



ECDC PPS 2016-2017 Protocol v5.3. Schede

Adattato dopo after HAI-Net PPS meeting on 12-13 Feb 2015
ARHAI DNCC meetings on 13-14 Apr 2015
PPS II Meeting/Workshop on 20-22 Oct 2015

Scheda H1. Questionario Ospedale 1/3

Codice ospedale:

PPS protocollo: *STD Standard*

Data inizio rilevazione: __/__/____ gg / mm / aaaa

Data fine rilevazione: __/__/____ gg / mm / aaaa

Numero totale di posti letto in ospedale:

Numero di posti letto per acuti

Numero di letti di Terapia Intensiva

Ci sono reparti esclusi dalla rilevazione? No Si,

Se si, specificare i reparti esclusi: _____

Numero totale posti letto nei reparti inclusi:

Numero totale di pazienti inclusi:

Tipologia di ospedale: Di base Di primo livello
 Di secondo livello Specializzato

Se ospedale specializzato, specificare: _____

Tipologia amministrativa: Pubblico Privato accreditato
 Privato Altro/sconosciuto

L'ospedale fa parte di un'Azienda: No Si → Se si:

Dati riferiti a: Singolo ospedale Intera Azienda

Codice Azienda:

Tipologia Azienda: Di base I livello II livello Spec

N. di posti letto totali dell'Azienda:

Letti per acuti Azienda:

	Numero	Anno	Inclusi/ Tot (1)
Numero di ricoveri/dimissioni anno:			Inc Tot
N. giorni-paziente/anno:			
Consumo l/anno soluz. alcolica per l'ig. delle mani			Inc Tot
N. di opportunità di Ig. delle mani osservate/anno			Inc Tot
Numero di emocolture/anno			Inc Tot
Numero di test delle feci per C. difficile/anno			Inc Tot
N. di infermieri FTE addetti al controllo delle infezioni			Inc Tot
N. di medici FTE addetti al controllo delle infezioni			
Numero di addetti all'antimicrobial stewardship FTE			
Numero di infermieri abilitati FTE:			Inc Tot
Numero di OSS FTE:			
Numero di infermieri in ICU FTE:			
Numero di OSS in ICU FTE:			
N. stanze isolamento per infez. trasmissione aerea			

(1) I dati riportati sono riferiti ai soli reparti inclusi nello studio (**Inc**) (opzione raccomandata) oppure all'intero ospedale (**Tot**). Se il numero di **inc = tot**, marcare **Inc**

Programmi di prevenzione e controllo delle infezioni (IPC):

Esiste un piano IPC annuale, approvato dal DG o dal DS dell'ospedale? Si No

Viene prodotto un report annuale sui programmi IPC, approvato dal DG o dal DS dell'ospedale? Si No

Partecipazione a reti di sorveglianza:

Durante lo scorso anno, a quale attività di sorveglianza ha partecipato l'ospedale? (*più di una risposta*)

SSI ICU CDI Resistenza agli antibiotici
 Consumo di antibiotici Altro, specificare _____

Richiesta esami diagnostici/microbiologia:

Durante il weekend, è possibile richiedere test microbiologici e ricevere i risultati?

Test clinici: Sabato Domenica

Test di screening: Sabato Domenica

Nell'ospedale sono presenti le seguenti misure per la prevenzione delle HAI o di antimicrobial stewardship? (*Si/No/Non so*)

	Linee guida	Bundle	Formazione	Checklist	Audit	Sorveglianza	Feedback
ICU							
Polmonite							
Infezioni del sangue							
Infezioni delle vie urinarie							
Stewardship antibiotica							
Intero ospedale / altri reparti							
Polmonite							
Infezioni del sangue							
Infezioni del sito chirurgico							
Infezioni delle vie urinarie							
Stewardship antibiotica							

Polmonite, infezioni del sangue e infezione delle vie urinarie: correlate all'assistenza e/o all'utilizzo di dispositivi invasivi; Bundle: 3-5 pratiche basate sulle evidenze scientifiche che migliorano la prognosi dei pazienti; Formazione: formazione o interventi educativi; Checklist: auto-compilata; Audit: processo esterno (sorveglianza, osservazioni...)

Commenti/osservazioni: _____

Opzionale: indicatori di reparto raccolti a livello ospedaliero:

	Numero	Inc./ Tot. (1)
Numero di letti con dispenser di soluzione alcolica per l'igiene delle mani in loco		
Numero di letti in cui è stata valutata la predisposizione per il dispenser di soluzione alcolica		
Numero totale di stanze di degenza nell'ospedale		
Numero di stanze singole di degenza nell'ospedale		
Numero di stanze singole con bagno e doccia privati		
Numero di letti occupati alle 00:01 del giorno dello studio		
Numero di letti predisposti per la degenza alle 00:01 del giorno dello studio		

(1) I dati raccolti si riferiscono ai soli reparti inclusi (**Inc** = Consigliato) o per tutto l'ospedale (**Tot**); se tutti i reparti sono inclusi nella sorveglianza (Inc=Tot), segnare "Inc"

Nell'ospedale, il personale sanitario porta in tasca del camice un dispenser di gel idroalcolico? (se sì, indicare in che percentuale)

No >0-25% dei lavoratori >25-50% dei lavoratori >50-75% dei lavoratori >75% dei lavoratori Sì, percentuale sconosciuta

Esiste una procedura formale per valutare l'appropriatezza della terapia antibiotica nelle 72 ore dalla prescrizione (revisione post-prescrizione)?

