentul de vizitatori. [IB] ✓ Fiecare izolator trebuie să conțină cel puțin o chiuvetă hands-free, un spațiu pentru depozitarea		

	îmbrăcămintei sterile, accesoriile chiuvetei și un coș pentru depozitarea halatelor, măștilor, bonetelor utilizate, care se aruncă la ieșire din secție (coșul cu hainele nereutilizabile trebuie să fie undeva izolate, la el nu trebuie să mai fie acces repetat). [IB] ✓ Un izolator necesită sistem de bidirecționare în caz de urgență. [IB] ✓ Un izolator trebuie să ofere posibilitatea monitorizării vizuale de la distanță a pacientului (pereți din sticlă transparentă, monitorizare video). [IB] ✓ Ferestrele ar trebui să fie cu jaluzele pentru a crea intimitate mamei și copilului, jaluzelele fiind ușor de curățat. Jaluzelele se curăță cu detergenți o dată în săptămână . [IB]										
C 11	Curățarea și dezinfectarea echipamentului pentru îngrijirea neonatală • Fiecare component detașabil al incubatorului trebuie decontaminat, curățat și dezinfectat cu antiseptic după eliberarea lui de copil. [IB] • Ventilatorul fiecărui incubator trebuie întreținut conform cerințelor producătorului. [IB] • Sistemele de ventilație și curățare a aerului trebuie întreținute conform cerințelor producătorului. [IB] • Saltelele cu defect de integritate a suprafeței se aruncă, deoarece sunt rezervoare de INC. [IB] • Manjele pentru tensiune sau pulsoximetrie trebuie fin spălate și decontaminate cu dezinfectarea lor cu antiseptice de suprafață, de asemenea trebuie să existe un program de schimbare a lor, cu înlocuirea celor vechi cu echipamente noi. [IB] • Încubatoarele care sunt curate și dezinfectate se păstrează într-o încăpăre special, unde este o ventilație adecvată cu evitarea supraîncălzirii. [IB] • Prematurii care se află o perioadă mai îndelungată în incubator trebuie să-și schimbe incubatorul cât mai des posibil cu dezinfectarea ulterioară a incubatorului utilizat. [IB] • Materialele din bumbac, hăinuțele care se află în contact direct cu pielea copilului trebuie asortate în seturi separate pentru fiecare copil cu tratarea lor termică ulterioară, ele trebuie schimbate la fiecare 8 ore. [IB] • Lenjeria murdară, hainele nou-născutului trebuie transportate în unitatea de spălare și prelucrare termică specială care se află în afara blocului. Transportarea lor în secție trebuie să fie efectuată într-un cărucior special acoperite cu cuverturi dense. [II] • Articolele de îmbrăcămintă ale nou-născutului nu se utilizează dacă sunt noi, prealabil se tratează termic. [IB] • În fiecare UTI trebuie să existe o politică bine stabilită pentru colectarea, amplasarea și transportarea lenjeriei murdare, la fel și a scutecelor reutilizabile. [IB] • Lenjeria, scutecele murdare trebuie stocate în saci speciali pentru a evita scurgerea lor. • Personalul medical, care atinge lenjeria murdară fără mănuși de protecție, trebuie să fie conștient de riscul înalt de contaminare. [IB] • Sărurile trichlorocarbanilide de sodiu sau de pentaclorfenol folosite nu ar trebui să fie utilizate în spălare, deoarece pot fi dăunătoare. [IB] • Pentru a evita intoxicațiile cu vaporii compușilor pentru curățenie sau dezinfecție personalul medical trebuie să fie informat despre componența chimică, temperatura de evaporare, timpul de expunere a acestor produse. [IB]										
C 12	Respectarea curățeniei ✓ Curățarea trebuie efectuată pe zone în ordinea: pacient, accesoriu și sălile adiacente. [IB] ✓ În procedura de curățare, praful nu ar trebui să fie dispersat în aer. [IB] ✓ Pentru a evita dispersarea particulelor de praf, emulsii, a bacteriilor trebuie utilizate aspiratoare cu vid și tratarea cu aburi sau umedă. [IB] ✓ Pentru prelucrarea pereților, tavanelor sau a podelei trebuie utilizate mopuri hidrofile pentru fiecare unitate aparte, după utilizare, ele trebuie spălate în mașina de spălat și uscate bine zi de zi. [IB] ✓ Suprafețele orizontale trebuie curățate o dată în zi cu evitarea contaminării repetate a lor, cu dezinfectarea ulterioară cu antiseptic. [IB] ✓ Suprafețele care au fost contaminate cu lichidele pacientului trebuie atent decontaminate, curățate și dezinfectate. [IB] ✓ Antisepticele și dezinfectantele trebuie aplicate pe pereți, ferestre, tavane după un orar stabilit, cel puțin o dată în săptămână. [IB] ✓ Chiuveta trebuie spălată și dezinfectată cel puțin o dată în 24 ore cu soluții antiseptice. [IB]										
C 13	Respectarea designului UTI Pentru evitarea suprapopulării și suprasolicitării secției <i>UTI trebuie sa respecte un design corespunzător, inclusiv si un raport Nr. pacienți / asistentă medicală</i> (Tabelul 1) <table><tr><th>Îngrijirile oferite nou-nascutilor</th><th>Raport asistentă: copil</th><th>m²</th><th>Spațiul între paturi</th><th>Lățimea culuoarelor adiacente (m)</th></tr><tr><td>la internare și observare după naștere</td><td>1:4</td><td>3,7</td><td>NR</td><td></td></tr></table>	Îngrijirile oferite nou-nascutilor	Raport asistentă: copil	m ²	Spațiul între paturi	Lățimea culuoarelor adiacente (m)	la internare și observare după naștere	1:4	3,7	NR	
Îngrijirile oferite nou-nascutilor	Raport asistentă: copil	m ²	Spațiul între paturi	Lățimea culuoarelor adiacente (m)							
la internare și observare după naștere	1:4	3,7	NR								

