

**Modulo di registrazione della profilassi antibiotica
e di rilevazione delle infezioni**

Paziente							Data ____ / ____ / ____			
Fattori di rischio del paziente	BMI	<input type="checkbox"/> BMI ≤ 18	Diabete	sì	no	Età	Infezione coesistente		sì	no
		<input type="checkbox"/> 19 ≤ BMI ≤ 25		Terapia immunodepressiva	sì				no	Fumo
	<input type="checkbox"/> 26 ≤ BMI ≤ 30				<input type="checkbox"/> n° ____	<input type="checkbox"/> gg ____				
	ASA			Classe intervento		Pulito <input type="checkbox"/>	Contaminato <input type="checkbox"/>			
				Pulito/contaminato <input type="checkbox"/>		Sporco <input type="checkbox"/>				
INTERVENTO		Antibiotico raccomandato	Altra prescrizione	Motivazione	Firma Medico	Ora della somministraz.	Sigla infermiera			
<input type="checkbox"/> Meniscectomia in artroscopia		<input type="checkbox"/> nessuno								
<input type="checkbox"/> Condroabrasione in artroscopia		<input type="checkbox"/> nessuno								
<input type="checkbox"/> Chirurgia mano		<input type="checkbox"/> nessuno								
<input type="checkbox"/> Lisi aderenze piede in artroscopia		<input type="checkbox"/> nessuno								
<input type="checkbox"/> Osteofitectomia in artroscopia		<input type="checkbox"/> nessuno								
<input type="checkbox"/> Altro:		<input type="checkbox"/> nessuno								

Per questi interventi se ASA > 2; durata prevista > 3 ore; prevedere **Cefazolina 2 gr** oppure, in caso di ALLERGIA, **Teicoplanina 400 mg**

INTERVENTO	Antibiotico raccomandato	Altra prescrizione	Motivazione	Firma Medico	Ora della somministraz.	Sigla infermiera
<input type="checkbox"/> Artroprotesi di anca *	<input type="checkbox"/> Cefazolina 2 gr					
<input type="checkbox"/> Artroprotesi di ginocchio *	<input type="checkbox"/> Cefazolina 2 gr					
<input type="checkbox"/> Artroprotesi di spalla *	<input type="checkbox"/> Cefazolina 2 gr					
<input type="checkbox"/> Suture meniscali in artroscopia	<input type="checkbox"/> Cefazolina 2 gr					
<input type="checkbox"/> Trapianti cartilaginei in artroscopia	<input type="checkbox"/> Cefazolina 2 gr					
<input type="checkbox"/> Ricostruzioni legamentose	<input type="checkbox"/> Cefazolina 2 gr					
<input type="checkbox"/> Rizoartrosi mano	<input type="checkbox"/> Cefazolina 2 gr					
<input type="checkbox"/> Artrodesi mano	<input type="checkbox"/> Cefazolina 2 gr					
<input type="checkbox"/> Aponevrectomia	<input type="checkbox"/> Cefazolina 2 gr					
<input type="checkbox"/> Sutura tendinea spalla	<input type="checkbox"/> Cefazolina 2 gr					
<input type="checkbox"/> Acromionplastica spalla	<input type="checkbox"/> Cefazolina 2 gr					
<input type="checkbox"/> Int. su parti molli ginocchio	<input type="checkbox"/> Cefazolina 2 gr					
<input type="checkbox"/> Int. su parti molli mano	<input type="checkbox"/> Cefazolina 2 gr					
<input type="checkbox"/> Int. su parti molli piede	<input type="checkbox"/> Cefazolina 2 gr					
<input type="checkbox"/> Correttivo piede	<input type="checkbox"/> Cefazolina 2 gr					
<input type="checkbox"/> Rimozione mezzi di sintesi	<input type="checkbox"/> Cefazolina 2 gr					
<input type="checkbox"/> Altro:	<input type="checkbox"/> Cefazolina 2 gr					

* nel postoperatorio proseguire terapia con 3 dosi da 1 gr di Cefazolina (cioè ogni 8 ore dopo l'intervento) – In caso di allergia, Teicoplanina 400 mg

Sezione riservata al Gruppo Operatorio

RIPETERE LA DOSE:

- se l'intervento è ancora in corso DOPO UN **TEMPO DOPPIO** rispetto all'EMIVITA;
- se la PERDITA DI SANGUE è > di 1500
- se l'EMODILUIZIONE è > di 15 ml per kg di peso

2^a somm. intraoperatoria h _____ Sigla inf. _____ Note: _____

Nota: EMIVITA Cefazolina: h 2

POST OPERATORIO

TERAPIA ANTIBIOTICA	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÌ,	Antibiotico _____ Data inizio _____ Motivazione _____
----------------------------	-----------------------------	------------------------------	---

Complicanza chirurgica classificazione Clavien-Dindo: no
 sì, di grado _____

Grado 1	Grado 2	Grado 3		Grado 4		Grado 5
Qualsiasi deviazione da un normale postoperatorio che richieda una terapia non routinariamente prevista, comprese le infezioni di ferita	Trasfusioni sangue/plasma. Nutrizione parenterale totale se non routinaria	Richiedere procedura chirurgica/radiologica/ endoscopica		Life threatening complication +/- requiring IC-ICU		Morte
		3 a	3 b	4 a	4 b	
		Senza anestesia generale	Con anestesia generale	Single organ dysfunction (dialisi)	Multi organ dysfunction	

							Data ____ / ____ / ____
Infezione ferita	no	sì,	<input type="checkbox"/> superficiale <input type="checkbox"/> profonda	Revisione	no	sì,	_____
Colturale	no	sì,	Negativo <input type="checkbox"/>	Positivo <input type="checkbox"/>	Note: _____		
Infezione urinaria	no	sì					
Colturale	no	sì,	Negativo <input type="checkbox"/>	Positivo <input type="checkbox"/>	Note: _____		
Portatore CV	no	sì,	gg _____				
Riposizionamento CV	no	sì,	volte _____				
Altra inf.	no	sì,	_____				
Colturale	no	sì,	Negativo <input type="checkbox"/>	Positivo <input type="checkbox"/>	Note: _____		
Portatore CVC	no	sì					
IAP	no	sì					
Infezione via periferica	no	sì,	_____				
Colturale	no	sì,	Negativo <input type="checkbox"/>	Positivo <input type="checkbox"/>	Note: _____		
Emocoltura	no	sì,	Negativo <input type="checkbox"/>	Positivo <input type="checkbox"/>	Note: _____		

Sezione riservata al Medico internista

presenza antibiogramma

prescrizione di:

Terapia con antibiotico di "seconda linea" **Antibiotico** _____

Data inizio _____

Firma Medico

richiesta alla Direzione Sanitaria di attivazione della consulenza esterna presso la Clinica Infettivologica dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria S. Maria della Misericordia di Udine.