Sì, in tutti i reparti Sì, solo in reparti selezionati Sì, solo in ICU No Non noto

Numero di letti con predisposizione per il dispenser di soluzione alcolica e Numero di letti predisposti per la degenza alle 00:01 del giorno dello studio = denominatore, tipicamente corrisponde al numero totale di letti dell'ospedale;

ICU= Unità di terapia intensiva.

STUDIO DI PREVALENZA EUROPEO SULLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA E SULL'USO DI ANTIBIOTICI NEGLI OSPEDALI PER ACUTI Scheda W. Dati Reparto

Codice ospedale [_____] Nome reparto (abbr.) /Id unità [_____]

Specialità reparto² PED NEO ICU MED SUR G/O GER PSY RHB LTC OTH MIX

Periodo di applicazione protocollo standard

Periodo rilevazione ospedale: ___ / ___ / _____
(gg / mm / aaaa)

Data di rilevazione reparto¹: ___ / ___ / _____

Esiste una procedura formale per valutare l'appropriatezza di un antibiotico entro 72 ore dalla prescrizione dello stesso (revisione post-prescrizione)?

Si No

Numero totale di pazienti nel reparto³ [_____]

	Numero	Anno ⁴
N. di giornate di degenza totali del reparto/anno		
Consumo soluzione alcolica igiene mani in reparto (Litri/anno) ⁵		
N. di opportunità dell'igiene delle mani osservate nel reparto/anno		
Numero di posti letti nel reparto		
N. di letti con dispenser di soluzione alcolica in loco		
N. di operatori sanitari in reparto al momento della rilevazione		
N. di operatori sanitari con dispenser di gel idroalcolico		
Numero di stanze nel reparto		
Numero di stanze singole nel reparto		
N. di stanze singole con bagno e doccia privati		
N. di letti occupati alle 00:01 del giorno dello studio		

¹ I pazienti dello stesso reparto dovrebbero essere inclusi in una singola giornata di rilevazione, se possibile;

² Specialità principale: >=80% dei pazienti appartengono a questa specialità, altrimenti scegliere mixed;

³ Numero di pazienti ricoverati nel reparto alle 8:00 AM e non dimessi al momento della rilevazione;

⁴ Anno: anno a cui si riferiscono i dati, anni precedenti o anno a cui si riferiscono i dati più recenti disponibili;

⁵ Soluzione idroalcolica per l'igiene delle mani in litri, inviata al reparto in un anno; N. = numero;

Commenti /osservazioni: _____

Dati paziente (da completare per tutti i pazienti)

Codice ospedale [_____] **Reparto/unità (abbr.)** [_____]

Data della rilevazione: ___ / ___ / ___ (gg/mm/aaaa)

Codice progressivo paziente: [_____]

Codice Paziente Interno (opzionale, non esportato) : [_____]

Età in anni: [_____]; **Età in mesi se pz < 2 anni:** [_____]

Sesso: M / F **Data ricovero in ospedale:** ___ / ___ / ___

Specialità del medico/paziente: [_____]

Il paziente assume **antibiotici**?⁽¹⁾: No Sì (se si compilare a dx)

Il paziente ha almeno una **HAI ATTIVA**?⁽²⁾: No Sì (se si compilare a dx)

Altri dati paziente:

Se neonato peso alla nascita: [_____] in grammi

Intervento chirurgico durante la degenza:

No Sì, Minimamente invasivo/non-NHSN

Sì, NHSN -> specificare (opzionale): [_____] Non noto

McCabe score:

Malattia non-fatale

Malattia fatale

Malattia rapidamente fatale

Sconosciuto

Catetere venoso centrale:

No Sì Non noto

Catetere vascolare periferico:

No Sì Non noto

Catetere urinario:

No Sì Non noto

Intubazione:

No Sì Non noto

Antibiotico (nome generico/commerciale)	Via di Somministr.	Indicazione	Diagnosi (sito)	Motivazione in cartella	Data inizio AB	Cambio? (+ motivo)	Se cambio: Data inizio primo AB	Dose giornaliera		
								Numero di dosi	Dosaggio	mg/g/IU
					/ /		/ /			
					/ /		/ /			
					/ /		/ /			

