

**SCHEDA OSPITE**

CODICE OSPITE :

**DATI OSPITE**

GENERE	<input type="checkbox"/> <i>Maschile</i>	<input type="checkbox"/> <i>Femminile</i>
ANNO DI NASCITA	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	(AAAA)
DURATA DELLA PERMANENZA NELLA STRUTTURA	<input type="checkbox"/> <i>Meno di un anno</i>	<input type="checkbox"/> <i>Un anno o più</i>
RICOVERO IN OSPEDALE NEGLI ULTIMI 3 MESI	<input type="checkbox"/> <i>Si</i>	<input type="checkbox"/> <i>No</i>
INTERVENTO CHIRURGICO NEI 30 GIORNI PRECEDENTI ALLA RILEVAZIONE	<input type="checkbox"/> <i>Si</i>	<input type="checkbox"/> <i>No</i>
PRESENZA DI:		
- CATETERE URINARIO	<input type="checkbox"/> <i>Si</i>	<input type="checkbox"/> <i>No</i>
- CATETERE VASCOLARE	<input type="checkbox"/> <i>Si</i>	<input type="checkbox"/> <i>No</i>
INCONTINENZA (URINARIA E/O FECALE)	<input type="checkbox"/> <i>Si</i>	<input type="checkbox"/> <i>No</i>
LESIONI DA PRESSIONE	<input type="checkbox"/> <i>Si</i>	<input type="checkbox"/> <i>No</i>
ALTRE LESIONI DELLA CUTE	<input type="checkbox"/> <i>Si</i>	<input type="checkbox"/> <i>No</i>
DISORIENTAMENTO (NEL TEMPO E/O NELLO SPAZIO)	<input type="checkbox"/> <i>Si</i>	<input type="checkbox"/> <i>No</i>
MOBILITA'	<input type="checkbox"/> <i>Deambulante</i>	<input type="checkbox"/> <i>Sedia a rotelle</i> <input type="checkbox"/> <i>Allettato</i>

**Il giorno della sorveglianza l'ospite:**

- RICEVE TRATTAMENTO ANTIMICROBICO(I) SISTEMICO (I)** → **COMPLETARE PARTE A**  
Questo include: (i) Ospiti con trattamento di profilassi antimicrobica  
O (ii) Ospiti trattamento antimicrobico terapeutico
- PRESENTA UN'INFEZIONE CONFERMATA O PROBABLE** → **COMPLETARE PARTE B**  
Ospiti con infezione(i) E ospiti non in trattamento antimicrobico
- Entrambi: TRATTAMENTO ANTIMICROBICO E INFEZIONE(I)** → **COMPLETARE PARTE A E B**  
Questo include: (i) Ospiti con infezione(i) E sotto trattamento antimicrobico in data odierna (che siano legati o meno allo stesso sito d'infezione)  
**OPPURE** (ii) Gli ospiti I cui segni/sintomi di un'infezione si sono attenuati ma che sono ancora sotto trattamento antimicrobico.

