



SCHEDA RACCOLTA DATI INFEZIONI BASSE VIE RESPIRATORIE (IBVR)

SCHEDA N° _____

DATI ANAGRAFICI E DI RICOVERO			
COGNOME _____	NOME _____	DATA NASCITA _____	SESSO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
DATA RICOVERO _____	REPARTO _____	N° CARTELLA (SDO) _____	
PRECEDENTE RICOVERO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		OSPEDALE _____	REPARTO _____ DA _____ A _____
DIAGNOSI RICOVERO → medica <input type="checkbox"/> ¹ chirurgica <input type="checkbox"/> ² traumatica <input type="checkbox"/> ³ Pregressa TB <input type="checkbox"/> ⁴ altro <input type="checkbox"/> ⁵ _____			
DIAGNOSI DI DIMISSIONE _____		DATA DIMISSIONE _____	
ESITO RICOVERO: guarito <input type="checkbox"/> ¹ migliorato <input type="checkbox"/> ² invariato <input type="checkbox"/> ³ deceduto <input type="checkbox"/> ⁴ trasferito <input type="checkbox"/> ⁵ uscito contro parere <input type="checkbox"/> ⁶			
DATA DIAGNOSI POLMONITE: _____		HAP: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

SINTOMI, PATOLOGIE CONCOMITANTI E FATTORI DI RISCHIO	
CIRROSI SCOMPENSATA ----- <input type="checkbox"/>	TERAPIA CON: (specificare tipo e dose in atto nei 20 gg precedenti la IBVR) IMMUNODEPRESSORI _____ SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NN <input type="checkbox"/> CORTISONICI _____ SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NN <input type="checkbox"/> CHEMIOTERAPICI _____ SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NN <input type="checkbox"/>
DIABETE ----- <input type="checkbox"/>	
BPCO ----- <input type="checkbox"/>	
IINSUFFICIENZA CARDIACA ----- <input type="checkbox"/>	
HIV ----- <input type="checkbox"/>	
CD4 _____	
TRAPIANTO _____	
FUMO ----- <input type="checkbox"/>	
ALCOOL ----- <input type="checkbox"/>	
TOSSICODIPENDENZA ----- <input type="checkbox"/>	
OSSIGENOTERAPIA ----- <input type="checkbox"/>	SINTOMI: FEBBRE <input type="checkbox"/> TOSSE <input type="checkbox"/> ESPETTORATO <input type="checkbox"/> DISPNEA <input type="checkbox"/> DOLORE TORACICO <input type="checkbox"/>
AEROSOLTERAPIA ----- <input type="checkbox"/>	
VENTILAZIONE MECCANICA ----- <input type="checkbox"/>	
INTUBAZIONE TRACHEALE ----- <input type="checkbox"/>	
BRONCOASPIRAZIONE ----- <input type="checkbox"/>	
ALLETTAMENTO PROLUNGATO ----- <input type="checkbox"/>	
SNG ----- <input type="checkbox"/>	
Altro: _____ <input type="checkbox"/>	

INDAGINI RADIOLOGICHE	
DATA 1° RX _____	ESITO: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> _____
DATA 2° RX _____	ESITO: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> _____
DATA 3° RX _____	ESITO: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> _____

LEGENDA: 1. Negativo; 2. Focolaio BPN; 3. Infiltrato interstiziale; 4. Versamento pleurico; 5. Escavazioni; 6. Altro

INDAGINI MICROBIOLOGICHE E SIEROLOGICHE				
ESAME	DATA	RISULTATO		NOTE
SANGUE	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
ESCREATO	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
BAL	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
BRONCOASPIRATO	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
ALTRO				
LEGIONELLA 1° camp.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	POS. <input type="checkbox"/>	NEG. <input type="checkbox"/>	
LEGIONELLA 2° camp.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	POS. <input type="checkbox"/>	NEG. <input type="checkbox"/>	
AG. Urinario Legionella	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	POS. <input type="checkbox"/>	NEG. <input type="checkbox"/>	
IDENTIFICAZIONE Lp	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	POS. <input type="checkbox"/>	NEG. <input type="checkbox"/>	
CHLAMYDIA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	POS. <input type="checkbox"/>	NEG. <input type="checkbox"/>	
MYCOPLASMA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	POS. <input type="checkbox"/>	NEG. <input type="checkbox"/>	
ALTRO				

TERAPIA ANTIBIOTICA		
1° _____	2° _____	3° _____
4° _____	5° _____	6° _____

APPROPRIATEZZA TERAPEUTICA SI NO

NOTE