

# Scheda residente

**COMPILARE 1 SCHEDA RESIDENTE PER CIASCUN SOGGETTO A CUI E' STATA MESSA UNA "X" NELLA COLONNA 7 E/O 8b DELLA SCHEDA REPARTO.**

## Parte generale

NUMERO ASSEGNATO ALLA STRUTTURA (CODICE PRE-ASSEGNATO) .....

CODICE REPARTO (Lettera che avete scelto nella Scheda Reparto).....

NUMERO ASSEGNATO AL RESIDENTE (colonna 3 della scheda reparto) .....

GENERE	Maschile	Femminile
ANNO DI NASCITA	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (AAAA)	
DURATA DELLA DEGENZA NELLA STRUTTURA	<input type="checkbox"/> <i>Meno di un anno</i>	<input type="checkbox"/> <i>Un anno o più</i>
RICOVERO IN UN OSPEDALE NEGLI ULTIMI 3 MESI	<input type="checkbox"/> <i>SI</i>	<input type="checkbox"/> <i>NO</i>
INTERVENTO CHIRURGICO NEI PRECEDENTI 30 GIORNI	<input type="checkbox"/> <i>SI</i>	<input type="checkbox"/> <i>NO</i>
PRESENZA DI :		
CATETERE URINARIO	<input type="checkbox"/> <i>SI</i>	<input type="checkbox"/> <i>NO</i>
CATETERE VASCOLARE	<input type="checkbox"/> <i>SI</i>	<input type="checkbox"/> <i>NO</i>
INCONTINENZA (URINARIA E/O FECALE)	<input type="checkbox"/> <i>SI</i>	<input type="checkbox"/> <i>NO</i>
LESIONI DA DECUBITO	<input type="checkbox"/> <i>SI</i>	<input type="checkbox"/> <i>NO</i>
ALTRE FERITE	<input type="checkbox"/> <i>SI</i>	<input type="checkbox"/> <i>NO</i>
DISORIENTAMENTO (NEL TEMPO E/O NELLO SPAZIO)	<input type="checkbox"/> <i>SI</i>	<input type="checkbox"/> <i>NO</i>
MOBILITÀ	<input type="checkbox"/> <i>Deambulante</i>	<input type="checkbox"/> <i>Sedia a rotelle</i> <input type="checkbox"/> <i>Allettato</i>

### PROCEDERE QUINDI COME INDICATO NEL SEGUENTE BOX:

#### SE IL GIORNO DEL PPS:

il residente sta ricevendo almeno 1 antibiotico (c'è una "X" nella colonna 7 della Scheda reparto)



compilare la "Parte A: utilizzo antibiotici" della Scheda residente.

il residente ha almeno un'infezione rispondete ai criteri di HAI (c'è una "X" nella colonna 8b della Scheda reparto )



compilare la "Parte B: infezioni correlate all'assistenza" della scheda residente.

il residente presenta entrambe le suddette condizioni



compilare sia la "Parte A" che la "Parte B" della Scheda residente.

