

Phụ lục 2. Biểu mẫu mô tả chỉ số CLABSI
(Central line-associated bloodstream infections)

1. Tên chỉ số: Tỷ suất mới mắc CLABSI trên 1000 ngày lưu catheter mạch máu trung tâm
2. Tiêu chí chất lượng: An toàn người bệnh.
3. Mô tả chỉ số: Số ca CLABSI phát sinh mắc mới trên 1000 ngày lưu catheter lòng mạch - CLABSI: là nhiễm khuẩn máu có liên quan đến việc đặt catheter lòng mạch cho NB tại thời điểm xuất hiện các triệu chứng hoặc trong vòng 48 giờ trước khi xuất hiện triệu chứng và nhiễm khuẩn này không liên quan đến nhiễm khuẩn từ một vị trí khác
4. Nguyên nhân lựa chọn chỉ số: - Vấn đề ưu tiên của hệ thống: CLABSI là vấn đề ưu tiên của hệ thống và JCI. - Vấn đề tồn tại của hệ thống: Tỷ suất mới mắc CLABSI của hệ thống chưa được giám sát theo đúng quy định
5. Loại đánh giá: Kết quả
6. Đối tượng đánh giá: Người bệnh có đặt catheter lòng mạch Đối tượng loại trừ: Người bệnh có đặt catheter lòng mạch nhưng đã có nhiễm khuẩn huyết từ trước
7. Tử số: Số ca nhiễm khuẩn huyết liên quan đến catheter lòng mạch
8. Mẫu số: Tổng số ngày lưu catheter lòng mạch
9. Chỉ tiêu và tỷ lệ tham chiếu (nếu có) và nguồn (địa phương hoặc quốc tế): - Chỉ tiêu: Tỷ suất mới mắc CLABSI điều chỉnh theo năm, dựa vào kết quả giám sát (ví dụ: $\leq 0,5$ ca trên 1000 ngày lưu catheter lòng mạch) - Chỉ số tham chiếu: WHO, CDC, các nước trong khu vực (ví dụ: Singapore 0,58 ca trên 1000 ngày lưu catheter lòng mạch)
10. Mục tiêu cải thiện: Giảm tỷ lệ nhiễm khuẩn huyết liên quan đến catheter lòng mạch
11. Phương pháp chọn mẫu và cỡ mẫu: - Phương pháp chọn mẫu: Chủ đích - Cỡ mẫu: Tất cả các ca có đặt catheter lòng mạch được giám sát
12. Tần suất phân tích số liệu và báo cáo: Hàng tháng, hàng quý.
13. Bộ phận/người chịu trách nhiệm: - Cấp bệnh viện: KSNK và QLCL tổ chức thu thập số liệu hàng tuần, tổng hợp và báo cáo hàng tháng, hàng quý - Cấp Công ty: Tiểu ban KSNK kiểm định lại số liệu khi đi giám sát định kỳ các bệnh viện mỗi 6 tháng.

14. Phương thức thông báo: Người chịu trách nhiệm thu thập số liệu gửi đến QLCL hàng tháng để tổng hợp vào báo cáo; thông qua báo cáo QLCL được đến Ban lãnh đạo bệnh viện, Hội đồng QLCL và Trưởng khoa/ Trưởng phòng

Người soạn thảo:

Ngày phê duyệt:

Ngày áp dụng: