



**SCHEDA INFERMIERISTICA PER L'APPLICAZIONE
DELLE MISURE DI ISOLAMENTO**

La presente scheda deve essere inserita nella documentazione clinica/infermieristica, in modo da accompagnare sempre il paziente, in caso di trasferimento presso altro reparto o struttura sanitaria o sociosanitaria, al fine di consentire la continuità e/o l'avvio immediato delle misure di isolamento.

| 1° PARTE | | | | |
|---|--|--|-------|---|
| COGNOME E NOME | <i>Scrivere o applicare barcoude (etichetta adesiva)</i> | | | |
| DATA DI NASCITA | | | | |
| UNITA' OPERATIVA/SERVIZIO | | | | |
| U.O./STRUTTURA DI PROVENIENZA | | | | |
| ESAMI MICROBIOLOGICI RICHIESTI | | | | |
| <input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/> Feci <input type="checkbox"/> Sangue <input type="checkbox"/> Escreato <input type="checkbox"/> Tampone chirurgico <input type="checkbox"/> Broncoaspirato ALTRO: specificare..... | | | | |
| <input type="checkbox"/> SOSPETTA INFEZIONE <input type="checkbox"/> COLONIZZAZIONE <input type="checkbox"/> DIAGNOSI INFEZIONE | | | | |
| LOCALIZZAZIONE INFEZIONE | | DISPOSITIVI MEDICI | | |
| <input type="checkbox"/> RESPIRATORIA | | <input type="checkbox"/> TRACHEOSTOMIA <input type="checkbox"/> TUBO ENDOTRACHEALE | | |
| <input type="checkbox"/> EMATICA | | Accessi Venosi: <input type="checkbox"/> CVC <input type="checkbox"/> PIC <input type="checkbox"/> MEDLINE <input type="checkbox"/> CVC-PORT <input type="checkbox"/> CVP <input type="checkbox"/> altro..... Accessi arteriosi: specificare..... | | |
| <input type="checkbox"/> LIQUORALE | | Drenaggi: specificare..... | | |
| <input type="checkbox"/> URINARIA | | <input type="checkbox"/> Catetere Vescicale <input type="checkbox"/> Ureterostomia <input type="checkbox"/> Sovrapubica altro:..... | | |
| CUTANEA: <input type="checkbox"/> Ferita Chirurgica <input type="checkbox"/> Lesioni da pressione | | <input type="checkbox"/> Drenaggio <input type="checkbox"/> VAC <input type="checkbox"/> altro..... | | |
| <input type="checkbox"/> DIGERENTE | | <input type="checkbox"/> Stomia <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> PEG altro | | |
| MISURE DI ISOLAMENTO OLTRE LE STANDARD DAL..... | | | | |
| DA CONTATTO <input type="checkbox"/> | | PER DROPLET <input type="checkbox"/> | | PER VIA AIRBORNE <input type="checkbox"/> |
| ACCOGLIENZA DEL PAZIENTE <input type="checkbox"/> Stanza singola <input type="checkbox"/> Coorte <input type="checkbox"/> Stanza con pazienti senza patologia infettiva | | | | |
| data..... Firma Infermiere Turnista Responsabile | | | | |
| 2° PARTE | | | | |
| MATERIALE | DATA REFERTO | MICROORGANISMO ISOLATO | NOTE | Firma Infermiere Turnista Responsabile |
| ·urine | | | | |
| ·urine | | | | |
| ·urine | | | | |
| ·feci | | | | |
| ·feci | | | | |
| ·feci | | | | |
| ·sangue | | | | |
| ·sangue | | | | |
| ·sangue | | | | |
| ·escreato | | | | |
| ·escreato | | | | |
| ·escreato | | | | |
| ·tampone chirurgico | | | | |
| ·tampone chirurgico | | | | |
| ·tampone chirurgico | | | | |
| ·broncoaspirato | | | | |
| ·broncoaspirato | | | | |
| ·broncoaspirato | | | | |
| Altro: specificare | | | | |
| ·..... | | | | |
| ·..... | | | | |
| ·..... | | | | |
| CONFERMA SOSPETTO INFEZIONE SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | | |
| Firma Infermiere Turnista Responsabile..... | | | | |
| MDRO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | | |
| ALERT ORGANISM* SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | | |
| Firma Infermiere Turnista Responsabile..... | | | | |
| TERMINE MISURE ISOLAMENTO | | | | |
| data..... Firma Infermiere Turnista Responsabile | | | | |

*ALERT ORGANISM: Clostridium difficile; Legionella pneumophila; Enterobatteri resistenti ai carbapenemi: E.coli, Klebsiella, Proteus, Enterobacter, Citrobacter