

Indagine epidemiologica caso di infezione da CLOSTRIDIUM DIFFICILE

EVENTO SENTINELLA N°

Data ____/____/____

UNITÀ OPERATIVA

N°camera **N° letto**

Applicare etichetta
anagrafica paziente
con codice a barre



Compilare solo in caso di impossibilità alla
stampa dell'etichetta

Cognome:

Nome:

Data di nascita: ____/____/____

Data di ricovero: ____/____/____

Motivo di ricovero:

.....

.....

.....

Precedenti ricoveri interni (entro tre mesi): SI NO
Se SI indicare U.O. dei precedenti ricoveri:

.....

.....

Precedenti ricoveri esterni (entro tre mesi): SI NO
Se SI indicare le strutture dei precedenti ricoveri

.....

.....

Progresso trattamento antibiotico (ultimi tre mesi): SI NO
Se SI indicare se: Profilassi Terapia

	Principio attivo	Posologia	Data inizio	Data fine
1				
2				
3				
4				
5				
6				

Interventi chirurgici:

..... **Data** ____/____/____

..... **Data** ____/____/____

..... **Data** ____/____/____

Data inizio sintomi: ____/____/____

Ricerca Tossina CD: SI NO **Data** ___/___/___ **Esito:** Positivo Negativo

Altre Ricerche Tossina CD: SI NO **Data** ___/___/___ **Esito:** Positivo Negativo

Endoscopia: SI NO **Data** ___/___/___

Esito:

.....

Trasferimenti durante il ricovero: (anche se all'interno della stessa U.O.)

U.O. N°camera ___ N° letto ___ **Data** ___/___/___

U.O. N°camera ___ N° letto ___ **Data** ___/___/___

U.O. N°camera ___ N° letto ___ **Data** ___/___/___

Trattamento antibiotico specifico per CD:

Principio attivo: METRONIDAZOLO VANCOMICINA

Posologia data inizio ___/___/___ data fine ___/___/___

Posologia data inizio ___/___/___ data fine ___/___/___

Terapia Antiacido – inibitore di pompa protonica:

Principio attivo

Posologia data inizio ___/___/___ data fine ___/___/___

Principio attivo

Posologia data inizio ___/___/___ data fine ___/___/___

Provvedimenti / Verifiche / Controlli

Misure di isolamento: si no

camera singola coorte funzionale

dall'ingresso al sospetto dopo conferma diagnostica su indicazione CIO

Servizi igienici: dedicati comoda padella pannolone

Uso di camici protettivi: SI NO

Uso di guanti: SI NO

Igiene delle mani corretta: SI NO

Uso di Dispositivi Medici dedicati: SI NO

Corretta igiene ambientale: SI NO

Note:

.....

.....

.....

Conclusioni:

.....

.....

.....

Dimissioni paziente:

Data e firma ICI: