

Iscrizione per la partecipazione al modulo Swissnoso «CAUTI Surveillance»

Nome dell'ospedale:

Nome della rete ospedaliera se
l'ospedale fa parte di una rete:

Partecipazione come un intero ospedale: Sì No

Aree di attività delle unità organizzative
sorvegliate e numero di letti:

Aree di attività:

Numero di letti:

Nota: Un ospedale può partecipare nel suo insieme o con unità organizzative selezionate. La classificazione delle unità organizzative è fatta secondo la lista di aree di attività dell'ECDC (analogo al CH-PPS).

Chirurgia (SUR)
Medicina (MED)
Ginecologia/Ostetricia (G/O)
Terapia Intensiva (ICU)
Pediatria (PED)
Neonatologia (NEO)
Geriatrics (GER)
Psichiatria (PSY)
Riabilitazione (RHB)
Lungodegenza (LTC)
Altre (OTH)
Misto (MIX)

Sistemi informativi ospedalieri utilizzati
nelle unità organizzative sorvegliate:

Persona di contatto

Nome:

Cognome:

Funzione:

Indirizzo e-mail:

Numero di telefono:

Numero di telefono cellulare:

(per l'autenticazione a due fattori)

Indirizzo di corrispondenza

Via:

NPA, località:

Firmatario del contratto

Nome:

Cognome:

Funzione:

Opzionale: ulteriore firmatario del contratto

Nome:

Cognome:

Funzione:

Si prega di inviare il modulo compilato, indicando da quale trimestre si desidera partecipare, a: cauti-surveillance@swissnoso.ch. Vi invieremo quindi un contratto di cooperazione da firmare.

Grazie per la partecipazione!