

Codice ospedale: [\_\_\_\_\_]

Data rilevazione: dal: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ al: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
gg/mm/aaaa gg/mm/aaaa

Numero totale di posti letto in ospedale [\_\_\_\_\_]

Numero di posti letto per acuti [\_\_\_\_\_]

Numero di letti di Terapia Intensiva [\_\_\_\_\_]

Ci sono reparti esclusi dalla rilevazione?

 No Sì, specificare i reparti esclusi:

Numero totale posti letto nei reparti inclusi: [\_\_\_\_\_]

Numero totale di pazienti inclusi: [\_\_\_\_\_]

Tipologia di ospedale

 Primaria (1°)  Secondaria (2°)  Terziario (3°) ospedale pediatrico Specializzato: \_\_\_\_\_

Tipologia amministrativa

 Pubblico  Privato senza scopo di lucro Privato, con scopo di lucro  Altro/sconosciuto

	Numero	Anno	Inclusi/ Tot (1)
Numero di ammissioni/dimissioni per anno			Inc Tot
N. giornate di cura/anno			
Consumo soluz.idro-alcolica (Litri/anno)			Inc Tot
Numero di set di emocolture /anno			Inc Tot
Numero di test delle feci per <i>C.difficile</i> /anno			Inc Tot

Codice ospedale: [\_\_\_\_\_]

Data rilevazione: dal: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ al: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
gg/ mm / aaaa gg/ mm / aaaa

Completate il questionario «Requisiti strutturali minimi per la prevenzione e la lotta contro le infezioni correlate all'assistenza negli ospedali per cure acute svizzeri» a questo link:

<https://www.surveymonkey.com/r/CD9TDH8>

Oltre al questionario, Swissnoso fornisce un [manuale](#) per descrivere più dettagliatamente gli elementi dei componenti chiave richiesti. Fornisce indicazioni per interpretare le domande e decidere se un requisito è soddisfatto o meno.

**Avete completato il questionario?**

Si  No

Data di rilevazione reparto<sup>1</sup>: \_\_ / \_\_ / \_\_ Codice ospedale [\_\_\_\_\_] Nome reparto (abbr.) / Id unità [\_\_\_\_\_]   
gg / mm / aaaa

Specialità reparto<sup>2</sup>  PED  NEO  ICU  MED  SUR  G/O  GER  PSY  RHB  LTC  OTH  MIX

Numero totale di pazienti nel reparto<sup>3</sup> [\_\_\_\_\_]

Esiste una procedura formale per valutare l'appropriatezza di un antibiotico entro 72 ore dalla prescrizione dello stesso (revisione post-prescrizione)?

Si  No

<sup>1</sup> I pazienti dello stesso reparto dovrebbero essere inclusi in una singola giornata di rilevazione, se possibile; <sup>2</sup> Specialità principale:  $\geq 80\%$  dei pazienti appartengono a questa specialità, altrimenti scegliere mixed;

<sup>3</sup> Numero di pazienti ricoverati nel reparto alle 8:00 AM e non dimessi al momento della rilevazione;

<sup>4</sup> Anno: anno a cui si riferiscono i dati, anni precedenti o anno a cui si riferiscono i dati più recenti disponibili.

Codice ospedale [ ] Reparto/unità (abbr.) [ ]

Data della rilevazione: \_\_\_ / \_\_\_ / 20\_\_\_ (gg/mm/aaaa)

Codice progressivo paziente [ ]

Età : [ ] anni ; Età in mesi se pz < 2 anni : [ ]

Sesso :  M  F

Data ricovero in ospedale: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ (gg/mm/aaaa)

Specialità del paziente: [ ]

Intervento chirurgico durante la degenza:

No  Sì, Minimamente invasivo/non-NHSN  Non noto

Sì, NHSN → specificare (opzionale) [ ]

McCabe score:

Malattia non-fatale  Malattia fatale entro 5 anni

Malattia fatale entro 12 mesi  Non noto

Se neonato peso alla nascita: [ ] in grammi

Bambini <16 anni: peso [ ] altezza [ ]

Catetere venoso centrale :  No  Sì  Non noto

Catetere vascolare periferico:  No  Sì  Non noto

Catetere urinario:  No  Sì  Non noto

Intubazione :  No  Sì  Non noto

Il paziente assume antimicrobi<sup>(1)</sup>:  No  Sì

Il paziente ha almeno una HAI attiva<sup>(2)</sup>:  No  Sì

(1) Riferito al giorno dello studio, eccetto per la profilassi chirurgica dove si considerano le 24 ore precedenti alle 8 am del giorno dello studio; se sì, compilare la parte relativa all'antimicrobico;

