



Focolaio di enterococchi vancomicina-resistenti (VRE)

(≥ 3 casi di VRE con collegamento epidemiologico a livello di reparto o di istituzione)

Si prega di rispedire completato entro 24 ore al medico cantonale (non direttamente all'UFSP).^a

Caratteristiche epidemiologiche del focolaio al momento della dichiarazione

Numero di pazienti interessati: _____ Numero totale di casi VRE identificati (portatori e casi d'inici): _____

Numero di casi con infezione clinica: _____

Numero totale di pazienti sottoposti a uno screening: _____

Primo caso rilevato: _____ Data del primo prelievo positivo: _____ Data dell'ospedalizzazione: _____

Ultimo caso rilevato: _____ Data del primo prelievo positivo: _____

Legame epidemiologico tra i casi: Rilevazione durante lo screening dei pazienti contatti con un caso VRE

Rilevazione nella stessa unità durante screening sistematici

Altro: _____

Settori interessati dal focolaio: una unità diverse unità dello stesso servizio diversi servizi

Risultati della tipizzazione molecolare: _____ Gene di resistenza: vanA vanB

Risultati della tipizzazione genomica, se nota: _____

Luogo di esposizione del primo caso rilevato

Trasferimento da un altro ospedale: in Svizzera nome dell'istituzione: _____ Cantone: _____

dall'estero Paese di provenienza: _____

Trasferimento da una casa di cura: _____ Nome dell'istituzione: _____ Cantone: _____

Centro di dialisi: in Svizzera nome dell'istituzione: _____ Cantone: _____

all'estero Paese: _____

Altro: _____

Sconosciuto

Misure adottate in ospedale (secondo le raccomandazioni nazionali)^b

Precauzioni da contatto: tutti i casi di VRE tutti i pazienti contatti con VRE

Screening: tutti i pazienti contatti con VRE tutti i pazienti della/delle unità in cui sono stati identificati i casi di VRE

In caso di trasferimento: è stato preso contatto con l'istituzione destinataria

Commento: _____

Coordinate del servizio che effettua questa dichiarazione (nome, indirizzo, tel., fax, e-mail)

Data: ___/___/___ Firma: _____

Medico cantonale

Misure: Nessuna Informazione agli altri ospedali del Cantone

Data ___/___/___ Firma: _____

^a i formulari attuali possono essere scaricati da <https://www.bag.admin.ch/infreporting>

^b Disponibili all'indirizzo www.swissnoso.ch