



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: ____/____/____

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>