

Raccolta dati lavoratori-contatto infezione meningococcica

Ospedale/Distretto:

Nominativo del paziente:

Data e ora del ricovero:

Modalità di accesso: tramite PS altro

Al paziente è stata fatta indossare la maschera chirurgica? NO SI (se si indicare da quale momento del percorso assistenziale):

Ha effettuato spostamenti all'interno della struttura? NO SI (specificare U.O./Servizi):

ELENCO PERSONALE A RISCHIO

Cognome Nome Operatore	Qualifica	U.O./Servizio	Uso protezioni respiratorie (SI/NO) se si indicare se maschera chirurgica o maschera FFP2	Assistenza diretta al paziente (SI/NO)	Manovre invasive (SI/NO)	Contatto a rischio		Firma operatore per informazione diretta	Informazione telefonica	Profilassi proposta§ (specificare farmaco)	Firma per consegna farmaci	Segni o sintomi nei 10 giorni dopo contatto
						BASSO	ALTO					

Legenda:

segnalare con un * un operatore classificato a BASSO rischio che ritiene di effettuare comunque la profilassi

segnalare con RIFIUTA un operatore classificato ad ALTO rischio che ritiene di NON effettuare la profilassi

§ Rifampicina=RIF; Ciprofloxacina=CIP; Caftrixone=CEF

Data:

Firma della referente dell'indagine epidemiologica

Firma MC