



# Referto epidemiologico insolito negli ospedali

Dichiarazione entro 24h al medico cantonale (non direttamente all'UFSP).<sup>a</sup>

## Agente patogeno

patogeno identificato:  Candida auris  altro: \_\_\_\_\_

resistenza fenotipica: \_\_\_\_\_ resistenza genotipica: \_\_\_\_\_

tipizzazione genomica effettuata o prevista:  sì  no risultati: \_\_\_\_\_

modalità di trasmissione sospetta:  da persona a persona (trasmissione diretta)  ambiente (trasmissione indiretta attraverso l'ambiente)

fonte ambientale (attraverso una fonte comune) o dispositivo medico contaminato

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

## Paziente colpito/a

ospedalizzazione: data del ricovero: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ospedale: \_\_\_\_\_

reparto/i: \_\_\_\_\_

luogo di degenza attuale:  ricoverato/a  trasferito/a il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a: \_\_\_\_\_

dimesso/a a casa il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  deceduto/a

primi campioni positivi: data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ tipo di campione:  sangue  feci  urina  ferite  liquido cerebrospinale

striscio da pelle/mucosa intatta  ascesso  altro: \_\_\_\_\_

motivo del prelievo:  screening  indicazione clinica: \_\_\_\_\_

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

## Luogo di esposizione

ospedale: nome dell'istituzione: \_\_\_\_\_ paese: \_\_\_\_\_ cantone: \_\_\_\_\_

istituzione socio-sanitaria: nome dell'istituzione: \_\_\_\_\_ cantone: \_\_\_\_\_

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

## Altri pazienti

numero di casi con infezione sintomatica: \_\_\_\_\_ numero di portatori/trici senza infezione sintomatica: \_\_\_\_\_ numero di contatti: \_\_\_\_\_

numero di pazienti sottoposti a screening: \_\_\_\_\_ di cui numero positivo: \_\_\_\_\_ negativo: \_\_\_\_\_ in attesa: \_\_\_\_\_

## Misure adottate e pianificate in ospedale

misure per i casi identificati:  isolamento di tutti i casi

contatto con l'istituzione di provenienza  contatto con l'istituzione di destinazione alla dimissione

misure per i contatti:  è presente una definizione per i contatti, ovvero: \_\_\_\_\_

isolamento di tutti i contatti  screening di tutti i contatti  contatto con l'istituzione di destinazione alla dimissione

ulteriori screenings:  screening trasversale ripetuto: reparti: \_\_\_\_\_ intervallo: \_\_\_\_\_

screening di tutti i pazienti che soddisfano un determinato criterio, criterio: \_\_\_\_\_

screening di campioni ambientali, attrezzature  non è stato effettuato alcuno screening, motivo: \_\_\_\_\_

ulteriori misure: \_\_\_\_\_

commenti: \_\_\_\_\_

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

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

## Medico cantonale

misure:  nessuna  Informazione agli altri ospedali del cantone

ulteriori: \_\_\_\_\_

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

<sup>a</sup> Informazioni sulla dichiarazione delle malattie infettive: <https://www.bag.admin.ch/infreporting>