



Registrazione del SGQ
Check list studio sulle infezioni da
microorganismi multiresistenti



DONATORE

Rianimazione _____

Cognome: _____ **Nome:** _____

Data di nascita: __ / __ / ____

Organo *fegato* *polmone*

Data prelievo: _____

I seguenti campioni devono essere prelevati al momento del prelievo d'organo

- Emocoltura (come da nota prot. CRT. 10/01/2014.OUT.5 del 10/01/2014)
- Urinocoltura
- BAL/Tracheoaspirato
- Tampone rettale

Data _____

Cognome e Nome _____

Firma _____