

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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Acque emodialisi dopo 4) Xaq2 | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Endoscopi flessibili _____ 5),6) Xend | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Attest _____ 5),6) Xatt | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | <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. _____