

# Documento 1 **swissnosc** SSI-module

Formulario di raccolta per la sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico  
Versione del 01.10.2016

Dal 01.10.2016

## Registro del paziente e dati all'ammissione

Numero di CRF

Cognome

Telefono

Nome

*unicamente per l'utilizzo interno nel ospedale*

Data di nascita (gg/mm/aaaa)

Sesso

 maschio femmina

Data d'ammissione (gg/mm/aaaa)

## Dati dell'operazione

Data dell'operazione

Score ASA

Intervento principale

Se **6 o 281**, cancro coloretale?

 si no sconosciuto

Seconda procedura

Terza procedura

Operazione pianificata

 si no

Impianto

 si no

Si, tipo di impianto

Intervento in laparoscopia **o** assistita laparoscopicamente **o** assistita tramite robot **o** invasione minima / per via transvaginale **o** transanale

 si no inizio in scopia, poi continuazione in tomia per via transvaginale per via transanale

Classe di contaminazione

Ora d'inizio dell'intervento

hh

min

Ora di fine dell'intervento

hh

min

Somministrazione antibiotici i/v (24 h antecedenti l'incisione → fine dell'operazione)

 nessuna 1 2 3 >3

Tipo di antibiotico 1

Ora/ data di somministrazione 1

o

min

→Se ATB1= 30, 36, 51, 81, 102: **dose somministrata in mg**

mg

→Se ATB1= 20,30,36,60,81,102,103: **sommin. 2° dose durante l'op.**

 si no

o

min

→ Se ATB1= 20 : **2° dose somministrata in mg**

mg

Tipo di antibiotico 2

Ora di somministrazione 2

o

min

Tipo di antibiotico 3

Ora di somministrazione 3

o

min

Funzione renale: Creatinina-Clearance (GFR ml/min)

 > 50 20-50 < 20 non misurato

Statura, peso: dati **facoltativi** tranne che per la cardiocirurgia (**BMI**) e il monitoraggio della profilassi di antibiotici adattati al peso

Altezza (cm)

Peso (kg)

# Documento 1 **SWISSnosc** SSI-module

## Dimissione e dati del decorso (Follow-up)

Data di uscita	<input type="text" value=" / /"/>		
Destinazione	<input type="checkbox"/> domicilio o EMS	<input type="checkbox"/> altro ospedale di cura acuto	
	<input type="checkbox"/> centro di rieducazione	<input type="checkbox"/> paziente deceduto	<input type="checkbox"/> altro: <input type="text"/>
Data dell'intervista o del follow-up clinico	<input type="text" value=" / /"/>		Periodo di osservazione <input type="checkbox"/> 30 giorni <input type="checkbox"/> 1 anno
Stato dell'intervista o del follow up	<input type="checkbox"/> intervista o follow up effettuate		<input type="checkbox"/> paziente perso di vista
	<input type="checkbox"/> paziente rifiuta l'intervista o non può rispondere		<input type="checkbox"/> paziente deceduto
Momento del decesso	<input type="checkbox"/> durante il ricovero	<input type="checkbox"/> dopo la dimissione	Data decesso <input type="text" value=" / /"/>
	Rioperazione per complicazioni <b>non infettive</b> o per <b>second look</b> nel mese/l'anno		<input type="checkbox"/> sì, <b>non</b> pianificata <input type="checkbox"/> no
		<input type="checkbox"/> sì, pianificata ( <b>second look</b> )	<input type="checkbox"/> sconosciuto
		Se sì, data della rioperazione <input type="text" value=" / /"/>	
Infezione	<input type="checkbox"/> <b>no</b> , con decorso completato	<input type="checkbox"/> <b>no</b> , senza decorso completato	<input type="checkbox"/> <b>sì</b> <i>continua</i>

## Dati sull'infezione (se presente)

Tipo d'infezione del sito chirurgico principale	<input type="checkbox"/> infezione incisione superficiale
	<input type="checkbox"/> infezione incisione profonda
	<input type="checkbox"/> infezione d'organo e/o dello spazio
Infezione del sito secondario	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
Tipo d'infezione del sito chirurgico secondario	<input type="checkbox"/> infezione incisione superficiale
	<input type="checkbox"/> infezione incisione profonda
	<input type="checkbox"/> infezione d'organo e/o dello spazio
Data della diagnosi (gg /mm/aaaa)	<input type="text" value=" / /"/>
Criteri della diagnosi	<b>B1</b> <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
	<b>B2</b> <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
	<b>B3</b> <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
	<b>C</b> <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
Diagnosi post dimissione	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
Cultura microbiol. o PCR	<input type="checkbox"/> assenza cultura o PCR eseguita <input type="checkbox"/> cultura effettuata e sterile o PCR negativa
	<input type="checkbox"/> cultura o PCR positiva <input type="checkbox"/> sconosciuto
Microorganismo 1	<input type="text"/>
Microorganismo 2	<input type="text"/>
Microorganismo 3	<input type="text"/>
Riospedalizzazione dovuta all'infezione	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <b>Se sì:</b> <input type="checkbox"/> stesso ospedale <input type="checkbox"/> altro ospedale
Reintervento motivato dall'infezione	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> drenaggio percutaneo (drain o puntione)
	<input type="checkbox"/> ablazione dei punti o d'agrafes
	<input type="checkbox"/> nuova operazione