

# Documento 1 modulo SwissNOSO-SSI



Formulario di raccolta per il programma di sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico

## Registro del paziente e dati all'ammissione

Numero di CRF

Cognome

Telefono

Nome

*unicamente per un utilizzo interno all'ospedale*

Data di nascita (gg/mm/aaaa)

Sesso

 Maschio Femmina

Data d'ammissione (gg/mm/aaaa)

## Dati dell'operazione

Data dell'operazione

Score ASA

Intervento principale

Seconda procedura

Terza procedura

Operazione pianificata

 si no

Impianto

 si no

Intervento in scopia o invasione minima

 si no inizio in scopia, poi continuazione in tomia

Classe di contaminazione

Ora d'inizio dell'intervento

hh

min

Ora di fine dell'intervento

hh

min

Somministrazione antibiotici i/v (24 h antecedenti l'incisione → fine dell'operazione)

nessuna

 1 2 3 >3

Tipo di antibiotico 1

Ora di somministrazione 1

hh

min

Tipo di antibiotico 2

Ora di somministrazione 2

hh

min

Tipo di antibiotico 3

Ora di somministrazione 3

hh

min

Statura, peso: dati **facoltativi** tranne che per la cardiocirurgia (**BMI**)

Altezza (cm)

Peso (kg)

## Dimissione e dati del decorso (Follow-up)

Data di uscita	/ /		
Destinazione	<input type="checkbox"/> domicilio o EMS	<input type="checkbox"/> altro ospedale di cura acuto	
	<input type="checkbox"/> centro di rieducazione	<input type="checkbox"/> paziente deceduto	<input type="checkbox"/> altro:
Data dell'intervista	/ /		Periodo osservazione <input type="checkbox"/> 30 giorni <input type="checkbox"/> 1 anno
Stato dell'intervista	<input type="checkbox"/> intervista effettuata		<input type="checkbox"/> paziente rifiuta l'intervista o non può rispondere
	<input type="checkbox"/> paziente perso di vista		<input type="checkbox"/> paziente deceduto
Momento del decesso	<input type="checkbox"/> durante il ricovero	<input type="checkbox"/> dopo la dimissione	Data del decesso / /
	Rioperazione per complicazioni <b>non infettive</b> nel mese <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sconosciuto		
Infezione	<input type="checkbox"/> no, con decorso completato	<input type="checkbox"/> no, senza decorso completato	<input checked="" type="checkbox"/> si <i>continua</i>

## Dati sull'infezione (se presente)

Tipo d'infezione del sito chirurgico principale	<input type="checkbox"/> infezione incisione superficiale	
	<input type="checkbox"/> infezione incisione profonda	
	<input type="checkbox"/> infezione d'organo e/o dello spazio	
Infezione del sito secondario	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
Tipo d'infezione del sito chirurgico secondario	<input type="checkbox"/> infezione incisione superficiale	
	<input type="checkbox"/> infezione incisione profonda	
	<input type="checkbox"/> infezione d'organo e/o dello spazio	
Data della diagnosi (gg /mm/aaaa)	/ /	
Criteri della diagnosi	<b>B1</b> <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <b>B2</b> <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <b>B3</b> <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <b>C</b> <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
Diagnosi post-dimissione	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
Coltura microbiologica o PCR	<input type="checkbox"/> assenza coltura o PCR eseguita	<input type="checkbox"/> coltura effettuata e sterile o PCR negativa
	<input type="checkbox"/> coltura o PCR positiva	<input type="checkbox"/> sconosciuto
Microorganismo 1	Microorganismo 2	Microorganismo 3
Riospedalizzazione dovuta all'infezione	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
Reintervento motivato dall'infezione	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> drenaggio percutaneo (drain o puntione)
		<input type="checkbox"/> ablazione dei punti o d'agrafes
		<input type="checkbox"/> nuova operazione

