Ufficio del medico cantonale, Bellinzona, tel. 091 814 40 02 - fax. 091 814 44 46

Formulario di controllo interno batteri multiresistenti

Struttura: _____ Data entrata: _____

Iniziali ospite: _____ Data nascita ___ /___ /____

Medico curante: _____

Anno: _____

Ricoveri negli ultimi 12 mesi: si ○ Dove e quando: _____

no ○ _____

Data analisi	Sito dello striscio	Batterio (es. KPC, VRE)	Positivo	Negativo
____ / ____ / _____	Naso ○		○	○
	Inguine ○		○	○
Nome Laboratorio	Ano ○		○	○
	Ferita ○		○	○
	Altro: _____		○	○

Firma: _____

3 mesi

Data analisi	Sito dello striscio	Batterio (es. KPC, VRE)	Positivo	Negativo
____ / ____ / _____	Naso ○		○	○
	Inguine ○		○	○
Nome Laboratorio	Ano ○		○	○
	Ferita ○		○	○
	Altro: _____		○	○

Firma: _____

6 mesi

Data analisi	Sito dello striscio	Batterio (es. KPC, VRE)	Positivo	Negativo
____ / ____ / _____	Naso ○		○	○
	Inguine ○		○	○
Nome Laboratorio	Ano ○		○	○
	Ferita ○		○	○
	Altro: _____		○	○

Firma: _____

12 mesi

Data analisi	Sito dello striscio	Batterio (es. KPC, VRE)	Positivo	Negativo
____ / ____ / _____	Naso ○		○	○
	Inguine ○		○	○
Nome Laboratorio	Ano ○		○	○
	Ferita ○		○	○
	Altro: _____		○	○

Firma: _____