ASLSassari Azienda socio-sanitaria locale	**Report mensile di pazienti con infezioni da Microrganismi multi resistenti**	**Dipartimento delle professioni sanitarie S.S.D. Governo dei processi**
SC. Pianificazione strategica, Organizzazione aziendale e Governance	**Vers.1/2025 Rev.00**	**29.01.2025**

REPORT MENSILE DI PAZIENTI CON INFEZIONI DA MICRORGANISMI MULTI RESISTENTI	**Reparto** _____ **data** ___/____/____

N. pazienti_____

Microrganismi isolati

È stata chiesta la consulenza infettivologica?
(n. consulenze Totali)
_____;

N. Pazienti COLONIZZATI all'ingresso in reparto da KPC _____;

N. Pazienti COLONIZZATI durante il ricovero: _____;
N. Pazienti INFETTI durante il ricovero: _____;

Regolare adesione ai protocolli Aziendali CICA SI NO

Infezioni sito chirurgico
N. pazienti operati _____;
N. pazienti con infezioni di sito chirurgico: _____;
Infezioni accessi vascolari
Numero infezioni accessi vascolari:
N. CVC. _____;
N. PICC. _____;
N. CVP _____;
Gestione cateteri vescicali
Numero infezioni in pazienti portatori di catetere vescicale_____;

da inviare in formato pdf alle seguenti email gestioneprocessi.sps@aslsassari.it
mariasabina.bellu@aslsassari.it

Nome e cognome dell'I.F.O._____;

FIRMA _____;