

NSIH-SSI PROTOCOL 2023

Bijlage 2: Formulieren

INHOUDSOPGAVE

2.1. FORMULIEREN BIJ PWI SURVEILLANCE MET GEAGGREGEEERDE NOEMERGEGEVENSREGISTRATIE.....	2
2.2. FORMULIEREN BIJ PWI SURVEILLANCE MET INDIVIDUELE NOEMERGEGEVENSREGISTRATIE.....	7
2.3. FORMULIEREN BIJ PAP EVALUATIE ZONDER PWI SURVEILLANCE.....	11

2.1. FORMULIEREN BIJ PWI SURVEILLANCE MET GEAGGREGEERDE NOEMERGEGEVENSREGISTRATIE

Voor meer informatie over de variabelen en het correct registreren van gegevens wordt er verwezen naar de data definities/registratie instructies (zie bijlage 1 Datadefinitie en registratie instructies).

Formulier SSI1	Deelname gegevens		
Gegevensregistratie	Geaggregeerde noemergegevens		
Startdatum surveillance	___/___/_____	Einddatum surveillance	___/___/_____
Verantwoordelijk arts RIZIV nummer	<input type="text"/>		
Gekozen operatie categorie	<input type="text"/>		
Organisatie van surveillance op basis van huisarts gegevens?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		
Organisatie van surveillance op basis van labo gegevens?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		
Organisatie van surveillance op basis van patiënt gegevens?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		
Organisatie van surveillance op basis van heropname gegevens?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		
Organisatie van surveillance op basis van chirurg gegevens?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		
Organisatie van surveillance op basis van antibiotica gebruik?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		
Surveillance na ontslag werd georganiseerd?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		
Selectie van de chirurgische procedures per operatiecategorie werd uitgevoerd volgens de kernbeschrijving en/of de ICD-10-PCS code lijst?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee, ziekenhuis eigen selectie gemaakt		
Aantal ingrepen	<input type="text"/>	Aantal endoscopische ingrepen	<input type="text"/>
		Aantal ingrepen zonder endoscopie	<input type="text"/>
Aantal ingrepen met gekende ontslagdatum	<input type="text"/>	Aantal endoscopische ingrepen met gekende ontslagdatum	<input type="text"/>
		Aantal ingrepen zonder endoscopie met gekende ontslagdatum	<input type="text"/>
Aantal postoperatieve ligdagen	<input type="text"/>	Aantal postoperatieve ligdagen na een endoscopische ingreep	<input type="text"/>

		Aantal postoperatieve ligdagen na een ingreep zonder endoscopie	
Deelname evaluatie	PAP <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Bij PAP deelname, welke indicatoren worden geëvalueerd?	<input type="checkbox"/> Product indicator <input type="checkbox"/> Dosis indicator <input type="checkbox"/> Dosisschema indicator <input type="checkbox"/> Starttiming indicator <input type="checkbox"/> Duur indicator <input type="checkbox"/> Globale indicatoren <input type="checkbox"/> Geen andere indicatoren, enkel indicatie indicatoren <input type="checkbox"/> IGGI gids <input type="checkbox"/> BAPCOC - Richtlijnen voor anti- infectieuze behandeling in ziekenhuizen <input type="checkbox"/> The Sanford Guide to Antimicrobial Therapy 2012-2013 <input type="checkbox"/> ASHP Guidelines 'Clinical practice guidelines for antimicrobial prophylaxis in surgery <input type="checkbox"/> Andere
		Bij PAP deelname, welke PAP antibiotica richtlijnen worden gebruikt in het ziekenhuis?	