	care necesită numai asistență de rutină	1:6 pînă la 8	2,8	0,9	
	care necesită îngrijire continuă	1:3 pînă la 4	4,6	1,2	NR
	care necesită îngrijiri intermediare	1: 2 pînă la 3	9,3-11,1	1,2	NR
	care necesită terapie intensivă	1:1	Multiple saloane: 11,1-14 Un singur salon: 14	1,8	2,4
	care necesită suport multisistemic	1:1	b	b	b
	instabili care necesită îngrijiri complexe în stări critice	1:1	b	b	b
	NR – nu există recomandări; a. Nu există recomandări specifice publicate, maximum 16 copii într-o sală de îngrijiri b. De preferință un spațiu mare, dar lipsesc recomandări specifice publicate				
ElkGroveVillage IL. Guidelines for perinatal care. 5th ed: American Academy of Pediatrics 2002.					
	Spațiul				
	- Fiecare unitate de îngrijire neonatală trebuie să fie de 120 m² despărțită de culcare largi și luminoase [IB]. În această suprafață nu intră spațiul alocat pentru lavoare. Culoarele între spațiile de lucru trebuie să fie cu o lățime minim 0,9 m, 3 pași medii [IB]. - Respectarea spațiului pentru îngrijiri (11 m² pentru fiecare copil) (IB), spațiul dintre copii minimum 0,9 m [IB]. - UTI trebuie să fie separată și prin ea să nu fie trecere în alte secții, doar o singură direcție de intrare și de ieșire [IB]. - iri (11 m² pentru fiecare copil) (IB), spațiul dintre copii minimum 0,9 m [IB]. - UTI trebuie să fie separată și prin ea să nu fie trecere în alte secții, doar o singură direcție de intrare și de ieșire [IB].				
C 14	Sistemul de ventilare și curățare a aerului - Trebuie să fie minim 6 ventilări în oră în UTI, 2 din ele schimbul de aer să se facă cu aerul din exteriorul clădirii. [IB] - Sistemul de ventilare trebuie să împiedice mișcarea liberă a particulelor de praf sau din emulsii și poarta de aspirare să fie cît mai departe posibil de copil. [IB] - Filtrele bactericide și ionizatoare din UTI trebuie să asigure o eficacitate de 90% minim. [IB] - Aerul suflat, steril, de la filtrele de aer trebuie să fie la o distanță minimă de 7,6 m. Porțile externe ale sistemului de ventilare trebuie să fie separate de cele ale secțiilor chirurgicale și trebuie să fie cît mai depărtate de stradă sau locurile aglomerate, la distanță de eliminările de gaze periculoase (de la automobile, stații PECO, centrale termice ș.a.). [IB]				
C 15	Reguli de spălare pe mâini <i>Igiena mâinilor</i> este un termen general care se aplică oricărei acțiuni de curățare și/sau dezinfecție a mâinilor (realizată prin spălare și/sau frecare) cu apă și săpun/produs cu acțiune țintită pe microorganisme ale florei cutanate, în scopul prevenirii transmiterii microorganismelor [9, 14, 15, 18, 20, 21]. IV, C <i>Dezinfecția mâinilor</i> este un termen care se referă la spălare (igienică și/sau chirurgicală) și frecare (igienică și/sau chirurgicală) a mâinilor prin folosirea unui produs antiseptic cu acțiune directă asupra florei cutanate, pentru a preveni transmiterea acesteia [14]. IV, C Igiena mâinilor personalului medical este o noțiune care cuprinde câteva măsuri: a) spălarea mâinilor, b) dezinfecția mâinilor prin spălare și prin frecare, c) dezinfecția chirurgicală a mâinilor prin spălare și prin frecare, d) îngrijirea cosmetică a tegumentelor mâinilor personalului medical. Reguli pentru spălarea/dezinfecția mâinilor Personalul medical trebuie să își spele mâinile cu apă și săpun: - la intrarea în serviciu [9-10, 14, 15-16, 18, 30]. I Ib, B - dacă mâinile sunt vizibil murdare sau pătate [9-10, 14, 15-16, 18, 30-32, 62]. I Ib, B - de fiecare dată după folosirea toaletei (WC) [9-10, 14, 15-16, 18, 30]. Ia, A - înainte de a mânca, după folosirea batistei și după revenirea la lucru din camera de repaus [9-10, 14, 15-16, 18]. I Ib, B - dacă este suspectată sau dovedită expunerea la germeni potențial patogeni formatori de spori, inclusiv în focare de <i>Clostridium difficile</i> [9, 15, 16, 18, 39]. I Ib, B Dacă mâinile sunt vizibil murdare sau contaminate cu material de origine proteică sau vizibil murdare de sânge / alte fluide ale corpului, spălați mâinile fie cu săpun non-bacterian și apă fie cu săpun antibacterian și apă. Ia, A [1].				

