



# Enterobatteriacee produttrici di carbapenemasi

## Dichiarazione sui risultati clinici

Si prega di rispedire completato entro 7 giorni al medico cantonale (non direttamente all'UFSP).<sup>a</sup>

### Paziente

Iniziale cognome: \_\_\_\_\_ iniziale nome: \_\_\_\_\_ data di nascita: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ sesso:  f  m

NPA/luogo: \_\_\_\_\_ cantone: \_\_\_\_\_ paese di residenza, se non CH: \_\_\_\_\_

nazionalità:  CH  altro: \_\_\_\_\_

### Diagnostica e manifestazione

manifestazione:  colonizzazione  
 infezione, se sì: inizio delle manifestazioni: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  sconosciuto  
 sepsi  polmonite  infezione delle vie urinarie  infezione della cavità addominale  
 infezione della ferita: \_\_\_\_\_  altro: \_\_\_\_\_

laboratorio: nome/n° tel.: \_\_\_\_\_

motivo:  infezione  screening<sup>b</sup>  altro: \_\_\_\_\_

prelievo: data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

materiale:  sangue  puntura sterile, dove: \_\_\_\_\_  urina  
 feci / striscio anale  secrezioni tracheali / striscio  ferita  
 altro: \_\_\_\_\_

### Evoluzione

ospedalizzazione:  sì, data del ricovero: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  no  non noto

ospedale, nome/n° tel.: \_\_\_\_\_

riparto:  cure intensive  altro: \_\_\_\_\_

stato:  deceduto, data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### Esposizione

dal punto di vista medico si prega di indicare la possibilità più probabile

come:  intervento medico: \_\_\_\_\_

soggiorno all'estero negli ultimi 12 mesi:

paese: \_\_\_\_\_ luogo: \_\_\_\_\_ data dal: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ data fino al: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  ricoverato

paese: \_\_\_\_\_ luogo: \_\_\_\_\_ data dal: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ data fino al: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  ricoverato

paese: \_\_\_\_\_ luogo: \_\_\_\_\_ data dal: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ data fino al: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  ricoverato

contatto con una persona infetta (con o senza sintomi): \_\_\_\_\_

altro: \_\_\_\_\_  sconosciuto

quando: esposizione: dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  non noto

persone esposte:  sì, quali: \_\_\_\_\_ quante: \_\_\_\_\_  no  sconosciuto

attività professionale: \_\_\_\_\_

### Osservazioni

**Medico** nome, indirizzo, tel./fax (o timbro): \_\_\_\_\_

data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ firma: \_\_\_\_\_

### Medico cantonale

misure:  no  sì: \_\_\_\_\_ data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ firma: \_\_\_\_\_

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

<sup>b</sup> esami di prevenzione o esami di gruppo per esempio preoperatorio, trasferimento da un altro ospedale, soggiorno all'estero in una zona a forte endemicità.