



## 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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Medico cantonale

misure:

☐ nessuna ☐ Informazione agli altri ospedali del cantone

☐ ulteriori: \_\_\_\_\_

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

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