

 <p>ASP ENNA AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE</p>	<p>Azienda Sanitaria Provinciale Enna</p> <p>CRITERI ELEGGIBILITÀ SCREENING ENTEROBATTERI RESISTENTI AI CARBAPENEMI (CRE)</p>	<p>v.0.0 16/02/2022 Pagina 1 di 1</p>
--	---	---

È necessario sottoporre a **screening specifico al momento del ricovero, tramite tampone rettale, tutti i soggetti considerati a rischio di aver acquisito un'infezione/colonizzazione da CRE**, come di seguito indicato

Ospedale: _____ **U.O.:** _____

Dati paziente

Cognome: _____

Nome: _____

Data di nascita: ____ / ____ / _____

Devono essere considerate a rischio e sottoposte a screening le seguenti categorie di pazienti (BARRARE LA CATEGORIA DI APPARTENENZA DEL PAZIENTE):

- pazienti identificati come colonizzati o infetti nei 12 mesi precedenti l'attuale ricovero;
- pazienti trasferiti da altra struttura assistenziale per acuti (pubblica o privata) e da riabilitazione intensiva;
- pazienti trasferiti da strutture territoriali per anziani (es. case residenza anziani);
- pazienti con storia di ricovero e pernottamento in un *setting* assistenziale - comprese le strutture residenziali per anziani - e pazienti dializzati anche senza ricovero - in zone endemiche, in Italia o all'estero (nei 3 mesi precedenti o, se possibile, nei 6 mesi precedenti); nel caso di pazienti provenienti da altri Paesi endemici, lo screening è raccomandato anche in assenza di contatto con le strutture sanitarie nel Paese estero;
- pazienti in ingresso, per primo ricovero, in reparti a rischio, quali Terapia Intensiva, Oncologia;
- pazienti con contatti frequenti con le strutture assistenziali, quali quelli sottoposti a dialisi o chemioterapia antitumorale nei precedenti 12 mesi, o comunque immunodepressi;
- contatti di pazienti con infezione o colonizzazione da CRE e pazienti assistiti dalla stessa *equipe* di un paziente risultato infetto o colonizzato da CRE (inclusi i pazienti della stessa stanza, unità o reparto, in base alla frequenza osservata di CRE e alle caratteristiche strutturali/organizzative della struttura).

Data _____

Firma e timbro del medico