	Dacă mâinile nu sunt vizibil murdare, dezinfectați mâinile prin spălare sau prin frecare în toate situațiile clinice menționate în punctele 1 – 12, Ia, A [1]. Personalul medical trebuie să își dezinfecteze mâinile prin spălare sau prin frecare: 1. înaintea contactului direct cu pacientul; IIb, B [1]. 2. înainte de efectuarea procedurilor invazive (înaintea îmbrăcării mănușilor sterile când se înserează cateterul central intravascular; IIa, B [1]. 3. înaintea înșurării cateterelor urinare, cateterelor periferice vasculare sau altor dispozitive invazive care nu necesită proceduri chirurgicale; IIb, B [1]. 4. după contactul cu pielea intactă a pacientului (când măsurați PS sau TA); IIb, B [1]. 5. după proceduri, în timpul cărora pe mâini puteau nimeri microorganisme: după contactul cu fluidele corpului sau excrețiile, membranele mucoase, pielea nonintactă; Ib, A [1]. 6. dacă efectuați îngrijirilor de la părțile contaminate ale corpului pacientului la cele curate; IIb, B [2]. 7. după contactul cu obiectele neînsuflețite (inclusiv echipamentul medical) care se află în vecinătate imediată cu pacientul; IIb, B [1]. 8. după contactul cu obiectele, echipamentul posibil infectat cu material biologic și microorganisme; Ib, A [1]. 9. după scoaterea mănușilor; IIb, B [1]. 10. înainte de contactul cu pacienții cu sensibilitate crescută (nou-născuți, persoane cu imunodeficit sever, etc); Ib, A [2]. 11. înainte de atingerea oricărei răni (postoperatorii, în rezultatul traumei sau în urma procedurilor invazive); Ia, A [1]. 12. după contactul cu bolnavii contagioși sau purtători de tulpini polirezistente sau alte microorganisme nosocomiale; IIb, B [1]. Chiuvețele de spălare pe mâini • În UTI, ar trebui să existe cel puțin 1 chiuvetă hands-free pentru spălare pentru 4 paturi sau incubatoare. [IB] • În saloanele mamă-copil ar trebui să fie câte o chiuvetă hands-free pentru fiecare unitate mamă și copil. [IB] • Accesoriile unei chiuvete hands-free, ștergere de unică folosință, dozatoarele de săpun trebuie să fie durabile și într-o o rază de protecție pentru incubatoare. [IB] • Dimensiunile minime ale unei chiuvete hands-free ar trebui să fie 61 x 41 cm și cu o adâncime de 25 cm, cu bordurile înalte pentru a evita maxim stropirea. [IB] • Tehnica spălării pe mâini, în poze, ar trebui să fie fixată lângă fiecare chiuvetă. [IB] • Chiuveta trebuie să fie construită în așa mod ca spălarea pe mâini din picioare să nu fie însoțită de stropirea spațiului înconjurător. [IB] • Chiuvetele se curăță și se dezinfectează zilnic. [IB] • Uscătoarele de mâini cu aer nu sunt utile pentru UTI, deoarece au proprietatea de a fi colonizate cu bacterii hidrofile în maxim 24 ore de utilizare, dezinfectarea lor fiind foarte dificilă. [IB] • Accesoriile chiuvetei trebuie curățate cu un detergent zilnic, țevile de evacuare dezinfectate cu antiseptice o dată în zi. [IB]
C 16	Îngrijirii minuțioase și păstrarea integrității pielii Funcția de barieră a pielii este compromisă în special la nou-născuții prematuri, deoarece stratul cornos e mai subțire și este ușor deteriorat prin manipulare, benzi adezive, alcool și aplicații cu iod-povidonă. În timpul fazei inițiale de instabilitate a termoreglării și a hemodinamicii nou-născutul cu GEMN ar trebui să fie supus minimului de manipulare. Cu toate acestea, odată ce copilul este stabil hemodinamic, ar trebui să fie inițiată aplicarea uleiului de masaj. Acest lucru favorizează stimularea kinestetică și oferă o asistență de susținere în dezvoltare. Date limitate sprijină utilizarea uleiului de floarea-soarelui, dar, în absența altor uleiuri el poate fi folosit doar după asigurarea sterilității lui, încălzire înainte de utilizarea și aplicarea lui pe mâinile spălate, calde. Recomandări: • La copii cu TG <26 s.g. exclusiv accesul venos central (CVO) pentru primele 10 zile de viață • Vena subcutanată centrală de la a 7-10 zi de viață pentru AP • Pe locul electrozilor aplicați hidrogeluri • Linia vasculară ombilicală, tubul endotraheal, sonda gastrică fixați cu hidrocoloid sau emplastru transparent • Pulsoximetrul se fixează prin bande elastice (nu adezive) • Umidificarea aerului, blana de oaie, folosirea unguentelor hidrofile, utilizarea apei sterile, fără alcool, fără benzi adezive, manipulare minimă doar la strictă necesitate sunt principiile generale de păstrare a integrității pielii.
C 17	Încurajarea alimentației enterale precoce și avansarea ei rapidă Vârsta introducerii alimentației enterale și administrarea de lapte matern, comparativ cu amestecul adaptat, pare să afecteze incidența sepsisului nosocomial. Hylander et al. a comparat incidența infecției în două grupuri de nou-născuți repartizați aleatoriu: primul grup a fost alimentat cu lapte matern, al doilea grup a fost alimentat cu formulă adaptată. Ei au descoperit că incidența infecțiilor a fost semnificativ mai redusă la copiii alimentați cu lapte matern²⁸. Flidel-Rimon et al. au raportat că alimentarea enterală precoce este asociată cu un risc redus de sepsis