PARTE A: USO DI ANTIMICROBICI				
	ANTIMICROBICO 1	ANTIMICROBICO 2	ANTIMICROBICO 3	ANTIMICROBICO 4
<b>NOME ANTIMICROBICO</b>	.....	.....	.....	.....
<b>VIA DI SOMMINISTRAZIONE PARENTERALE = IM, EV O SC</b>	<input type="checkbox"/> <i>Orale</i> <input type="checkbox"/> <i>Parenterale</i> <input type="checkbox"/> <i>Altro</i>	<input type="checkbox"/> <i>Orale</i> <input type="checkbox"/> <i>Parenterale</i> <input type="checkbox"/> <i>Altro</i>	<input type="checkbox"/> <i>Orale</i> <input type="checkbox"/> <i>Parenterale</i> <input type="checkbox"/> <i>Altro</i>	<input type="checkbox"/> <i>Orale</i> <input type="checkbox"/> <i>Parenterale</i> <input type="checkbox"/> <i>Altro</i>
<b>DATA DI FINE/REVISIONE TRATTAMENTO ANTIMICROBICO</b>	<input type="checkbox"/> <i>No</i> <input type="checkbox"/> <i>Si</i>	<input type="checkbox"/> <i>No</i> <input type="checkbox"/> <i>Si</i>	<input type="checkbox"/> <i>No</i> <input type="checkbox"/> <i>Si</i>	<input type="checkbox"/> <i>No</i> <input type="checkbox"/> <i>Si</i>
<b>TIPO DI TRATTAMENTO</b>	<input type="checkbox"/> <i>Profilassi</i> <input type="checkbox"/> <i>Terapia</i>	<input type="checkbox"/> <i>Profilassi</i> <input type="checkbox"/> <i>Terapia</i>	<input type="checkbox"/> <i>Profilassi</i> <input type="checkbox"/> <i>Terapia</i>	<input type="checkbox"/> <i>Profilassi</i> <input type="checkbox"/> <i>Terapia</i>
<b>PRESCRIZIONE</b>	<input type="checkbox"/> <i>Tratto urinario</i> <input type="checkbox"/> <i>Tratto genitale</i> <input type="checkbox"/> <i>Cute o ferita</i> <input type="checkbox"/> <i>Tratto respiratorio</i> <input type="checkbox"/> <i>Tratto gastrointestinale</i> <input type="checkbox"/> <i>Occhi</i> <input type="checkbox"/> <i>Orecchio/naso/bocca</i> <input type="checkbox"/> <i>Sito chirurgico</i> <input type="checkbox"/> <i>Tubercolosi</i> <input type="checkbox"/> <i>Infezioni sistemiche</i> <input type="checkbox"/> <i>Febbre origine sconosciuta</i> <input type="checkbox"/> <i>Altro (specificare)</i> .....	<input type="checkbox"/> <i>Tratto urinario</i> <input type="checkbox"/> <i>Tratto genitale</i> <input type="checkbox"/> <i>Cute o ferita</i> <input type="checkbox"/> <i>Tratto respiratorio</i> <input type="checkbox"/> <i>Tratto gastrointestinale</i> <input type="checkbox"/> <i>Occhi</i> <input type="checkbox"/> <i>Orecchio/naso/bocca</i> <input type="checkbox"/> <i>Sito chirurgico</i> <input type="checkbox"/> <i>Tubercolosi</i> <input type="checkbox"/> <i>Infezioni sistemiche</i> <input type="checkbox"/> <i>Febbre origine sconosciuta</i> <input type="checkbox"/> <i>Altro (specificare)</i> .....	<input type="checkbox"/> <i>Tratto urinario</i> <input type="checkbox"/> <i>Tratto genitale</i> <input type="checkbox"/> <i>Cute o ferita</i> <input type="checkbox"/> <i>Tratto respiratorio</i> <input type="checkbox"/> <i>Tratto gastrointestinale</i> <input type="checkbox"/> <i>Occhi</i> <input type="checkbox"/> <i>Orecchio/naso/bocca</i> <input type="checkbox"/> <i>Sito chirurgico</i> <input type="checkbox"/> <i>Tubercolosi</i> <input type="checkbox"/> <i>Infezioni sistemiche</i> <input type="checkbox"/> <i>Febbre origine sconosciuta</i> <input type="checkbox"/> <i>Altro (specificare)</i> .....	<input type="checkbox"/> <i>Tratto urinario</i> <input type="checkbox"/> <i>Tratto genitale</i> <input type="checkbox"/> <i>Cute o ferita</i> <input type="checkbox"/> <i>Tratto respiratorio</i> <input type="checkbox"/> <i>Tratto gastrointestinale</i> <input type="checkbox"/> <i>Occhi</i> <input type="checkbox"/> <i>Orecchio/naso/bocca</i> <input type="checkbox"/> <i>Sito chirurgico</i> <input type="checkbox"/> <i>Tubercolosi</i> <input type="checkbox"/> <i>Infezioni sistemiche</i> <input type="checkbox"/> <i>Febbre origine sconosciuta</i> <input type="checkbox"/> <i>Altro (specificare)</i> .....
<b>LUOGO DI PRESCRIZIONE</b>	<input type="checkbox"/> <i>In questa struttura</i> <input type="checkbox"/> <i>In ospedale</i> <input type="checkbox"/> <i>Altrove</i>	<input type="checkbox"/> <i>In questa struttura</i> <input type="checkbox"/> <i>In ospedale</i> <input type="checkbox"/> <i>Altrove</i>	<input type="checkbox"/> <i>In questa struttura</i> <input type="checkbox"/> <i>In ospedale</i> <input type="checkbox"/> <i>Altrove</i>	<input type="checkbox"/> <i>In questa struttura</i> <input type="checkbox"/> <i>In ospedale</i> <input type="checkbox"/> <i>Altrove</i>

PARTE B: INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA					
		INFEZIONE 1	INFEZIONE 2	INFEZIONE 3	INFEZIONE 4
<b>CODICE INFEZIONE</b>		_____	_____	_____	_____
<b>SE "ALTRO" SPECIFICARE</b>		.....	.....	.....	.....
<b>DATA DI INSORGENZA (GG/MM/AA)</b>		... / ... / .....	... / ... / .....	... / ... / .....	... / ... / .....
<b>A. NOME DEL MICROORGANISMO ISOLATO (USARE LA LISTA DEI CODICI)</b> <b>B. ANTIMICROBICO/I TESTATO/I<sup>1</sup>E RESISTENZA SOLO PER STAAUR, ENC***, ACIBAU, PSEAER O ENTEROBACTERIACEAE (CIT***, ENB***, ESCOL, KLE***, MOGSPP, PRT***, SER***)</b>	A-1	_____	_____	_____	_____
	B-1	_____	_____	_____	_____
	A-2	_____	_____	_____	_____
	B-2	_____	_____	_____	_____
	A-3	_____	_____	_____	_____
	B-3	_____	_____	_____	_____

<sup>1</sup> Antimicrobici testati: STAAUR - oxacillina (OXA) o glicopeptidi (GLY); ENC\*\*\* - solo GLY; Enterobacteriaceae - cefalosporine di 3ª generazione (C3G) o carbapanemi (CAR); PSEAER e ACIBAU – solo CAR. Resistenza: S=sensibile alla dose standard, I=sensibile, esposizione prolungata, R=resistente, U=sconosciuto