

MODULO 31

**MISURE ISOLAMENTO MALATTIE INFETTIVE**

 Cod. ROG26/1.31  
Rev.02 del 30.06.2025

PAZIENTE: \_\_\_\_\_

ANNO \_\_\_\_\_

N° prog. \_\_\_\_\_

INFEZIONE-CONDIZIONI	PRECAUZIONI	
	TIPO	DURATA
<input type="checkbox"/> ACTINOMICOSI	S	
<input type="checkbox"/> AMEBIASI	S	
<input type="checkbox"/> ANTRACE (CARBONCHIO)	S	
<input type="checkbox"/> ARTROPODI	S	
<input type="checkbox"/> ASCARIDIOSI	S	
<input type="checkbox"/> ASCESSO	C	
<input type="checkbox"/> ASPERGILLOSI	S	
<input type="checkbox"/> BOTULISMO	S	
<input type="checkbox"/> BRONCHITE	D	U-24h
<input type="checkbox"/> BRUCELLOSI	S	
<input type="checkbox"/> CANDIDOSI	S	
<input type="checkbox"/> COLERA	C	DI
<input type="checkbox"/> CONGIUNTIVITE gonococcica	S	DI
<input type="checkbox"/> CONGIUNTIVITE acuta virale	C	DI
<input type="checkbox"/> DIARREA SOSPETTA INFETTIVA	C	DI
<input type="checkbox"/> DIFTERITE cutanea	C	CN
<input type="checkbox"/> DIFTERITE faringea	D	CN
<input type="checkbox"/> ENCEFALITI O ENCEFALOMIELITI	S	
<input type="checkbox"/> ENTEROCOCCUS SPECIES	C	DI
<input type="checkbox"/> ENTEROVIRUS	S	
<input type="checkbox"/> EPATITE VIRALE Tipo A	S	
<input type="checkbox"/> EPATITE VIRALE Tipo A pazienti con il pannolino	C	
<input type="checkbox"/> EPATITE VIRALE Tipo B	S	F-1
<input type="checkbox"/> EPATITE VIRALE Tipo C	S	
<input type="checkbox"/> EPATITE VIRALE Tipo E	S	
<input type="checkbox"/> EPIGLOTTIDE da haemophilus influenzale	D	U-24h
<input type="checkbox"/> FEBBRI EMORRAGICHE	C	DI
<input type="checkbox"/> GANGRENA	S	

INFEZIONE-CONDIZIONI	PRECAUZIONI	
	TIPO	DURATA
<input type="checkbox"/> GASTROENTERITI	C	DI
<input type="checkbox"/> GONORREA	S	
<input type="checkbox"/> GRANULOMA INGUINALE	S	
<input type="checkbox"/> HERPES SIMPLEX	C	DI
<input type="checkbox"/> HERPE ZOSTER	A/C	DI
<input type="checkbox"/> IMPETIGINE	C	U-24h
<input type="checkbox"/> INFLUENZA	D8	DI
<input type="checkbox"/> INTOSSICAZIONE ALIMENTARE	S	
<input type="checkbox"/> LEGIONELLOSI	S	
<input type="checkbox"/> LEPTOSPIROSI	S	
<input type="checkbox"/> LISTERIOSI	S	
<input type="checkbox"/> MALARIA	S	
<input type="checkbox"/> MENINGITI	D	U-24h
<input type="checkbox"/> MORBILLO	A	DI
<input type="checkbox"/> PEDICULOSI	C	U-24h
<input type="checkbox"/> PERTOSSE	D	F-2
<input type="checkbox"/> POLMONITE	D	U-24h
<input type="checkbox"/> ROSOLIA	D	F-3
<input type="checkbox"/> SCABBIA	C	U-24h
<input type="checkbox"/> STAFILOCOCCO ferita estesa 2	C	DI
<input type="checkbox"/> STREPTOCOCCO - A ferita estesa 2	C	U-24h
<input type="checkbox"/> TETANO	S	
<input type="checkbox"/> TIFO (febbre tifoide)	S	
<input type="checkbox"/> TUBERCOLOSI	A	F-4
<input type="checkbox"/> ULCERA DA DECUBITO INFETTA	C	DI
<input type="checkbox"/> VARICELLA	A/C	F-5
<input type="checkbox"/> ZIGOMICOSI	S	
<input type="checkbox"/> Altro:		

TIPO DI PRECAUZIONI	DURATA DELLE PRECAUZIONI	
<b>A</b> = precauzioni per via aerea <b>C</b> = precauzioni da contatto <b>D</b> = precauzione da droplet <b>S</b> = precauzioni standards (sempre)	<b>CN</b>	= fino alla fine della terapia antibiotica e coltura negativa a distanza di 24 ore
	<b>DI</b>	= per tutta durata della malattia infettiva
	<b>U</b>	= fino al tempo specificato in ore (h) dopo l'inizio effettivo della terapia
	<b>F-1</b>	= fino a 1 settimana dopo l'inizio della sintomatologia
	<b>F-2</b>	= fino a 5 giorni dopo l'inizio della terapia
	<b>F-3</b>	= fino a 7 giorni dopo l'insorgenza dell'eruzione cutanea
	<b>F-4</b>	= fino a 3 esami colturali dell'escreato, raccolti in giorni diversi, negativi.
	<b>F-5</b>	= fino alla cicatrizzazione della lesione

**MISURE DA ADOTTARE**

- |  |   |
|--|---|
| 1) Disinfezione delle mani, uso dei guanti         | 6) Decontaminazione e disinfezione degli strumenti          |
| 2) Camice di protezione o altri vestiti protettivi | 7) Maschera. Occhiali di protezione                         |
| 3) Alloggio dei pazienti in camere individuali     | 8) Evacuazione e trattamento della biancheria e dei rifiuti |
| 4) Uso mirato di materiale medico                  | 9) Disinfezione dell'ambiente                               |
| 5) Trasporto dei pazienti infettivi                |   |

 DATA \_\_\_\_\_ ☐ M.M.G. ☐ Infermiere \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

**NOTA:** numerare progressivamente ogni modulo e archiviare i moduli cronologicamente in un unico plico per ogni singolo anno.