



**STUDIO DI PREVALENZA EUROPEO SULLE ICA E SULL'USO DI ANTIBIOTICI NEGLI OSPEDALI PER ACUTI**

**SCHEDA INTEGRATIVA H4**

Quali delle seguenti misure vengono adottate per la prevenzione ed il controllo della propagazione degli organismi resistenti (OR)?

OBIETTIVI DELLE MISURE ADOTTATE	DESCRIZIONE DELLE MISURE ADOTTATE	SI (in tutti i reparti)	SI (in alcuni reparti)	SI (nei reparti di area critica)	No	ND
<b>INDIVIDUARE PRECOCEMENTE I PORTATORI DI OR</b>	Screening all'ingresso sui pazienti ritenuti a rischio di essere portatori di MRSA attraverso il tampone nasale con metodo colturale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Screening all'ingresso sui pazienti ritenuti a rischio di essere portatori di MRSA attraverso il tampone nasale con test rapidi (PCR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Screening all'ingresso sui pazienti ritenuti a rischio di essere portatori di CRE attraverso il tampone rettale con metodo colturale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Screening all'ingresso sui pazienti ritenuti a rischio di essere portatori di CRE attraverso il tampone rettale con test rapidi (PCR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>PREVENIRE LA DIFFUSIONE INTRA OSPEDALIERA DI OR DURANTE LA DEGENZA</b>	Isolamento preventivo in attesa dei risultati dello screening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Isolamento dei portatori accertati di organismi resistenti in stanza singola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Screening sui contatti dei portatori di CRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Staff dedicato per i portatori di organismi resistenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nurse cohorting per i portatori di organismi resistenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Predisposizione, almeno all'occorrenza, di postazioni dedicate attrezzate con presidi (dispenser per gel idroalcolico, DPI, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Predisposizione di postazioni attrezzate al letto del portatore per la fruizione ed il successivo smaltimento dei DPI da indossare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Presenza del dispenser di gel idroalcolico all'ingresso delle stanze di degenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Presenza del dispenser di gel idroalcolico al letto del paziente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Presenza del dispenser di gel idroalcolico all'ingresso del reparto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Incremento delle attività di pulizia nella stanza in cui soggiorna il portatore di organismi resistenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Disinfezione terminale dei locali in cui ha soggiornato il portatore di organismi resistenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Utilizzo di check-list di verifica/sistema di segnalazione/nomina di un responsabile di reparto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Monitoraggio microbiologico (piastre da contatto, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Decontaminazione nasale con pomate a base di mupirocina (o altri principi attivi idonei) in portatori di MRSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bagno con antisettico nei portatori di CRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>PREVENIRE LA DIFFUSIONE DI OR IN ALTRI SETTING</b>	Utilizzo di alert (elemento grafico/dicitura) da apporre sul frontespizio della cartella clinica dei portatori di organismi resistenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Utilizzo di alert (elemento grafico/dicitura) da apporre sulla porta della stanza in cui è in corso un isolamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Informativa al portatore e ai suoi visitatori sul comportamento da adottare in corso di isolamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Informativa al paziente al momento della dimissione (brochure sulle precauzioni da adottare a casa propria)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Informativa al MMG in caso di ritorno al domicilio (lettera di dimissione dettagliata/modulistica specifica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Informativa alle strutture riceventi in caso di trasferimento (relazione clinica dettagliata/modulistica specifica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Misure individuate da:  Reparto;  CIO;  Direzione Sanitaria;  Procedure.      -      N°tamponi nasali/anno per MRSA? • n° \_\_\_\_/anno ( \_\_\_\_ ricoveri)      -      N°tamponi rettali/anno per CRE? • n° \_\_\_\_/anno ( \_\_\_\_ ricoveri)



## STUDIO DI PREVALENZA EUROPEO SULLE ICA E SULL'USO DI ANTIBIOTICI NEGLI OSPEDALI PER ACUTI

### SCHEDA INTEGRATIVA W2

#### Quanti screening di ingresso specifici sono stati eseguiti per individuare precocemente i portatori di organismi resistenti?

- il n° di tamponi nasali per la ricerca degli MRSA \_\_\_\_\_ su \_\_\_\_\_ pazienti ritenuti a rischio in ingresso (dalle ore 00.00 del giorno indice al momento della rilevazione);
- il n° di tamponi rettali per la ricerca degli CRE \_\_\_\_\_ su \_\_\_\_\_ pazienti ritenuti a rischio in ingresso (dalle ore 00.00 del giorno indice al momento della rilevazione);
- il n° di pazienti posti in isolamento preventivo nell'attesa dei risultati dello screening \_\_\_\_\_.

#### Nel giorno indice sono presenti portatori di MRSA?

No;  Si.