Formulier SSI3A Postoperatieve wondinfecties

Patiënt identificatie

Ingreepdatum ___/___/_____

Operatie categorie

Operatiecode opvolgingsnummer 1 2 3

Endoscopie Ja Nee Onbekend

Ontslagdatum ___/___/_____

Datum postoperatieve infectie ___/___/_____

Type infectie Oppervlakkig incisioneel Diep incisioneel Organen/anatomische ruimte

Infectie thv secundaire incisie? Infectie thv primaire incisie Infectie thv secundaire incisie NVT, geen secundaire incisies Onbekend

Plaats van detectie infectie Tijdens opname Polikliniek Na ontslag privé praktijk chirurg Na ontslag huisarts Na ontslag heropname Andere Onbekend

Secundaire bloedstroominfectie? Ja Nee Onbekend Herinterventie? Ja Nee Onbekend

Heropname? Ja Nee Onbekend

Cultuur afgenomen? Ja Nee Onbekend

Oorsprong van het staal Wonde Bloed Bot/gewricht Cerebrospinaal vocht Lage luchtwegen Reproductieve tractus Zacht weefsel Andere Onbekend

Identificatie van het staal

Datum staalname ___/___/_____

Cultuur en resistentie gegevens

Kweek	Test	Resultaat

Formulier PAP Perioperatieve antibiotica profylaxe evaluatie

Patiënt identificatie	<input type="text"/>	Geboortedatum	<input type="text"/>
Ingreepdatum	___/___/___	Geslacht	<input type="checkbox"/> Vrouw <input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Onbekend
Operatie categorie	<input type="text"/>	Operatiecode opvolgingsnummer	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
PAP werd toegediend?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	PAP indicatie?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Welk product?	<input type="text"/>	Penicilline allergie?	<input type="checkbox"/> Ja, IgE gemedieerd <input type="checkbox"/> Ja, niet IgE gemedieerd <input type="checkbox"/> Ja, type onbekend <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Onbekend
Correct product?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Kolonisatie MDRO	<input type="checkbox"/> Ja, MRSA <input type="checkbox"/> Ja, MRGN <input type="checkbox"/> Ja, VRE <input type="checkbox"/> Ja, andere <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Onbekend
Dosis	<input type="text"/>	Gewicht	<input type="text"/>
		Dosis aangepast aan gewicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> onbekend
Correcte dosis?	<input type="checkbox"/> Ja, correcte dosis <input type="checkbox"/> Nee, te lage dosage <input type="checkbox"/> Nee, te hoge dosage <input type="checkbox"/> Nee, niet verder gespecificeerd		
Herhaaldosis nodig?	<input type="checkbox"/> Ja, omwille van lange ingreepduur <input type="checkbox"/> Ja, omwille van massief bloedverlies <input type="checkbox"/> Ja, omwille van extracorporiële circulatie <input type="checkbox"/> Ja, omwille van noodzaak postoperatieve dosis(sen) <input type="checkbox"/> Ja, andere reden <input type="checkbox"/> Nee	Herhaaldosis gekregen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Correcte starttiming?	<input type="checkbox"/> Ja, correcte starttiming <input type="checkbox"/> Nee, te vroege toediening <input type="checkbox"/> Nee, te late toediening <input type="checkbox"/> Nee, niet verder gespecificeerd	Wanneer gestart?	<input type="checkbox"/> Voorafgaand de ingreepdatum <input type="checkbox"/> Meer dan 2u voor de incisie (op ingreepdatum) <input type="checkbox"/> 60-120 min voor de incisie <input type="checkbox"/> 30-60 min voor de incisie <input type="checkbox"/> 0-30 min voor de incisie <input type="checkbox"/> Na start incisie, tijdens de ingreep <input type="checkbox"/> Na einde van de ingreep

Geschikte duur?	<input type="checkbox"/> Ja, correcte duur	Hoe lang verdergezet?	<input type="checkbox"/> Duur van de ingreep
	<input type="checkbox"/> Nee, te korte toediening		<input type="checkbox"/> Langer dan duur van de ingreep, <24u
	<input type="checkbox"/> Nee, te lange toediening		<input type="checkbox"/> >24u
	<input type="checkbox"/> Nee, niet verder gespecificeerd		

2.2. FORMULIEREN BIJ PWI SURVEILLANCE MET INDIVIDUELE NOEMERGEGEVENSREGISTRATIE

Voor meer informatie over de variabelen en het correct registreren van gegevens wordt er verwezen naar de data definities/registratie instructies (zie bijlage 1 Datadefinitie en registratie instructies).

