



Servizio di Riferimento regionale di Epidemiologia per la sorveglianza, la prevenzione e il controllo delle Malattie Infettive -SeREMI  
 ASLAL

## Scheda 1 – Scheda di rilevazione delle infezioni invasive in cui sia accertata un'etiologia batterica

Istruzioni: riportare per ciascun paziente i dati relativi al primo isolamento<sup>1</sup> di infezione invasiva in cui sia stata accertata un'etiologia batterica.

La scheda compilata va inviata al SeREMI - Fax 0131 307847, email dlombardi@aslal.it.  
 e via fax o mail al SISP di riferimento

Codice Laboratorio: \_\_\_\_\_ Data di compilazione: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

### Dati del campione:

Codice del campione: \_\_\_\_\_ Data diagnosi: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

### Agente eziologico:

- Streptococco                       Pneumococco                       Meningococco  
 Haemophilus influenzae                       Micobatterio Tuberculare                       Listeria  
 Altro (specificare) \_\_\_\_\_  Non identificato

**Materiale:**  Sangue                       Liquor                       Altro (specificare): \_\_\_\_\_

**Quadro clinico:**  Meningite  Sepsi  Altro (specificare) \_\_\_\_\_

**Esame liquor:**  Purulento                       Torbido                       Limpido                       Non eseguito

### Antibiogramma (solo in caso di isolamento di S. pneumoniae)

	S / I / R <sup>2</sup>	Diametro alone (mm)	MIC (mg/l)
Oxacillina			
Penicillina			
Cefotaxime oppure Ceftriaxone			
<b>Opzionali</b>			
Eritromicina			
Levofloxacin			
Altro _____			

### Dati del paziente:

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_

Data di nascita e luogo di nascita: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Sesso:  M  F

Provincia di residenza: \_\_\_\_\_ Vaccinato per la specifica patologia:  Si  No  Ignoto

Contatto con un caso di meningite nei 30 giorni prima dell'inizio dei sintomi:  Si  No

### Dati clinici e anamnestici da cartella clinica:

Ricoverato                       Day hospital

Data di ricovero: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  Lungodegente

**Reparto di ricovero:** \_\_\_\_\_

Nome e telefono medico referente: \_\_\_\_\_

Diagnosi clinica principale: \_\_\_\_\_ Data esordio sintomi: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Esito: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Viene definito isolamento ripetuto quello effettuato entro il mese successivo al primo isolamento.

<sup>2</sup> Se possibile riportare i valori quantitativi.