

Gruppo tecnico regionale emergenze infettive
previsto dal “Piano per l’organizzazione regionale della risposta alle emergenze infettive” deliberato
dalla Giunta regionale con DGR 10 – 11769 del 20 luglio 2009

Il Direttore

Data 29/09/2009

Protocollo 35523 /DB2000

Ai Direttori Sanitari
delle ASR della Regione Piemonte

ELEMENTI PER LA PIANIFICAZIONE DEGLI ASPETTI OPERATIVI DI PREPARAZIONE ALL’EMERGENZA
INFETTIVA DA NUOVO VIRUS INFLUENZALE A (H1N1)v

- CIRCOLARE 2 –
**Requisiti necessari per l’identificazione, l’isolamento e la cura dei pazienti con patologie
respiratorie trasmissibili gravi**

Si richiede alla ASR di inviare le informazioni relative ai **requisiti necessari per l’identificazione, l’isolamento e la cura dei pazienti con patologie respiratorie trasmissibili gravi** ad integrazione e aggiornamento della ricognizione già effettuata dalla Direzione Sanità Pubblica dell’Assessorato alla Sanità nell’agosto 2003.

Nel caso in cui, presso la stessa sede siano presenti più di una unità operativa di malattie infettive, Rianimazione o Terapia Intensiva è sufficiente riportare il totale.

Eventuali osservazioni, in particolare l’assenza delle caratteristiche richieste ma la possibilità di attivarle in emergenza, possono essere riportate nel box note riportato nel modulo B.

Entrambi i moduli A e B di dichiarazione di seguito allegati devono essere compilati per ogni Presidio Ospedaliero pubblico o privato convenzionato e sottoscritti dal Direttore Sanitario dell’Azienda Sanitaria territorialmente competente.

Le informazioni richieste dovranno essere inviate alla segreteria del Gruppo Tecnico Regionale Emergenze Infettive entro il 05.10.09 via e-mail all’indirizzo direzioneB20@regione.piemonte.it.

Cordiali saluti.

Vittorio DEMICHELÌ



MODULO A

| | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| PRONTO SOCCORSO | | |
| Presenza di una stanza per l'accettazione, l'esecuzione della visita e l'isolamento temporaneo del paziente con sospetto di infezione da H1N1 separata dai pazienti ordinari? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Esistenza di un percorso verso il reparto o la stanza di degenza in condizioni di sicurezza per il paziente, gli altri degenti e gli operatori sanitari, evitando soste o contatti con l'utenza ordinaria e personale sanitario non dedicato? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Esistenza di un protocollo per gli operatori in caso di sospetta malattia infettiva a diffusione aerea con insufficienza respiratoria? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Esistenza di un protocollo per il triage in caso di sospetta malattia infettiva a diffusione aerea? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| MALATTIE INFETTIVE | | |
| Numero totale letti attivi | | ___ |
| Presenza di una stanza per l'accettazione del paziente con sindrome influenzale complicata e l'esecuzione della visita separata dai pazienti ordinari? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Esistenza di un percorso per il paziente verso il reparto o la stanza di degenza in condizioni di sicurezza per il paziente, gli altri degenti e gli operatori sanitari, evitando soste o contatti con l'utenza ordinaria e personale sanitario non dedicato? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Stanze/a singola a pressione negativa, dotate di anticamere, servizi, controllo periodico delle pressioni e dell'efficienza dei filtri | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| se SI, numero | | ___ |
| Numero stanze singole con servizi indipendenti | | ___ |
| Area dotata di servizi indipendenti (senza sistemi di aerazione e climatizzazione in comune con altre aree) dove effettuare isolamento a coorte dei pazienti | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| RIANIMAZIONE | | |
| Numero totale letti attivi | | ___ |
| Possibilità di isolare in stanza singola il paziente | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Possibilità di dedicare un'area per l'isolamento a coorte dei pazienti in rianimazione | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| TERAPIA INTENSIVA | | |
| Numero totale letti attivi | | ___ |
| Possibilità di isolare in stanza singola il paziente | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Possibilità di dedicare un'area per l'isolamento a coorte dei pazienti in terapia intensiva | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| AREA MEDICA | | |
| Numero posti letto di ricovero ordinario attivi | | ___ |
| AREA CHIRURGICA | | |
| Numero posti letto di ricovero ordinario attivi | | ___ |

II DIRETTORE SANITARIO

MODULO B

PIANO PER LE EMERGENZE

1. L'ospedale è dotato di un piano per le emergenze infettive

SI NO (se Sì, aggiornamento del _____)

2. L'ospedale è dotato di un piano generale per emergenze

SI NO (se Sì, aggiornamento del _____)

Note

II DIRETTORE SANITARIO