Formulier SSI1		Deelname gegevens	
Gegevensregistratie		Individuele noemergegevens	
Startdatum surveillance	___/___/___	Einddatum surveillance	___/___/___
Verantwoordelijk arts RIZIV nummer	<input type="text"/>		
Gekozen operatie categorie	<input type="text"/>		
Organisatie van surveillance op basis van huisarts gegevens?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		
Organisatie van surveillance op basis van labo gegevens?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		
Organisatie van surveillance op basis van patiënt gegevens?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		
Organisatie van surveillance op basis van heropname gegevens?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		
Organisatie van surveillance op basis van chirurg gegevens?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		
Organisatie van surveillance op basis van antibiotica gebruik?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		
Surveillance na ontslag werd georganiseerd?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		
Selectie van de chirurgische procedures per operatiecategorie werd uitgevoerd volgens de kernbeschrijving en/of de ICD-10-PCS code lijst?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee, ziekenhuis eigen selectie gemaakt		
Deelname evaluatie	PAP <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Bij PAP deelname, welke indicatoren worden geëvalueerd?	<input type="checkbox"/> Product indicator <input type="checkbox"/> Dosis indicator <input type="checkbox"/> Dosisschema indicator <input type="checkbox"/> Starttiming indicator <input type="checkbox"/> Duur indicator <input type="checkbox"/> Globale indicatoren <input type="checkbox"/> Geen andere indicatoren, enkel evaluatie van de indicatie
		Bij PAP deelname, welke PAP antibiotica richtlijnen worden gebruikt in het ziekenhuis?	<input type="checkbox"/> IGGI gids <input type="checkbox"/> BAPCOC - Richtlijnen voor anti-infectieuze behandeling in ziekenhuizen <input type="checkbox"/> The Sanford Guide to Antimicrobial Therapy 2012-2013 <input type="checkbox"/> ASHP Guidelines 'Clinical practice guidelines for antimicrobial prophylaxis in surgery' <input type="checkbox"/> Andere

Formulier SSI2

Individuele noemergegevens

Patiënt identificatie

Geboortedatum

Ingreepdatum

___/___/_____

Geslacht

Vrouw Man Onbekend

Operatiecategorie

Operatiecode opvolgingsnummer

1 2 3

ICD-10-PCS

Meervoudige ingreep?

Enkelvoudige ingreep Meervoudig: zelfde incisie, zelfde operatie categorie Meervoudig: zelfde incisie, andere operatie categorie Meervoudig: andere incisie, zelfde operatie categorie Meervoudig: andere incisie, andere operatie categorie Onbekend

Duur van de ingreep (min)

OF

Tijdstip incisie (hh:mm)

Tijdstip sluiten wonde (hh:mm)

Wondklasse

Zuivere wonde Zuiver-besmette wonde Besmette wonde Vuile-geïnfecteerde wonde Onbekend

ASA score

Gezond Lichte systemische aandoening Ernstige systemische aandoening Invaliderende systemische aandoening Stervende Onbekend

Electieve ingreep?

Ja Nee Onbekend

Endoscopie?

Ja Nee Onbekend

Implant?