	nosocomial²⁹. Utilizarea de probiotice pentru a preveni sepsisul nosocomiale a fost evaluată de către un singur studiu. Recent, Lin și coaut. a ajuns la concluzia că la nou-născuții prematuri cu GEMN ce au fost alimentați enteral timp de 6 săptămâni cu adaos de probiotice (Bifidobacterium și Lactobacillus), s-a redus incidența decesului în urma EUN³⁰. Recomandări • Inițierea cât mai precoce posibil a alimentației enterale (dacă nu sunt contraindicați) • Alimentația enterală trebuie inițiată de preferință cu lapte matern • Alimentația enterală trebuie inițiată cu volume mici (10-20 ml/kg) și treptat avansată în dependență de toleranță
C 18	Regimul vizitelor în UTI neonatală Recomandări • În secțiile de reanimare neonatală nu poate fi stabilit un orar de vizite. Ele trebuie reduse la maxim și securizate prin triajul vizitatorilor pentru a evita intrarea în secție a vizitatorilor bolnavi sau contagioși. [IB] • Este interzisă vizita de către copii/persoane mature cu febră sau simptome ale unei boli acute, inclusiv a tractului respirator superior, cu gastroenterită sau dermatita. • Copiii care recent au fost expuși sau au fost în contact cu bolnavi infecțioși înțrarea în RTI este interzisă. (IB) Orarul vizitelor ✓ Fiecare pacient trebuie să aibă un dosar despre vizitatorii săi. Copiii cu semne de maladie contagioasă sau în perioada de incubare nu trebuie să fie vizitați. [IB] Copiii veniți în vizită trebuie să se spele minuțios și corect pe mâini înainte de contactul cu pacientul. [IB]
C 19	Sănătatea personalului medical Recomandări • Personalul medical trebuie să fie imunizat contra rujeolei, rubeolei, variolei, gripei. (IA) • Vaccinarea antigripală anuală este preferabilă. (IB) • Persoanele cu afecțiuni respiratorii, cutanate (plăgi deschise), ale mucoaselor sau infecții gastro-intestinale nu trebuie să aibă contact direct cu nou-născuți. (IB)
C 20	Sistemele de supraveghere a IN în staționările obstetricale au ca scop de a examina epidemiologia IN printre mame și nou-născuți, în special cei ce se află în UTI. Supravegherea este un proces ciclic (Fig. 1). IV. Evaluarea impactului supravegherii asupra IN (trenduri) sau alte studii  II. Analiza inversă și diseminarea: analiza datelor, interpretarea, comparația, discuția I. Implementarea supravegherii: definirea obiectivelor, protocolul de supraveghere, colectarea datelor III. Prevenire: decizii și acțiuni corective
C 21	Pași de implementare a supravegherii IN în maternitate și UTI pentru nou-născuți Pentru a controla frecvența IN legată cu îngrijirile medicale în maternități, îndeosebi UTI neonatală, trebuie implementat un sistem activ de supraveghere al IN, precum și un control al colonizării microbiologice a pacienților. Mai jos sunt prezentați pașii concreți de implementare a sistemului de supraveghere epidemiologică a IN. 1. A stabili Scopul supravegherii: de ex. supravegherea activă a tipurilor principale și specifice (conform localizării) a IN (conform definițiilor CDC): - Infecția tractului urinar, - Infecția circulației sangvine (infecția circulației sangvine dovedită etiologic prin examen de laborator, septicemie clinică), - Pneumonie (pneumonie definită clinic, pneumonie cu constatări specifice de laborator), - Infecția SNC (meningită sau ventriculită), - Infecția ochiului (conjunctivită), - Infecția sistemului gastrointestinal (enterocolită necrotizantă), - Infecția pielii și țesutului moale (piodermie, omfalită, pustuloză). 2. și obiectivele supravegherii: a implementa un Sistem de Supraveghere epidemiologică activă (ca element principal al controlului infecțios) pentru a cunoaște incidența tipurilor INC, detectarea oportună a izbucnirilor, evaluarea eficienței măsurilor profilactice + un Monitoring al Colonizării Microbiologice.

