



## 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),<sup>a</sup>

### Caratteristiche epidemiologiche del focolaio al momento della dichiarazione

Numero di pazienti interessati: Numero totale di casi VRE identificati (portatori e casi clinici): \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

Luoghi interessati dal focolaio: Ospedale interessato: \_\_\_\_\_

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)<sup>b</sup>

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., e-mail)

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

**Medico cantonale**

Misure:  Nessuna  Informazione agli altri ospedali del Cantone

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

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

<sup>b</sup> Disponibili all'indirizzo [www.swissnoso.ch](http://www.swissnoso.ch)