Ja Nee Onbekend

Datum van ontslag

___/___/_____

Status bij ontslag

Levend Overleden Onbekend

Laatste datum met gegevens over de patiënt

___/___/_____

Bron

Huisarts Infectiecontrole Labo Heropname Chirurg Andere Onbekend

Laatste datum van contact met de patiënt

___/___/_____

Type contact

Huisarts Polikliniek Heropname Privépraktijk chirurg Andere Onbekend

PAP werd geëvalueerd voor deze ingreep?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		
PAP werd toegediend?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	PAP indicatie?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Welk product?	<input type="text"/>	Penicilline allergie?	<input type="checkbox"/> Ja, IgE gemedieerd <input type="checkbox"/> Ja, niet IgE gemedieerd <input type="checkbox"/> Ja, type onbekend <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Onbekend
		Kolonisatie MDRO	<input type="checkbox"/> Ja, MRSA <input type="checkbox"/> Ja, MRGN <input type="checkbox"/> Ja, VRE <input type="checkbox"/> Ja, andere <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Onbekend
Correct product?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		
Dosis	<input type="text"/>	Gewicht	<input type="text"/>
		Dosis aangepast aan gewicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> onbekend
Correcte dosis?	<input type="checkbox"/> Ja, correcte dosis <input type="checkbox"/> Nee, te lage dosage <input type="checkbox"/> Nee, te hoge dosage <input type="checkbox"/> Nee, niet verder gespecificeerd		
Herhaaldosis nodig?	<input type="checkbox"/> Ja, omwille van lange ingreepduur <input type="checkbox"/> Ja, omwille van massief bloedverlies <input type="checkbox"/> Ja, omwille van extracorporiële circulatie <input type="checkbox"/> Ja, omwille van noodzaak postoperatieve dosis(sen) <input type="checkbox"/> Ja, andere reden <input type="checkbox"/> Nee	Herhaaldosis gekregen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Correcte starttiming?	<input type="checkbox"/> Ja, correcte starttiming <input type="checkbox"/> Nee, te vroege toediening <input type="checkbox"/> Nee, te late toediening <input type="checkbox"/> Nee, niet verder gespecificeerd	Wanneer gestart?	<input type="checkbox"/> Voorafgaand de ingreepdatum <input type="checkbox"/> Meer dan 2u voor de incisie (op ingreepdatum) <input type="checkbox"/> 60-120 min voor de incisie <input type="checkbox"/> 30-60 min voor de incisie <input type="checkbox"/> 0-30 min voor de incisie <input type="checkbox"/> Na start incisie, tijdens de ingreep <input type="checkbox"/> Na einde van de ingreep
Geschikte duur?	<input type="checkbox"/> Ja, correcte duur <input type="checkbox"/> Nee, te korte toediening <input type="checkbox"/> Nee, te lange toediening <input type="checkbox"/> Nee, niet verder gespecificeerd	Hoe lang verdergezet?	<input type="checkbox"/> Duur van de ingreep <input type="checkbox"/> Langer dan duur van de ingreep, <24u <input type="checkbox"/> >24u

Formulier SSI3B Postoperatieve wondinfecties

Patiënt identificatie

Ingreepdatum ___/___/___

Operatie categorie

Operatiecode opvolgingsnummer 1 2 3

Datum postoperatieve infectie ___/___/___

Type infectie Oppervlakkig incisioneel Diep incisioneel Organen/anatomische ruimte

Infectie thv secundaire incisie? Infectie thv primaire incisie Infectie thv secundaire incisie NVT, geen secundaire incisies Onbekend

Plaats van detectie infectie Tijdens opname Polikliniek Na ontslag privé praktijk chirurg Na ontslag huisarts Na ontslag heropname Andere Onbekend

Secundaire bloedstroominfecties? Ja Nee Onbekend Herinterventie? Ja Nee Onbekend

Heropname? Ja Nee Onbekend

Cultuur afgenomen? Ja Nee Onbekend

Oorsprong van het staal Wonde Bloed Bot/gewricht Cerebrospinaal vocht Lage luchtwegen Reproductieve tractus Zacht weefsel Andere Onbekend

Identificatie van het staal

Datum staalname ___/___/___

Cultuur en resistentie gegevens

Kweek	Test	Resultaat

2.3. FORMULIEREN BIJ PAP EVALUATIE ZONDER PWI SURVEILLANCE

Voor meer informatie over de variabelen en het correct registreren van gegevens wordt er verwezen naar de data definities/registratie instructies (zie bijlage 1 Datadefinitie en registratie instructies).

