

Incollare qui l'etichetta del paziente!

**Data e ora del prelievo:**

Mese 123456789101112

Giorno 102030123456789

Ora 102000123456789

Minuti 0510152025303540455055

Segnare  
le caselle  
solo con  
la matita

SERVIZIO DI MICROBIOLOGIA EOLAB  
Via Mirasole 22a, 6500 Bellinzona  
Tel. 091 811 17 85 - Fax 091 811 17 19  
www.eoc.ch/microbiologia

GCL	OSG	OBV	ODL	ITA	FAI	ACO	CRN	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
100	200	300	400	500	600	700	800	900
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1	2	3	4	5	6	7	8	9
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**195 SERVIZIO DI EPIDEMIOLOGIA - IGIENE OSPEDALIERA**

**PAZIENTE CONOSCIUTO PER:**

MRSA  
 ESBL  
 VRE  
 CRE  
 Altro \_\_\_\_\_

**DATI EPIDEMIOLOGICI:**

Paziente in isolamento  
 Soggiorno all'estero  
Regione: \_\_\_\_\_  
 Ospedale all'estero  
Regione: \_\_\_\_\_

**TRATTAMENTO ANTIBIOTICO:**

Previsto \_\_\_\_\_  
 In atto \_\_\_\_\_

**IGIENE OSPEDALIERA**

Giorni feriali (lu-ve)  
dalle 8.00 alle 17.00

Per urgenze o informazioni:  
091 811 17 85

	Screening MRSA (coltura)	Screening ESBL (coltura)	Screening VRE (coltura)	Screening CRE (coltura)	Screening <i>Stenotrophomonas maltophilia</i> (coltura)	Screening <i>Acinetobacter baumannii</i> (coltura)	Screening <i>P. aeruginosa</i> Multiresistente (coltura)	Per screening POSITIVO eseguire Antibiogramma	Analisi speciale 6)
	SCREM	SCREE	SCREV	SCREC	STENO	ACBAU	SCREP		
Pool naso-inguine 1),2) Xpoo	<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Striscio naso 1) Xnas	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Striscio inguine 1) Xing	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Striscio ferita _____ 1) Xfer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Striscio ferita _____ 1) Xfer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Striscio ferita _____ 1) Xfer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Espettorato 3) Xesp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aspirato bronchiale 3) Xasp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urina getto medio 3) Xuri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urina da catetere vescicale 3) Xucv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Striscio catetere vascolare _____ 1) Xcat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Striscio PEG _____ 1) Xpeg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Striscio tracheotomia 1) Xtra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drenaggio _____ 1),3) Xdre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drenaggio _____ 1),3) Xdre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Striscio _____ 1) Xstr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Striscio _____ 1) Xstr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Striscio rettale 1) Xret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Feci native 3) Xfec	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acque emodialisi prima 4) Xaq1									<input type="checkbox"/>
Acque emodialisi dopo 4) Xaq2									<input type="checkbox"/>
Endoscopi flessibili _____ 5),6) Xend									<input type="checkbox"/>
Attest _____ 5),6) Xatt									<input type="checkbox"/>
Ceppo batterico 6) Xcep								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro _____ Xalt									<input type="checkbox"/>

- Prenalitica**
- 1) striscio con terreno di trasporto
  - 2) strisci naso & inguine analizzati insieme (non distinguibili)
  - 3) in provetta/flacone sterile da 10-15 ml
  - 4) in bottiglia sterile da 500 ml
  - 5) specificare il numero di campioni
  - 6) specificare nella casella osservazioni

**Osservazioni / Informazioni cliniche**

---



---

Timbro reparto/medico

Medico: (firma)

Copia a Dr. \_\_\_\_\_