

Quesito Diagnostico: CRTS (Salmonelle) ENET (altri ceppi batterici)

Da compilarsi a cura IZS

Verbale:

Utente: cod.

A. Origine e caratteristiche del campione biologico

1. Laboratorio di origine	
	Prov.
2. Prelievo effettuato nel comune di (località):	
	Prov.
3. Ospedale (se diverso da laboratorio origine):	
4. Codice dello stipite assegnato dal laboratorio di origine:	5. Data prelievo del campione:

B. Informazioni sugli stipiti

1. Trasmissione ^(a) :	
2. Motivo di esecuzione dell'esame colturale: <input type="checkbox"/> Non noto <input type="checkbox"/> Inf. acuta <input type="checkbox"/> Inchiesta epidemiologica <input type="checkbox"/> Controllo (Specificare)	
3. Tipo campione: <input type="checkbox"/> Feci <input type="checkbox"/> Sangue <input type="checkbox"/> Liquor <input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/> Pus <input type="checkbox"/> Altro (specificare)	
4. Codice Paziente:	
5. Sesso: <input type="checkbox"/> Non noto <input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina	
6. Data di nascita:	7. Età, anni:
8. Comune di residenza del paziente (località):	
	Prov.
9. Viaggi effettuati nei 30 gg prima dell'insorgenza dei sintomi: <input type="checkbox"/> Non noto <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si (spec. dove)	
10. Paziente ospedalizzato: <input type="checkbox"/> Non noto <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
11. Esito: <input type="checkbox"/> Sconosciuto <input type="checkbox"/> deceduto <input type="checkbox"/> dimesso	
12. Alimenti implicati: <input type="checkbox"/> Non noto <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si (spec.)	
13. Se alimenti implicati, in base a: <input type="checkbox"/> Sospetto <input type="checkbox"/> Dati epidemiologici <input type="checkbox"/> Isolamento microbiologico <input type="checkbox"/> Dati epidemiologici + isolamento microbiologico	

C. Identificazione microbiologica

1. Identificazione: <input type="checkbox"/> Salmonella <input type="checkbox"/> Shigella <input type="checkbox"/> Campylobacter <input type="checkbox"/> Yersinia <input type="checkbox"/> Altro (spec.)					
2. Specie:					
3. Sensibilità agli antibiotici per Salmonella/Shigella/Yersinia (segnare il valore di MIC o il diametro in mm per Kirby-Bauer):					
A	Ctx	Caz	Fox	Amc	Mem
Cip	Pef	Na	Gm	Su	Tmp
C	T	Tig	Col	Azm	S
4. Sensibilità agli antibiotici per Campylobacter (segnare il valore di MIC o il diametro in mm per Kirby-Bauer):					
CIP	T	Gm	E		

D. Parte riservata al laboratorio di riferimento (regionale o sovregionale)

1. Codice assegnato allo stipite:			2. Data ricevimento:		
3. Tipizzazione finale:			4. Data tipizzazione:		
5. Profilo di MLVA			6. NGS: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
7. Sensibilità agli antibiotici per Salmonella/Shigella/Yersinia (segnare il valore di MIC o il diametro in mm per Kirby-Bauer):					
A	Ctx	Caz	Fox	Amc	Mem
Cip	Pef	Na	Gm	Su	Tmp
C	T	Tig	Col	Azm	S
8. Sensibilità agli antibiotici per Campylobacter (segnare il valore di MIC o il diametro in mm per Kirby-Bauer):					
CIP	Ta	Gm	E		

a) animale-uomo; alimento inclusa acqua potabile; associazione con cure sanitarie; uso di droghe iniettive; esposizione occupazionale (laboratorio); madre-bambino (durante la gravidanza o il parto); trapianto d'organo; persona-persona (fecale-orale escluso madre-bambino e sessuale); acqua ricreazionale; sessuale; trasfusione; sconosciuta; altro.