Formulier SSI1	Deelname gegevens		
Gegevensregistratie	PAP evaluatie zonder PWI opvolging		
Startdatum evaluatie	___/___/___	Einddatum evaluatie	___/___/___
Verantwoordelijk arts RIZIV nummer	<input type="text"/>		
Gekozen operatie categorie	<input type="text"/>		
Selectie van de chirurgische procedures per operatiecategorie werd uitgevoerd volgens de kernbeschrijving en/of de ICD-10-PCS code lijst?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee, ziekenhuis eigen selectie gemaakt	
Welke indicatoren worden geëvalueerd?	<input type="checkbox"/> Product indicator <input type="checkbox"/> Dosis indicator <input type="checkbox"/> Dosisschema indicator <input type="checkbox"/> Starttiming indicator <input type="checkbox"/> Duur indicator <input type="checkbox"/> Globale indicatoren <input type="checkbox"/> Geen andere indicatoren, enkel evaluatie van de indicatie	Welke PAP antibiotica richtlijnen worden gebruikt in het ziekenhuis?	<input type="checkbox"/> IGGI gids <input type="checkbox"/> BAPCOC - Richtlijnen voor anti-infectieuze behandeling in ziekenhuizen <input type="checkbox"/> The Sanford Guide to Antimicrobial Therapy 2012-2013 <input type="checkbox"/> ASHP Guidelines 'Clinical practice guidelines for antimicrobial prophylaxis in surgery <input type="checkbox"/> Andere

Formulier PAP Perioperatieve antibiotica profylaxe module

Patiënt identificatie	<input type="text"/>	Geboortedatum	<input type="text"/>
Ingreepdatum	___/___/___	Geslacht	<input type="checkbox"/> Vrouw <input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Onbekend
Operatie categorie	<input type="text"/>	Operatiecode opvolgingsnummer	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
PAP werd toegediend?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	PAP indicatie?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Welk product?	<input type="text"/>	Penicilline allergie?	<input type="checkbox"/> Ja, IgE gemedieerd <input type="checkbox"/> Ja, niet IgE gemedieerd <input type="checkbox"/> Ja, type onbekend <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Onbekend
		Kolonisatie MDRO	<input type="checkbox"/> Ja, MRSA <input type="checkbox"/> Ja, MRGN <input type="checkbox"/> Ja, VRE <input type="checkbox"/> Ja, andere <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Onbekend
Correct product?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		
Dosis	<input type="text"/>	Gewicht	<input type="text"/>
		Dosis aangepast aan gewicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> onbekend
Correcte dosis?	<input type="checkbox"/> Ja, correcte dosis <input type="checkbox"/> Nee, te lage dosage <input type="checkbox"/> Nee, te hoge dosage <input type="checkbox"/> Nee, niet verder gespecificeerd		
Herhaaldosis nodig?	<input type="checkbox"/> Ja, omwille van lange ingreepduur <input type="checkbox"/> Ja, omwille van massief bloedverlies <input type="checkbox"/> Ja, omwille van extracorporiële circulatie <input type="checkbox"/> Ja, omwille van noodzaak postoperatieve dosis(sen) <input type="checkbox"/> Ja, andere reden <input type="checkbox"/> Nee	Herhaaldosis gekregen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Correcte starttiming?	<input type="checkbox"/> Ja, correcte starttiming <input type="checkbox"/> Nee, te vroege toediening <input type="checkbox"/> Nee, te late toediening <input type="checkbox"/> Nee, niet verder gespecificeerd	Wanneer gestart?	<input type="checkbox"/> Voorafgaand de ingreepdatum <input type="checkbox"/> Meer dan 2u voor de incisie (op ingreepdatum) <input type="checkbox"/> 60-120 min voor de incisie <input type="checkbox"/> 30-60 min voor de incisie <input type="checkbox"/> 0-30 min voor de incisie <input type="checkbox"/> Na start incisie, tijdens de ingreep <input type="checkbox"/> Na einde van de ingreep

Geschikte duur?	<input type="checkbox"/> Ja, correcte duur	Hoe lang verdergezet?	<input type="checkbox"/> Duur van de ingreep
	<input type="checkbox"/> Nee, te korte toediening		<input type="checkbox"/> Langer dan duur van de ingreep, <24u
	<input type="checkbox"/> Nee, te lange toediening		<input type="checkbox"/> >24u
	<input type="checkbox"/> Nee, niet verder gespecificeerd		