



Focolai insoliti negli ospedali

Dichiarazione entro 24h al medico cantonale (non direttamente all'UFSP).^a

Agente patogeno

patogeno identificato: _____

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 altri: _____

Caratteristiche epidemiologiche del focolaio al momento della dichiarazione

casi identificati: numero di casi con infezione sintomatica: _____ numero di portatori/trici senza infezione sintomatica: _____

contatti: numero di contatti: _____

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

primo caso rilevato: data: ____/____/____ data di ricovero: ____/____/____

ultimo caso rilevato al momento della segnalazione: data: ____/____/____

legame epidemiologico tra i casi: cumulo con riferimento temporale/locale rilevamento via screening dei contatti

rilevamento nello stesso reparto attraverso uno screening sistematico rilevamento via screening di pazienti con sospetta stessa esposizione

non ancora noto altro: _____

ospedale interessato dal focolaio: _____

reparti interessati dal focolaio/casi: _____

Luogo di esposizione del primo caso rilevato

ospedale: nome dell'istituzione: _____ paese: _____ cantone: _____

istituzione socio-sanitaria: nome dell'istituzione: _____ cantone: _____

sconosciuto altro: _____

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: é 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

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: _____

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