STUDIO DI PREVALENZA SULLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA E SULL'USO DI ANTIBIOTICI

Scheda H. Questionario Ospedale

Ver. 30/01

Codice ospedale: |__|__|__|__|__|__|__|__|

Data di studio, da: |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|

a: |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|

Numero posti letto in ospedale: |__|__|__|__|

Numero posti letto di Terapia Intensiva: |__|__|__|__|

Numero posti letto chirurgici: |__|__|__|__|

di cui posti letto in chirurgia specialistica: |__|__|__|__|

Tipologia di ospedale

- ☐ Primo livello
- ☐ Secondo livello
- ☐ Terzo livello
- ☐ Specializzato*

*Specializzazione: _____

☐ Non catalogabile

	Numero	Anno
Numero di dimissioni/anno	|__|__|__|__|__|	|__|__|
Numero di ricoveri/anno	|__|__|__|__|__|	
Numero di interventi chirurgici/anno	|__|__|__|__|__|	
Numero giorni-paziente/anno	|__|__|__|__|__|__|	
Consumo in litri/anno di soluzione alcolica per l'igiene delle mani	|__|__|__|__|__|__|	|__|__|
Numero posti letto per acuti	|__|__|__|__|	
Numero stanze di degenza	|__|__|__|__|	
Numero stanze singole	|__|__|__|__|	
Istituzione del CIO (Comitato di controllo delle Infezioni Ospedaliere)		|__|__|
Istituzione di un team infettivologico dedicato all'attività di *consultant* aziendale per l'uso degli antibiotici	☐ Si ☐ No	|__|__|

Commenti: _____

STUDIO DI PREVALENZA SULLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA E SULL'USO DI ANTIBIOTICI

Scheda R. Questionario Reparto

Ver. 30/01

Codice Ospedale: |__|__|__|__|__|__|__|__| Codice Reparto: |__|__|__|__|__|__|-|__|__|

Data rilevazione: |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| *denominazione*:_____

	Numero	Anno
Numero di posti letto in reparto	|__|__|__|	
Numero di stanze di degenza	|__|__|	
Numero di stanze singole	|__|__|	
Numero di dimissioni/anno	|__|__|__|__|	
Numero di ricoveri/anno	|__|__|__|__|	
Numero di interventi chirurgici/anno	|__|__|__|__|	|__|__|__|__|
Numero giorni-paziente/anno — Media	|__|__|__|.|__|	
Mediana	|__|__|__|.|__|	
Consumo in litri/anno di soluzione alcolica per l'igiene delle mani	|__|__|__|__|__|	|__|__|__|__|

Esistono in reparto protocolli scritti elaborati dal Comitato di Controllo delle Infezioni Ospedaliere (CIO):

per l'uso degli antibiotici	☐ Si ☐ No	Se si, riportare l'anno di pubblicazione |__|__|__|__|
per la profilassi perioperatoria	☐ Si ☐ No	Se si, riportare l'anno di pubblicazione |__|__|__|__|

Commenti/osservazioni: _____

STUDIO DI PREVALENZA SULLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA E SULL'USO DI ANTIBIOTICI

Scheda P. Questionario Paziente (da compilare per tutti i pazienti)

Ver. 30/01

Codice Ospedale: |__|__|__|__|__|__|__|__| **Codice Rep.**: |__|__|__|__|__|__|-|__|__|

Reparto ***denominazione*** _____

Data rilevazione: |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|

Codice paziente: |__|__|__|__| **Età in anni:** |__|__| **Sesso:** ☐ M ☐ F ☐ UNK

In appoggio in altro reparto: ☐ No ☐ Si (spec. _____)

Data del ricovero: |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|

Motivo del ricovero: ☐ preoperatorio ☐ postoperatorio ☐ altro

Intervento chirurgico: ☐ No ☐ Si **se si, data** |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|

