



**Allegato 1: scheda per la raccolta di informazioni sui casi di malattia invasiva da hvKp ST23 (hypervirulent *Klebsiella pneumoniae* ST23).**



La struttura designata a livello regionale<sup>1</sup> competente per territorio invia la scheda al Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria – Ufficio 5, scrivendo all'indirizzo [malinf@sanita.it](mailto:malinf@sanita.it) entro 48 ore.

**CASO SEGNALATO/NOTIFICATO DA:**

Nome Cognome: .....;  
 Ospedale/Struttura: .....;  
 Città: .....;  
 Provincia: .....;  
 Telefono: .....;

**Data di compilazione della scheda:** .....

Azienda sanitaria: .....;  
 Regione: .....;  
 e-mail: .....;  
 Fax: .....

**DATI DEL PAZIENTE:**

**Data del ricovero:** .....

**Sesso:**  F  M

**Età:** anni |\_\_|\_\_| se età < 1 anno, mesi |\_\_|\_\_|

**Nazione di residenza:** .....

**Comune e Provincia di residenza:** .....

**Data inizio sintomi di infezione:** .....

**Origine presunta dell'infezione:**  acquisita in Italia;  acquisita in Paese estero (indicare quale.....);

**Al momento dell'inizio dei sintomi il paziente si trovava?**

- a domicilio;  in ospedale (nome dell'ospedale.....);
- in struttura residenziale territoriale, RSA o simili (nome della struttura.....);

**Se in ospedale, indicare l'area di degenza** (indicare una sola opzione nella tabella sottostante):

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Terapia Intensiva                   | <input type="checkbox"/> Chirurgia dei trapianti               |
| <input type="checkbox"/> Oncologia                           | <input type="checkbox"/> Lungodegenza/Geriatria/Riabilitazione |
| <input type="checkbox"/> Ematologia                          | <input type="checkbox"/> Medicina /Malattie infettive          |
| <input type="checkbox"/> Neuro-riabilitazione/Unità spinale  | <input type="checkbox"/> Chirurgia generale o specialistica    |
| <input type="checkbox"/> Pronto Soccorso /Breve Osservazione |  |
| <input type="checkbox"/> Altra area di degenza.....;         |  |

**Tipo di infezione:** .....

**Eventuali fattori di rischio:** .....

**Esito:**

**Esito registrato in data:** .....

- Dimesso
- Deceduto
- Ancora ricoverato
- Trasferito presso altra struttura:

**Campione biologico prelevato in data:** ..... **da:**

- sangue;  liquor;  pus da ascesso (specificare il sito:.....);
- ferita chirurgica (.....);  altro sito (.....);

**Antibiotico-resistenza:**

- Resistenza a imipenem e/o meropenem e/o ertapenem;
- Resistenza ad altra classe antibiotica (specificare.....);
- Positività a test di conferma fenotipica per produzione di carbapenemasi (anche più di una):
  - KPC (mediante test di sinergia);  Metallo Enzima (mediante test di sinergia)
- Positività a test di conferma molecolare del tipo di carbapenemasi (anche più di una):
  - KPC;  VIM;  NDM;  OXA-48;  IMP.

<sup>1</sup> In base all'organizzazione locale, i referenti per la sorveglianza dell'AMR, in collaborazione con le autorità competenti, identificano il modello organizzativo appropriato decidendo il livello dell'inserimento dei dati (ad esempio a livello di SISP/ASL, o di Dipartimento di Prevenzione, o di Direzione Sanitaria, etc.).