

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"/>
10	20	30	40	50	60	70	80	90
<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"/>
Striscio inguine 1) Xing	<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"/>
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"/>

Preanalitica

- 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. _____