☐ non-NHSN categoria NHSN |__|__|__|__|

Paziente in lista trapianto: ☐ No ☐ Si

McCabe score: ☐ Malattia rapidamente fatale ☐ Malattia fatale

☐ Malattia non fatale ☐ UNK

Catetere vascolare centrale (CVC): ☐ No ☐ Si ☐ UNK

CVC a inserzione periferica: ☐ No ☐ Si ☐ UNK

Catetere vascolare periferico: ☐ No ☐ Si ☐ UNK

Catetere urinario: ☐ No ☐ Si ☐ UNK

Intubazione: ☐ No ☐ Si ☐ UNK

Paziente in isolamento: ☐ No ☐ Si: → ☐ Contatto ☐ Droplet ☐ Respiratorio

Paziente riceve antibiotico/i(1) **:** ☐ No ☐ Si *SE SI*

Paziente presenta una ICA ATTIVA(2)**:** ☐ No ☐ Si *SE SI*

Antibiotico (principio attivo)	Via di somm.	Indicazione	Diagnosi sito di infezione
	|__|	|__|__|	|__|__|__|
	|__|	|__|__|	|__|__|__|
	|__|	|__|__|	|__|__|__|

Via di somm: **P**: parenterale, **O**: orale, **R**: rettale, **I**: inalazione.

Indicazione: **CI** (trattamento infezione comunitaria), **LI** (trattamento infezione acquisita in lungo degenza/cure intermedie), **HI** (trattamento infezione ospedaliera); **SP** (profilassi chirurgica); **MP**: profilassi medica; **OT**: altro; **UN**: non noto.

Diagnosi sito d'infezione (compilare solo se indicazione = trattamento, non per profilassi): vedi *codebook*.

	ICA 1		ICA 2		ICA 3	
Codice infezione	|__|__|__|__|-|__|__|__|__|		|__|__|__|__|-|__|__|__|__|		|__|__|__|__|-|__|__|__|__|	
Device in situ(3)	☐ No ☐ Si ☐ UNK		☐ No ☐ Si ☐ UNK		☐ No ☐ Si ☐ UNK	
ICA al ricovero	☐ No ☐ Si		☐ No ☐ Si		☐ No ☐ Si	
Data di insorgenza(4)	|__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|		|__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|		|__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|	
Origine infezione	☐ Ospedale corrente ☐ Altro ospedale acuti ☐ Day Surgery/DH(5)		☐ Ospedale corrente ☐ Altro ospedale acuti ☐ Day Surgery/DH(5)		☐ Ospedale corrente ☐ Altro ospedale acuti ☐ Day Surgery/DH(5)	
	Codice MO	R(6)	Codice MO	R(6)	Codice MO	R(6)
Microorganismo 1	|__|__|__|__|__|__|	|__|	|__|__|__|__|__|__|	|__|	|__|__|__|__|__|__|	|__|
Microorganismo 2	|__|__|__|__|__|__|	|__|	|__|__|__|__|__|__|	|__|	|__|__|__|__|__|__|	|__|
Microorganismo 3	|__|__|__|__|__|__|	|__|	|__|__|__|__|__|__|	|__|	|__|__|__|__|__|__|	|__|

(1) Riferito al giorno dello studio; se sì, compilare la parte relativa all'antibiotico

(2) Riferito al giorno dello studio; se sì, compilare la parte relativa alle infezioni correlate all'assistenza (ICA; ICA1,2,3 se più di una ICA). Per le definizioni vedi *codebook*.

(3) *Devices* di rilevanza clinica: intubazione per PN, catetere venoso per BSI, catetere urinario per UTI, se presenti nelle 48 ore precedenti l'insorgenza dell'infezione (anche uso intermittente).

(4) Solo in caso di ICA non presenti al momento del ricovero.

(5) Solo in caso di SSI associate ad intervento chirurgico eseguito in *Day Surgery/Day Hospital*.

(6) Fenotipo di antibiotico resistenza: 0,1,2,9 (vedi *codebook*).