	3. Adaptarea definiției cazului pentru a avea o abordare obiectivă. 4. Utilizarea diferitor posibilități pentru depistarea activă a cazului de infecție: vizita pacienților, revederea zilnică a rezultatelor examenelor microbiologice, revederea foilor de t°C, fișelor pacientilor, prescripțiilor antibioticelor (AB). 5. Începerea colectării datelor. Exista 3 tipuri de date despre pacient: generale, despre infecție și despre factorii de risc legați cu aflarea în maternitate (tab. 2). Pentru acest scop se pot folosi Formularele prezentate în Anexele 1, 2, 3 și 4. 6. Colectarea datelor se face de dorit de o persoană desemnată, zilnic, la aceeași oră (de ex. ora 12.00, ziua). Se colectează următoarele date: nr. pacienți în secție, nr. pacienți aflați la VAP, nr. pacienți cu sonda gastrică, nr. pacienți cu cateter central și nr. pacienți cu cateter urinar. 7. Pentru calcularea indicatorilor trebuie selectați <u>numitorii</u> și <u>numărătorii</u>. Ratele se obțin prin împărțirea <u>numărătorului</u> la un <u>numitor</u>. Rata infecțiilor cu loc specific se va calcula folosind formulele din tab. 3. 8. Analiza. 9. Feedback (legătură inversă) / diseminare.					
	Tabelul 2 Tipurile de date despre pacient <table><tr><td>Date generale (demografice) Nr. fișei Vârsta / data nașterii Data internării Data externării / transferului Exod (supraviețuit, deces) Localizarea (secția, nr. salon, post) Greutatea la naștere Maternitatea unde s-a născut</td><td>Date despre infecție Tipul infecției Data apariției Etiologia infecției AB-rezistența microbilor cultivați</td><td>Factori de risc legați cu aflarea în maternitate / spital Acces vascular (data introducerii, data extragerii) Prezența cateterului urinar (data introducerii, data extragerii) VAP (data introducerii, data extragerii) Alte proceduri</td></tr></table>			Date generale (demografice) Nr. fișei Vârsta / data nașterii Data internării Data externării / transferului Exod (supraviețuit, deces) Localizarea (secția, nr. salon, post) Greutatea la naștere Maternitatea unde s-a născut	Date despre infecție Tipul infecției Data apariției Etiologia infecției AB-rezistența microbilor cultivați	Factori de risc legați cu aflarea în maternitate / spital Acces vascular (data introducerii, data extragerii) Prezența cateterului urinar (data introducerii, data extragerii) VAP (data introducerii, data extragerii) Alte proceduri
Date generale (demografice) Nr. fișei Vârsta / data nașterii Data internării Data externării / transferului Exod (supraviețuit, deces) Localizarea (secția, nr. salon, post) Greutatea la naștere Maternitatea unde s-a născut	Date despre infecție Tipul infecției Data apariției Etiologia infecției AB-rezistența microbilor cultivați	Factori de risc legați cu aflarea în maternitate / spital Acces vascular (data introducerii, data extragerii) Prezența cateterului urinar (data introducerii, data extragerii) VAP (data introducerii, data extragerii) Alte proceduri				