## PARTE A: UTILIZZO ANTIBIOTICI

PARTE A: UTILIZZO ANTIBIOTICI				
	Antibiotico 1	Antibiotico 2	Antibiotico 3	Antibiotico 4
NOME ANTIBIOTICO	.....	.....	.....	.....
VIA DI SOMMINISTRAZIONE <i>ENTERALE: OR</i> <i>PARENTERALE = IM, IV, SC</i>	<input type="checkbox"/> Orale <input type="checkbox"/> Parenterale <input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/> Orale <input type="checkbox"/> Parenterale <input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/> Orale <input type="checkbox"/> Parenterale <input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/> Orale <input type="checkbox"/> Parenterale <input type="checkbox"/> Altro
DATA DI FINE/REVISIONE TRATTAMENTO	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
TIPO DI TRATTAMENTO	<input type="checkbox"/> Profilassi <input type="checkbox"/> Terapia	<input type="checkbox"/> Profilassi <input type="checkbox"/> Terapia	<input type="checkbox"/> Profilassi <input type="checkbox"/> Terapia	<input type="checkbox"/> Profilassi <input type="checkbox"/> Terapia
ANTIBIOTICO SOMMINISTRATO PER	<input type="checkbox"/> Tratto urinario <input type="checkbox"/> Tratto genitale <input type="checkbox"/> Cute o ferita <input type="checkbox"/> Tratto respiratorio <input type="checkbox"/> Tratto gastrointestinale <input type="checkbox"/> Occhi <input type="checkbox"/> ORL <input type="checkbox"/> Sito chirurgico <input type="checkbox"/> Tubercolosi <input type="checkbox"/> Infezioni sistemiche <input type="checkbox"/> Febbre origine sconosciuta <input type="checkbox"/> Altro (specificare) .....	<input type="checkbox"/> Tratto urinario <input type="checkbox"/> Tratto genitale <input type="checkbox"/> Cute o ferita <input type="checkbox"/> Tratto respiratorio <input type="checkbox"/> Gastrointestinale <input type="checkbox"/> Occhi <input type="checkbox"/> ORL <input type="checkbox"/> Sito chirurgico <input type="checkbox"/> Tubercolosi <input type="checkbox"/> Infezioni sistemiche <input type="checkbox"/> Febbre origine sconosciuta <input type="checkbox"/> Altro (specificare) .....	<input type="checkbox"/> Tratto urinario <input type="checkbox"/> Tratto genitale <input type="checkbox"/> Cute o ferita <input type="checkbox"/> Tratto respiratorio <input type="checkbox"/> Gastrointestinale <input type="checkbox"/> Occhi <input type="checkbox"/> ORL <input type="checkbox"/> Sito chirurgico <input type="checkbox"/> Tubercolosi <input type="checkbox"/> Infezioni sistemiche <input type="checkbox"/> Febbre origine sconosciuta <input type="checkbox"/> Altro (specificare) .....	<input type="checkbox"/> Tratto urinario <input type="checkbox"/> Tratto genitale <input type="checkbox"/> Cute o ferita <input type="checkbox"/> Tratto respiratorio <input type="checkbox"/> Gastrointestinale <input type="checkbox"/> Occhi <input type="checkbox"/> ORL <input type="checkbox"/> Sito chirurgico <input type="checkbox"/> Tubercolosi <input type="checkbox"/> Infezioni sistemiche <input type="checkbox"/> Febbre origine sconosciuta <input type="checkbox"/> Altro (specificare) .....
LUOGO DI PRESCRIZIONE	<input type="checkbox"/> In questa struttura <input type="checkbox"/> In ospedale <input type="checkbox"/> Altrove	<input type="checkbox"/> In questa struttura <input type="checkbox"/> In ospedale <input type="checkbox"/> Altrove	<input type="checkbox"/> In questa struttura <input type="checkbox"/> In ospedale <input type="checkbox"/> Altrove	<input type="checkbox"/> In questa struttura <input type="checkbox"/> In ospedale <input type="checkbox"/> Altrove

## PARTE B: INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA

PARTE B: INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA					
	INFEZIONE 1	INFEZIONE 2	INFEZIONE 3	INFEZIONE 4	
CODICE D'INFEZIONE	_ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _	
SE "OTHER INFECTION" SPECIFICARE	.....	.....	.....	.....	
INFEZ. PRESENTE AL MOMENTO DELL'AMMISSIONE	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì				
DATA DI INSORGENZA (GG/MM/AA)	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	
ORIGINE DELL'INFEZIONE	<input type="checkbox"/> LTCF corrente <input type="checkbox"/> Altro LTCF <input type="checkbox"/> Ospedale <input type="checkbox"/> Sconosciuta	<input type="checkbox"/> LTCF corrente <input type="checkbox"/> Altro LTCF <input type="checkbox"/> Ospedale <input type="checkbox"/> Sconosciuta	<input type="checkbox"/> LTCF corrente <input type="checkbox"/> Altro LTCF <input type="checkbox"/> Ospedale <input type="checkbox"/> Sconosciuta	<input type="checkbox"/> LTCF corrente <input type="checkbox"/> Altro LTCF <input type="checkbox"/> Ospedale <input type="checkbox"/> Sconosciuta	
<b>A. NOME DEL MICROORGANISMO ISOLATO (USARE LA LISTA DEI CODICI)</b>  <b>B. ANTIBIOTICO/I TESTATO/I<sup>1</sup>E RESISTENZA</b>  SOLO PER STAAUR, ENC***, ACIBAU, PSEAER O ENTEROBACTERIACEAE (CIT***, ENB***, ESCCOL, KLE***, MOGSPP, PRT***, SER***)	<b>1.A</b>	_ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _	
	<b>B</b>	_ _ _ _ _ _ _ _   _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _   _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _   _ _ _ _ _ _ _ _	
	<b>2.A</b>	_ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _
	<b>B</b>	_ _ _ _ _ _ _ _   _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _   _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _   _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _   _ _ _ _ _ _ _ _
	<b>3.A</b>	_ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _
	<b>B</b>	_ _ _ _ _ _ _ _   _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _   _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _   _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _   _ _ _ _ _ _ _ _

<sup>1</sup> Antibiotici testati: STAAUR - oxacillina (OXA) o glicopeptidi (GLY); ENC\*\*\* - solo GLY; Enterobacteriaceae - cefalosporine di 3° generazione (C3G) o varbapanemi (CAR); PSEAER e ACIBAU - solo CAR.

<sup>2</sup> Resistenza: S=sensibile, I=intermedio, R=resistente, U=sconosciuto