



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 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)^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., e-mail) _____

Data: ____/____/____

Medico cantonale

Misure: ☐ Nessuna ☐ Informazione agli altri ospedali del Cantone

Data ____/____/____

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

^b Disponibili all'indirizzo www.swissnoso.ch