C 22	Monitoringul microbiologic al colonizării În fiecare instituție trebuie să fie elaborate: a) setul de indicații pentru examinarea microbiologică a materialului clinic; b) foaia de trimitere în laborator a analizei microbiologice; c) algoritmii luării înșămânțărilor; c) cerințele către termenii de păstrare și prezentării probelor în laborator; d) lista AB pentru antibioticogramă. În UTI se practică nu numai supravegherea epidemiologică a IN manifestate clinic, dar și a colonizării (circulării microbilor). Deaceea toți pacienții care au dispozitive invazive se examinează de rutină. Drept material se folosește: sânge (în cazul cateterului central), aspiratul traheobronhial (dacă pacientul e intubat), conținutul stomacal (în caz de tub nasogastric sau sondă gastrică), urina (în cateterizarea vezicii urinare). Examinarea microbiologică a nou-născutului se efectuează: la internare, peste 3 zile după internare și ulterior peste fiecare 7 zile. Dacă pacientul se transferă din alte secții ale aceluiași spital sau din alt spital, inclusiv maternitate, atunci se examinează: la internare, în ziua a 4 de aflare în spital și fiecare 7 zile pentru pacienții cu dispozitive invazive. Se organizează un seminar pentru personal în care se arată cum de colectat materialul, cum de prelucrat mâinile și suprafețele și cum de păstrat probele.					
C 23	Se recomandă formele active de supraveghere a IN (studii de prevalență, de incidență sau supravegherea țintită). a) Studii de prevalență (cros-secționale/ transversale). Infecțiile la toți nou-născuții spitalizați într-o perioadă de timp (zi anumită) sunt identificate în UTI prin vizita copiilor, revederea fișelor medicale și ale personalului medical mediu, interviul personalului clinic pentru identificarea pacienților infectați și colectarea datelor despre factorii de risc. Rezultatul măsurat este <i>rata de prevalență</i>. b) Studii de incidență (continue/longitudinale). Identificarea infecțiilor noi necesită monitoringul tuturor nou-născuților din UTI pe tot parcursul aflării lor în unitate. Rezultatul măsurat: <i>rate de atac, proporții și rate de incidență</i>. c) Supraveghere țintită. Supravegherea orientată pe localizarea specifică este bazată pe datele de laborator. Cele mai frecvente sunt: pneumonia asociată de ventilator, infecțiile primare de sânge (asociate cu cateterul) și bacteriile multiple-drog rezistente (<i>Staphylococcus aureus methicilin-resistent</i>, <i>Klebsiella spp.</i> cu spectru extins la beta-lactamaze). Supravegherea mai poate fi orientată pe UTI. Pentru supravegherea activă trebuie calculați numitorii. Cel mai potrivit numitor în UTI sunt zilele-pacient. De obicei, în UTI cel mai frecvent sunt supravegheate trei tipuri de IN: pneumonia asociată cu VAP; infecția de sânge asociată cu cateterul (bacteriemia primară) și enterocolita ulcero-necrotică, utilizând definițiile specifice pentru aceste cazuri. Ratele se obțin prin împărțirea <u>numărătorului</u> (numărul infecțiilor sau al pacienților infectați observați) la un <u>numitor</u> (populația cu risc sau număr de pacienți-zile la risc).					
C 24	Cazurile suspecte la IN sunt căutate prin următoarele tehnici:					