Via di somministrazione: P: parenterale, O: orale, R: rettale, I: inalatoria; **Indicazione:** Motivazione trattamento: **CI:** infezione comunitaria; **LI:** infezione acquisita in lungo degenza (es. RSA); **HI:** ICA acquisita in un ospedale per acuti; **Profilassi chirurgica:** **SP1:** singola dose; **SP2:** un giorno; **SP3:** >1 giorno; **MP:** profilassi medica; **O:** altra indicazione (es. eritromicina come agente procinetico); **UI:** indicazione/ragione non nota (verificata durante lo studio); **Non noto:** informazione/ragione mancante. **Diagnosi:** vedere lista siti di infezione solo per CI-LI-HI; **Motivazione in cartella:** Si/No; **AB Cambiato? (+ ragioni):** N=nessun cambiamento; E=escalation; D=De-escalation; S=switch da IV a orale; A=Eventi avversi; OU=cambio, ragioni non conosciute; U=Sconosciuto; Se cambiato, data inizio primo AB prescritto; Dose giornaliera e.g. 3 x 1 g; g=grammi, mg=milligrammi, IU=unità internazionali, MU=millioni IU

	HAI 1			HAI 2				
Codice infezione HAI								
Device in situ ⁽³⁾	<input type="radio"/> Sì	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Non noto	<input type="radio"/> Sì	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Non noto		
HAI presente al ricovero?	<input type="radio"/> Sì	<input type="radio"/> No		<input type="radio"/> Sì	<input type="radio"/> No			
Data di inizio HAI ⁽⁴⁾	/	/		/	/			
Origine infezione	<input type="radio"/> questo ospedale <input type="radio"/> altro ospedale per acuti <input type="radio"/> altra origine/sconosciuta			<input type="radio"/> questo ospedale <input type="radio"/> altro ospedale per acuti <input type="radio"/> altra origine/sconosciuta				
HAI associate al reparto dell'attuale ricovero	<input type="radio"/> Sì	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Non noto	<input type="radio"/> Sì	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Non noto		
Se BSI: origine ⁽⁵⁾								
	Codice MO	AMR		P D R	Codice MO	AMR		P D R
		AB (6)	SIR			AB (6)	SIR	
Microorganismo 1								
Microorganismo 2								
Microorganismo 3								

(3) Device in uso prima (48ore) dell'inizio dell'infezione (PN,BSI,NEO-LCBI, NEO-CNSB, UTI);

(4) Solo per infezioni non presenti/attive al momento del ricovero (gg/mm/aaaa); (5) C-CVC, C-PVC, S-PUL, S-UTI, S-DIG, S-SSI, S-SST, S-OTH, UO, Non noto; (6) AB: AB testato: STAAUR: OXA+ GLY; Enterococchi: GLY; Enterobacteriaceae: C3G + CAR; PSEAER and *Acinetobacter*: CAR; SIR: S=sensibile, I=intermedio, R=resistente, U=Sconosciuto; PDR: Pan resistente: N=no, P=possibile, C=confermato, U=Sconosciuto

(1) Riferito al giorno dello studio, eccetto per la profilassi chirurgica dove si considerano le 24 ore precedenti alle 8 am del giorno dello studio; se sì, compilare la parte relativa all'antibiotico;

(2) [Infezione con insorgenza ≥ Giorno 3 di ricovero, OPPURE coincide con SSI (chirurgia nei 30-90 giorni precedenti), OPPURE dimesso da ospedale per acuti nelle 48 ore prima, OPPURE CDI e dimesso < 28 giorni prima OPPURE insorgenza < Giorno 3 dopo procedura/device invasiva al Giorno1 o Giorno2

E HAI confermata dai criteri OPPURE Paziente in trattamento per HAI E l'infezione rientra nelle definizioni tra il primo giorno di trattamento e il giorno dello studio;

--> SE SÌ, compilare parte HAI



STUDIO DI PREVALENZA EUROPEO SULLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA E SULL'USO DI ANTIBIOTICI NEGLI OSPEDALI PER ACUTI SCHEDA N. Dati Nazionali

Codice Nazione: _____ Network ID/Fonte dati: _____

Data inizio PPS : __ / __ / ____

Centro Nazionale di coordinamento:

Unità Nazionale di coordinamento:

Nome: _____

Sito internet: _____

	N	Year data
N totale di ospedali per acuti		
N ospedali che fanno parte di un'Azienda Ospedaliera		
N totale di posti letto negli ospedali per acuti		
N totale di posti letto per acuti		
Numero totale di dimissioni/ricoveri		
Numero di dimissioni/ricoveri (solo posti letto per acuti)		
Numero complessivo di giorni di ricovero dei pazienti		
Numero di giorni di ricovero dei pazienti ricoverati in posti letto per acuti.		

Metodo di campionamento/ reclutamento degli ospedali (possibile più di una risposta):

campione rappresentativo randomizzato

altri metodi di campionamento

campione di convenienza

invito a tutti gli ospedali

partecipazione volontaria

partecipazione obbligatoria

Numero totali di ospedali nello studio:

Protocollo standard _____

Numero ospedali i cui dati sono inviati all' ECDC:

Protocollo standard _____

Commenti/osservazioni: _____