#### Nel giorno indice sono presenti portatori di CRE?

No;  Si

#### Nel giorno indice sono presenti di portatori di organismi resistenti, per i quali sono in corso misure specifiche?

No;  Si.

Se sì, compilare la seguente tabella barrando le caselle relative alle misure che vengono adottate caso per caso

Profilo di resistenza	Se resistenze combinate	Isolamento			Screening sui contatti CRE	Bagno con antisettico per CRE	Decontaminazione nasale per MRSA	Staff dedicato	Nurse cohorting	Dispenser per il gel e/o DPI al letto	Incremento delle attività di pulizia	Alert sulla cartella clinica	Alert sulla porta	Informativa al paziente e ai visitatori
		In stanza singola	In coorte	Funzionale										
*	<input type="checkbox"/> MDRO; <input type="checkbox"/> PDRO	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*	<input type="checkbox"/> MDRO; <input type="checkbox"/> PDRO	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*	<input type="checkbox"/> MDRO; <input type="checkbox"/> PDRO	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* S. aureus a Oxacillina/Glicopeptidi; Enterococchi ai Glicopeptidi; Enterobatteri a Cefalosporine di III generazione/Carbapenemi; P. aeruginosa ai Carbapenemi; A. baumannii ai Carbapenemi; Altro (specificare).

#### Dove sono collocati i dispenser per l'erogazione di gel idroalcolico?

- All'ingresso del reparto/blocco;
- All'ingresso delle singole stanze;
- Al letto del paziente;
- Nelle aree comuni.

#### Nel giorno indice è stata valutata l'efficacia delle pulizie?

No;  Si.

Se sì, specificare in che modo:

- Utilizzo di check-list di verifica;
- monitoraggio microbiologico (piastre da contatto, etc.).



## STUDIO DI PREVALENZA EUROPEO SULLE ICA E SULL'USO DI ANTIBIOTICI NEGLI OSPEDALI PER ACUTI

### SCHEDA INTEGRATIVA A/B2

**Il paziente, all'ingresso in reparto, rientrava nelle categorie a rischio di MRSA?**  No;  Si.

Se si ha eseguito il tampone nasale per la ricerca di MRSA?  No;  Si.

Se si, specificare se:

- il tampone ha dato esito:  Negativo;  Positivo;
- nell'attesa dell'esito del tampone è stato posto in isolamento preventivo:  No;  Si.

**Il paziente, all'ingresso in reparto, rientrava nelle categorie a rischio di CRE?**  No;  Si.

Se si ha eseguito il tampone rettale per la ricerca di CRE?  No;  Si.

Se si, specificare se:

- il tampone ha dato esito:  Negativo;  Positivo;
- nell'attesa dell'esito del tampone è stato posto in isolamento preventivo:  No;  Si.

**Il paziente, nel corso del presente ricovero è stato identificato come contatto di un portatore di CRE?**  No;  Si.

Se si ha eseguito il tampone rettale per la ricerca di CRE?  No;  Si.

Se si, specificare:

- il n° di tamponi praticati \_\_\_ in \_\_\_ giorni.

**Il paziente, nel corso del ricovero, è stato individuato come portatore di un organismo resistente?**  No;  Si.

Se si, è stato sottoposto a misure specifiche?  No;  Si.

Se si, compilare la seguente tabella barrando le caselle relative alle misure che sono state adottate nel suo caso specifico

Profilo di resistenza	Se resistenze combinate	Isolamento			Screening sui contatti CRE	Bagno con antisettico per CRE	Decontaminazione nasale per MRSA	Staff dedicato	Staff in cohorting	Dispenser per il gel e/o DPI al letto	Incremento delle attività di pulizia	Alert sulla cartella clinica	Alert sulla porta	Informativa al paziente e ai visitatori
		In stanza singola	In coorte	Funzionale										
*	<input type="checkbox"/> MDRO; <input type="checkbox"/> PDRO	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*	<input type="checkbox"/> MDRO; <input type="checkbox"/> PDRO	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*	<input type="checkbox"/> MDRO; <input type="checkbox"/> PDRO	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* S. aureus a Oxacillina/Glicopeptidi; Enterococchi ai Glicopeptidi; Enterobatteri a Cefalosporine di III generazione/Carbapenemi; P. aeruginosa ai Carbapenemi; A. baumannii ai Carbapenemi; Altro (specificare).

**Al momento della rilevazione, l'isolamento è ancora in corso?**

No;  Si.

#### IN CASO DI TERAPIA ANTIBIOTICA IN CORSO

La terapia antibiotica è stata prescritta previa consulenza?  No;  Si;  Non determinato.

La diagnosi di sito è contemplata nelle linee di indirizzo regionali?  No;  Si;  Non determinato.

Se si, specificare se in relazione al quadro clinico, la terapia in atto è:  Inappropriata;  Appropriata;  Non determinato.