

**Sezione A- SCHEDA DI ADESIONE allo STUDIO DI PREVALENZA SULLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA E SULL'USO DI ANTIBIOTICI (Studio PRICA)**

Lo Studio di Prevalenza sulle Infezioni Correlate all'assistenza e sull'uso di antibiotici si svolgerà nei mesi di **Gennaio, Febbraio e Marzo 2014**.

La raccolta dati in un **singolo reparto** deve essere **conclusa nello stesso giorno**. Il tempo totale per completare la rilevazione in tutti i reparti di un **singolo ospedale** non deve superare le **tre settimane**. I dati saranno raccolti secondo il protocollo standardizzato reso disponibile dal Centro di Coordinamento dello Studio, da personale della struttura partecipante debitamente formato presso il Dipartimento di Epidemiologia e Ricerca Pre-Clinica dell'INMI. I dati, raccolti mediante schede cartacee, dovranno essere inseriti su supporto informatico costruito *ad hoc*.

LA STRUTTURA (ASL/Azienda Ospedaliera/Ospedale/Casa di Cura/...)

RAPPRESENTATA DALLA PERSONA SOTTOSCRITTA ADERISCE ALLO **STUDIO DI PREVALENZA SULLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA E SULL'USO DI ANTIBIOTICI**

LA STRUTTURA (ASL/Azienda Ospedaliera/Ospedale/...) HA LETTO ED ACCETTA I REQUISITI RISCHIESTI DAL PROTOCOLLO PER L'ADESIONE ALLO STUDIO SUMMENZIONATO.

**Nome e cognome del sottoscrittore che rappresenta la Struttura**

**Ruolo del sottoscrittore**

**Indirizzo dell'Ente:** Via/P.zza

Città \_\_\_\_\_ Codice Postale \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

**Codice ISTAT Ospedale/Stabilimento** (Codici Flussi Ministeriali [www.ministerosalute.it/servizio/datisis.jsp](http://www.ministerosalute.it/servizio/datisis.jsp))

**Denominazione Ospedale/Stabilimento**

**Nome e cognome del RESPONSABILE OPERATIVO dello Studio**

**Ruolo del RESPONSABILE OPERATIVO dello Studio**

Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

**Data**

**Firma**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**Sezione C – Indicare se il laboratorio di microbiologia di riferimento utilizza per l'interpretazione dell'antibiogramma :**

- Linee Guida *EUCAST* (*European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing*)
- Linee Guida *CLSI* (*Clinical and Laboratory Standards Institute*)

**INVIO DEI DATI**

**Si invieranno al Centro di Coordinamento dello Studio:**

- Dati raccolti su supporto software.
- Dati raccolti su supporto cartaceo.

**Trasmissione dei dati della Prevalenza**

È essenziale che le strutture partecipanti si impegnino a rispettare le definizioni, i criteri di inclusione, le variabili e i codici previsti dal Protocollo dello Studio.

Una volta conclusa la raccolta i dati dovranno essere inseriti nel supporto elettronico predisposto (software *ad hoc*) e inviato unitamente al cartaceo.

Il Referente Operativo dello Studio dovrà assicurare che tutte le schede siano complete e vengano trasmesse in forma anonima **entro il 15 Aprile 2014** al Centro di Coordinamento dello Studio nelle seguenti modalità:

- SCHEDE CARTACEE, invio all'indirizzo: **Dr. Vincenzo Puro c/o Dipartimento di Epidemiologia e Ricerca Pre-clinica, Via Portuense 292 - 00149 Roma**
- ESTRAZIONE DATI DALL'APPLICATIVO IN FORMATO HTML, invio all'indirizzo email: [pro.app@inmi.it](mailto:pro.app@inmi.it)

### **Protezione dei dati personali**

I dati raccolti in ciascuna struttura devono essere trasmessi al Centro di Coordinamento in forma anonima: ciascun paziente verrà identificato con un codice identificativo, unico per ciascun paziente.

### **Pubblicazione dei dati**

Il Centro di Coordinamento dello Studio provvederà al controllo di qualità dei dati e alla produzione del report regionale e per ciascun Centro. Inoltre i dati raccolti, trattati in modo confidenziale e resi pubblicamente solo in forma aggregata, saranno utilizzati per generare rapporti di progetto, per pubblicazioni scientifiche e per la diffusione delle informazioni anche sul web. I collaboratori indicati dal referente del centro, inclusi nel gruppo di lavoro del progetto, saranno menzionati con le relative affiliazioni tra gli autori delle pubblicazioni.

### **Per presa visione**

**Data**

**Firma**

---

---

La Scheda di Adesione, completa in ogni sua parte, deve essere inviata via fax all'attenzione della **Dr. Vincenzo Puro** al numero **06-5582825**.