	1. Activitatea clinică: - prezența dispozitivelor sau procedurilor cunoscute ca fiind cu risc pentru IN (catetere vasculare sau urinare, VAP, proceduri chirurgicale) - înregistrarea febrei sau altui semn consistent pentru infecție - terapie antibacteriană - teste de laborator - revederea fișelor medicilor și celor a cadrelor medicale medii 2. Rapoarte de laborator: izolarea microorganismelor asociate potențial cu IN, paternelor de rezistență antimicrobială, teste serologice. Rapoartele laboratorului de microbiologie au o sensibilitate joasă cu excepția infecției TU, infecției de sânge și supravegherii bacteriilor multidrog rezistente. 3. Alte teste diagnostice: hemoleucograma, examene radiologice, datele autopsiei. 4. Discuția cazurilor cu personalul clinic în timpul vizitelor periodice a unităților.		
C 25	Analiza include descrierea populației, frecvența expunerii la riscuri și infecția, calculul ratelor, compararea grupurilor de pacienți (cu teste de semnificație), compararea ratelor în timp, etc. Pentru un eșantion adecvat și obținerea trendurilor pe termen lung o supraveghere continuă este necesară sau cel puțin pentru perioade cu durată suficientă.		
C 26	Feedback (legătură inversă) / diseminarea rezultatelor supravegherii IN Legătura inversă trebuie să fie promptă, relevantă pentru grupurile țintă – personalul medical implicat în îngrijirea pacienților și cu potențial maxim de influență asupra prevenirii infecției. Raportarea include ședințe pentru prezentarea informației și discuții, reviu microbiologice și totalizări / concluzii sau prezentări grafice. Diseminarea poate fi efectuată prin Comitetul de Control Infecțios al unității, managementului și laboratoarelor.		
C 27	Ratele se obțin prin împărțirea <i>numărătorului</i> (numărul infecțiilor sau al pacienților infectați observați) la un <i>numitor</i> (populația cu risc sau număr de pacienți-zile la risc). Frecvența infecției poate fi estimată prin indicatori de incidență sau prevalență. Rata infecțiilor cu loc specific se va calcula folosind la numitor numărul de zile-echipament.		
	Rata infecției sângelui asociate cu cateterizarea (în caz de folosire a liniilor centrale / cateterului ombilical) =	<u>Numărul infecțiilor sângelui asociat cu liniile centrale</u> Numărul de zile de folosire a liniilor centrale	X1000
	Rata infecției sângelui asociate cu cateterizarea ombilicală sau linia centrală, specifică pe categoria greutateii la naștere =	<u>Numărul infecțiilor sângelui asociat cu liniile centrale</u> Numărul de zile de cateterizare sau cateterizare centrală	X1000
	Rata pneumoniei asociate cu ventilatorul =	<u>Numărul pneumoniilor asociate cu ventilatorul</u> Număr de zile de ventilare	X1000
	Rata pneumoniei asociate cu ventilatorul, specifică pe categoria greutateii la naștere =	<u>Numărul pneumoniilor asociate cu ventilatorul de ex. la n-n cu m≤1000g</u> Numărul zilelor-ventilator	X1000
	Rata dozei zilnice definite (DZD) a antibioticului per 1000 pacienți-zile =	<u>Grame total de antibiotic utilizat în unitatea de TI</u> Număr de grame în doza zilnică medie a antibioticului administrată	
	Rata de rezistență a agentului patogen =	<u>Numărul de culturi rezistente</u> Număr de culturi testate	x 100
Abrevierile folosite în document			
IN	Infecție nosocomială	CVO	Cateterizarea venei ombilicale
UTI	Unitate de terapie intensivă	TG	Termen de gestație
LCR	Lichid cefalo-rahidian	TGI	Tract gastro-intestinal
TNR	Travaliu – naștere – recuperare	TU	Tract urinar
TNRP	Travaliu – naștere – recuperare – post-partum	NPO	Nimic per os
VAP	Ventilare artificială pulmonară	APT	Alimentație parenterală totală
CPAP	Continuos positive airway pressure – Presiune continuă pozitivă la sfârșitul expirului	DZD	Rata dozei zilnice definite a antibioticului

Aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății nr.788 din 08 august 2014 „Cu privire la aprobarea Protocoalelor clinice standardizate pentru medicii neonatologi din secțiile de reanimare și terapie intensivă neonatală”.

Elaborat de grupul de autori:
Petru Stratulat, Director cercetare , inovare si transfer tehnologic, medicină, prof. univ. USMF "N.Testemițanu".
Dorina Rotaru, colaborator științific, IMSP ImșiC;
Ala Curteanu, d.ș.m., conferențiar cercetător.

Bibliografie

1. Gaynes RP. Surveillance of nosocomial infections. In: Hospital infections, fourth edition. Bennet and Brachman, eds. Philadelphia,

- Lippincott-Raven, 1998:65–84.
2. Lee TB et al. Recommended practices for surveillance. *Am J Infect Control*, 1998, 26:277–288.
3. Pottinger JM, Herwaldt LA, Perl TM. Basics of surveillance — An overview. *Infect Control Hosp Epidemiol*, 1997, 18:513–527.
4. Thacker SB et al. A method for evaluation systems of epidemiological surveillance. *Wld Hlth Statist Quart*, 1988, 41:11–18.
5. NNIS report, Centers for Disease Control, Atlanta. Nosocomial infection rates for interhospital comparison: limitations and possible solutions. *Infect Control Hosp Epidemiol*, 1991, 12:609–621.
6. Emory TG et al. National Nosocomial Infections Surveillance System. Description of surveillance methods. *Am J Infect Control*, 1991, 19:19–35.
7. Roy MC. Basics of surgical site infection surveillance. *Infect Control Hosp Epidemiol*, 1997, 18:659–668.
8. Sherertz RJ et al. Consensus paper on the surveillance of surgical wound infections. *Am J Infect Control*, 1992, 20:263–270.
9. HELICS report. European recommendations for nosocomial infection surveillance in intensive care units. *Hygiènes*, 1999, 7:127–134.
10. HELICS report. European recommendations for surgical site infection surveillance. *Hygiènes*, 1999, 7:51–59.
11. Freeman J. Modern quantitative epidemiology in the hospital. In: *Hospital epidemiology and infection control*. Mayhall CG, ed. Baltimore, Williams & Wilkins, 1996.
12. National Nosocomial Infections Surveillance (NNIS) System Report, Data summary from January 1990–May 1999. Issued June 1999. *Am J Infect Control*, 1999, 27:520–532.
13. Perl TM. Surveillance, reporting and the use of computers. In: *Prevention and control of nosocomial infections*, third edition. RP Wenzel, ed. Baltimore, Williams & Wilkins, 1997:127–161.
14. Emory TG, Gaynes RP. An overview of nosocomial infections including the role for the microbiology laboratory. *Clin Microbiol Rev*, 1993, 6:428–442.
15. Glenister H et al. An assessment of selective surveillance methods for detecting hospital-acquired infection. *Am J Med*, 1991, 91 (suppl. 3b):121S–124S.
16. Gardner JS et al. CDC definitions for nosocomial infections, 1988. *Am J Infect Control*, 1988, 16:128–140.
17. Horan TC et al. CDC definitions of nosocomial surgical site infections, 1992: a modification of CDC definitions of surgical wound infections. *Infect Control Hosp Epidemiol*, 1992, 13:606–608.
18. Emmerson AM. The impact of surveys on hospital infection. *J Hosp Infect*, 1995, 30:421–440.
19. Centers for Disease Control, Atlanta. Guidelines for evaluating surveillance systems. *MMWR*, 1988, 37 (suppl. n° S5).
20. Dettenkofer M, Daschner FD. Cost-effectiveness of surveillance methods. *Baillière's clinical infectious diseases*, July 1996, Vol 3, No. 2. Emmerson and Ayliffe, eds. London, Baillière Tindall.

FORMULAR DE SUPRAVEGHERE A CAZURILOR DE INFECȚIE NOSOCOMIALĂ

Datele din ziua admiterii

În primele 12 ore de viață:

Nume: _____ Prenume: _____ BE max _____ Examenul nu a fost realizat _____

FiO₂ min _____ FiO₂ max _____

Data nașterii: _____ Sexul: F M
Secția: _____

Malformație congenitală: Nu ____ Da ____

Proviniența unei alte maternități: Nu ____ Da ____

a. Letală _____

b. Fără pericol pentru viață _____

Data admiterii în secție: _____ Data externării din secție: _____

Diagnostic (e): _____ Cod (uri): _____

Naștere monofetală sau multiplă: (de răspuns 1 sau 2 sau 3..) _____

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

Vârsta de gestație ____ (sapt.) și ____ (zile)

Greutatea la naștere _____ g

Apgar la al 5-lea minut _____

Data		Apnee, bradicarie, hipotonie, febră, hipotonie Rezultatele investig. microbiologice	
Secția			
Date clinice, microbiologice			
Data			
Secția			
Date clinice, microbiologice			
Data			
Secția			
Date clinice, microbiologice			
Data			
Secția			
Date clinice, microbiologice			

Date despre infecție

Data diagnosticării _____ Codul _____

	Da	Nu
Achiziție transplacentară		
Achiziție nosocomială maternă		
Achiziție nosocomială spitalicească		
Achiziție nosocomială splitalicească din altă instituție		

Criterii de detecție CDC: Da Nu

Agenți patogeni:

.....

.....

.....

Bacteriemie secundară: Da Nu Sepsis clinic secundar: Da Nu

