

**SCHEDA DI SEGNALAZIONE E SORVEGLIANZA**

delle infezioni extra-polmonari da *Mycobacterium chimaera*  
in pazienti sottoposti a circolazione extracorporea durante intervento a torace aperto

DATI DEL SEGNALATORE	Azienda ASL/struttura sanitaria assistenziale segnalante:.....	Data della notifica: ...../...../.....
	Cognome:.....	Nome:.....
	Telefono:.....	Fax:.....
	e-mail:.....	Servizio/UOC:.....
DATI DEL PAZIENTE	Codice paziente*:.....	Comune di residenza: ..... (Prov. ....)
	Sesso: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Data di nascita:...../...../.....
DATI RELATIVI ALL'INTERVENTO CHIRURGICO	Tipo di intervento (specificare codice ICD-9): .....	
	UO: .....	Ospedale:.....
	Azienda ASL:.....	Data intervento: ...../...../.....
DATI RELATIVI ALL'INFEZIONE	Data diagnosi: ...../...../..... Data inizio sintomi: ...../...../.....	
	<b>Quadro clinico:</b> <input type="checkbox"/> Artrite <input type="checkbox"/> Infezione invasiva <input type="checkbox"/> Endocardite <input type="checkbox"/> Mediastinite <input type="checkbox"/> Infezione sito chirurgico <input type="checkbox"/> Osteomielite <input type="checkbox"/> Altro .....	
	<b>Decorso</b> <input type="checkbox"/> sottoposto a nuovo intervento chirurgico (specificare.....)	
	<b>Follow-up a 12 mesi o oltre</b> <input type="checkbox"/> stabilizzato/migliorato clinicamente <input type="checkbox"/> malattia in progressione <input type="checkbox"/> deceduto in data...../...../..... <input type="checkbox"/> altro: .....	
DATI MICROBIOLOGICI	Laboratorio:.....	Conferma del Lab. di riferimento: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Data prelievo: ...../...../.....	Data conferma: ...../...../.....
	<b>Micobatterio non Tuberculare isolato:</b> <input type="checkbox"/> <i>M. chimaera</i> <input type="checkbox"/> <i>M. avium</i> Complex (MAC) <input type="checkbox"/> Altro (specificare.....)	
	<b>Campione biologico:</b> <input type="checkbox"/> sangue (1) <input type="checkbox"/> midollo osseo (2) <input type="checkbox"/> liquor(3) <input type="checkbox"/> liquido articolare (4) <input type="checkbox"/> essudato ferita/drenaggio (5) <input type="checkbox"/> materiale protesico (6) <input type="checkbox"/> biopsia tissutale (7) <input type="checkbox"/> materiale da riscontro autoptico (8) <input type="checkbox"/> altro (9) (specificare.....)	<b>Ceppo disponibile per microbiologia:</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	<b>Tipo di test (N.B. Se sono stati testati più campioni biologici, indicare nel quadratino, per ciascun test effettuato, il numero corrispondente al campione analizzato):</b> <input type="checkbox"/> coltura <input type="checkbox"/> PCR diretta <input type="checkbox"/> coltura+identificazione mediante sequenziamento DNA <input type="checkbox"/> PCR diretta+sequenziamento amplificato del DNA <input type="checkbox"/> altro (specificare.....)	
SCAMBIATORE DI CALORE UTILIZZATO (HCU)	<b>Marca:</b> ..... <b>Modello:</b> .....	N° serie: .....

\*Il Codice paziente deve essere così composto: I e III c. + I e III n. + d. n. + s.

I numeri romani indicano la posizione della lettera all'interno di cognome e nome; c. = cognome; n. = nome; d. n. = data di nascita (gg/mm/aa); s. = sesso M o F [Es: Rossi Marco, nato il 1/4/1950, codice = RSMR010450M].

Inserire tutte le date come (giorno/mese/anno).