(2) (Infezione con insorgenza ≥ Giorno 3 di ricovero, OPPURE coincide con SSI (chirurgia nei 30-90 giorni precedenti), OPPURE dimesso da ospedale acuto nelle 48 ore prima, OPPURE CDI e dimesso < 28 giorni prima, OPPURE insorgenza < Giorno 3 dopo procedura/device invasiva al Giorno 1 o Giorno 2

☐ HAI confermata dai criteri OPPURE Paziente in trattamento per HAI ☐ l'infezione rientra nelle definizioni tra il primo giorno di trattamento e il giorno dello studio;

→ SE SI, compilare parte HAI

Sostanze antimicrobiche (nome generico)	Via di somministr.	Indicazione	Diagnosi (sito)	Indicazione documentata	Cambio di AB (+ motivo)	Dose giornaliera		
						Numero di dosi (al giorno)	Dose singola	mg/g/lu

Via di somministrazione: P: parenterale, O:orale, R:rettale, I: inalatoria; **Indicazione:** Motivazione trattamento: **CI:** infezione comunitaria; **LI:** infezione acquisita in lungo degenza (es.RSA); **HI:** ICA acquisita in un ospedale per acuti; Profilassi chirurgica: **SP1:** singola dose; **SP2:** un giorno; **SP3:** > 1 giorno, **MP:** profilassi medica; **O:** altra indicazione (es. Erithromicina come agente procinetico); **UI:** indicazione/ragione non nota (verificata durante lo studio); **Non noto:** informazione/ragione mancante. **Diagnosi:** vedere lista siti d'infezione solo per CI-LI-HI; **Motivazione in cartella:** Si/No; **AB Cambiato? (ragioni):** N: nessun cambiamento; E= escalation; D= de-escalation; S=switch da IV a orale; A=Eventi avversi; OU=cambio, ragioni non conosciute; U=Sconosciuto;

	HAI 1				HAI 2			
<b>Codice infezione HAI</b>								
<b>Dispositivo in situ<sup>(3)</sup></b>	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non noto		<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non noto	
<b>HAI presente al ricovero?</b>	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No		
<b>Data di inizio HAI <sup>(4)</sup></b>	/	/	(gg/mm/aaaa)		/	/	(gg/mm/aaaa)	
<b>Se HAI al ricovero, il ricovero è legato a HAI</b>	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non noto		<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non noto	
<b>Origine infezione</b>	<input type="checkbox"/> questo ospedale <input type="checkbox"/> altro ospedale per acuti <input type="checkbox"/> LTCF* <input type="checkbox"/> altra origine/sconosciuta				<input type="checkbox"/> questo ospedale <input type="checkbox"/> altro ospedale acuto <input type="checkbox"/> LTCF* <input type="checkbox"/> altra origine/sconosciuta			
<b>HAI associate al reparto dell'attuale ricovero</b>	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non noto		<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non noto	
<b>Se BSI: origine <sup>(5)</sup></b>								
	Codice MO	AMR		PDR	Codice MO	AMR		PDR
		AB <sup>(6)</sup>	SIR			AB <sup>(6)</sup>	SIR	
<b>Microorganismo 1</b>								
<b>Microorganismo 2</b>								
<b>Microorganismo 3</b>								

(3) Dispositivo (device) n uso prima (48ore) dell'inizio dell'infezione (PN,BSI,NEO-LCBI,NEO-CNSB,UTI) ;

(4) Solo per infezioni non presenti/attive al momento del ricovero (gg/mm/aaaa) ; \*LTCF: Long-time care facility

(5) C-CVC, C-PVC, S-PUL, S-UTI, S-DIG, S-SSI, S-SST, S-OTH, UO, Non noto; (6) AB: AB testato ; *S. aureus*: OXA+ GLY; *Enterococcus* sp.: GLY; Enterobacteriaceae: C3G + CAR; *P. aeruginosa* e *Acinetobacter* sp.: CAR; SIR: S=sensibile, I=intermedio, R=resistente, U=Sconosciuto; PDR: Pan resistente : N = No, P = possibile, C= confermato, U= sconosciuto.