

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	<b>REGIONE LAZIO</b> <b>AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI</b> <b>COMITATO CONTROLLO INFEZIONI CORRELATE</b> <b>ALL'ASSISTENZA (CC-ICA)</b>	
	<b>SCHEDA DI SORVEGLIANZA</b> <b>DELLE INFEZIONI DEL SITO CHIRURGICO</b>	Rev. 0 Del 07/11/2016

<b>RICOVERO</b>	
UO.....	N. CARTELLA .....
CODICE FISCALE : .....	Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Cognome .....	Nome.....
Data di nascita ...../...../.....	Data di ammissione ..... / ..... / .....
	Data dimissione ..... / ..... / .....
Stato alla dimissione:	<input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Deceduto
<b>INTERVENTO</b>	
Data Intervento ..... / ..... / .....	Intervento ICD-9 CM: ____-____ ICD9 CM: ____-____ ICD9 CM: ____-____
Classe di contaminazione intervento <input type="checkbox"/> pulito <input type="checkbox"/> pulito – contaminato <input type="checkbox"/> contaminato <input type="checkbox"/> sporco <input type="checkbox"/> non noto	
Intervento in videoendoscopia <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	Impianto materiale protesico <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
Intervento <input type="checkbox"/> urgenza <input type="checkbox"/> elezione <input type="checkbox"/> non noto	Durata intervento ( hh:mm ) __ : __
Punteggio ASA <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> non noto	
<b>PROFILASSI PERIOPERATORIA</b>	
PROFILASSI ANTIBIOTICA <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> non noto	Timing: <input type="checkbox"/> ≤ 1h prima intervento <input type="checkbox"/> >1 h prima intervento
DOSE INTRAOPERATORIA <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> non noto	
Data inizio ..... / ..... / .....	Data fine ..... / ..... / .....
MOLECOLA:.....	DOSE..... <input type="checkbox"/> g <input type="checkbox"/> mg <input type="checkbox"/> Via Di Somministrazione <input type="checkbox"/> ev <input type="checkbox"/> im <input type="checkbox"/> os
MOLECOLA:.....	DOSE..... <input type="checkbox"/> g <input type="checkbox"/> mg <input type="checkbox"/> Via Di Somministrazione <input type="checkbox"/> ev <input type="checkbox"/> im <input type="checkbox"/> os
<b>FOLLOW UP POST- DIMISSIONE</b>	
Ultimo contatto post intervento(in ospedale) ..... / ... / .....	Ultimo contatto post intervento ..... / ..... / .....
<b>MODALITÀ ULTIMO CONTATTO:</b> <input type="checkbox"/> RICOVERO <input type="checkbox"/> VISITA <input type="checkbox"/> TELEFONATA	
<b>MODALITÀ ULTIMO CONTATTO:</b> <input type="checkbox"/> RICOVERO <input type="checkbox"/> VISITA <input type="checkbox"/> TELEFONATA	
<b>INFEZIONE SITO CHIRURGICO</b>	
Infezione della ferita chirurgica <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	Data insorgenza infezione ..... / ..... / .....
Se sì <input type="checkbox"/> superficiale <input type="checkbox"/> profonda <input type="checkbox"/> di organi/spazi , specificare la sede: _____	
<b>Tampone microbiologico</b> <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	
Microorganismo: .....	resistenza .....
Microorganismo: .....	resistenza .....
Microorganismo: .....	resistenza .....
<b>Data</b>	<b>Firma del medico</b>