



Referto epidemiologico insolito negli ospedali

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

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: ____ / ____ / ____

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