

BOTULISMO

Informazioni d'urgenza per la gestione dei casi e dei focolai di botulismo

		Descrizione	Attori
Sorveglianza speciale	Sì	Circolare Ministeriale Botulismo https://antidoti.ospfe.it/wp-content/uploads/2017/10/Circolare-Min-Salute-botulismo-2012-10-12.pdf	UOS Epidemiologia e Profilassi Malattie Infettive UOC SIAN
Modulo	Sì	Scheda segnalazione caso botulismo	
Tempi di trasmissione	12 h	La tempistica è indispensabile per eventuale ritiro dal mercato di alimenti sospetti e/o la ricerca attiva di ulteriori casi ed Attivazione del Team Multidisciplinare	
Contatti		Ministero della Salute Dip. SPI – D.G. Prevenzione Uff. 05 Mal. Inf. e Prof. Int.: <u>Fax:</u> 06.5994.3096 <u>e-mail:</u> malinf@sanita.it Ministero della Salute Dip. SPVSA D. G. Igiene e la sicurezza degli alimenti e la nutrizione: <u>Fax</u> 06.5994.3598 <u>e-mail:</u> dav.allerta@sanita.it Istituto Superiore di Sanità Reparto Epidem. delle Malattie Infettive - CNESPS: <u>Fax</u> 06 4423.2444 <u>e-mail:</u> outbreak@iss.it Istituto Superiore di Sanità Centro Nazionale di Riferimento per il Botulismo -Dip. SPVSA: <u>Fax</u> 06.4990.2045 <u>e-mail:</u> cnr.botulismo@iss.it UOC Servizio Igiene degli Alimenti <u>e-mail:</u> sian@asptrapani.it UOC SPEMP-ASP Trapani, <u>e-mail:</u> epid@asptrapani.it	
Conferma laboratorio	Sì	Centro riferimento nazionale botulismo con specifica scheda invio campioni <u>Contatti</u> Dipartimento di Sicurezza Alimentare, Nutrizione e Sanità Pubblica Veterinaria (DSANV) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS). https://www.iss.it/cnr-b-chi-siamo	UO per il tramite della Direzione Sanitaria di Presidio



Allegato 1

MINISTERO DELLA SALUTE
Dipartimento della Sanità Pubblica e dell'Innovazione
Dipartimento di Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare e degli
Organismi Collegiali per la tutela della salute

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ
Centro Nazionale di Riferimento per il Botulismo
Dipartimento di Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare
Reparto Epidemiologia delle Malattie Infettive
Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute

- CASO PROBABILE
- CASO CONFERMATO

- ALIMENTARE
- INFANTILE
- DA FERITA
- INTESTINALE ADULTO

SEGNALAZIONE CASO BOTULISMO

La presente scheda va compilata IN STAMPATELLO a cura del competente Servizio dell'Azienda Sanitaria in cui sia stato diagnosticato il caso.

Regione Provincia

Comune ASL

ENTE OSPEDALIERO _____ REPARTO _____

Nome Medico Compilatore _____

Recapito Medico Compilatore _____

DATI ANAGRAFICI

Cognome _____ Nome _____ Sesso M F

Residenza (se non coincide con il domicilio abituale compilare anche la riga successiva) _____

Domicilio abituale _____

Occupazione _____

Età compiuta all'inizio della malattia:

<1 anno (da 0 a 11 mesi) >1 anno (da 1 a 99 anni) se > indicare sempre 99

Data inizio sintomi: ____/____/____ Comune inizio sintomi _____

FONTE DI CONTAGIO

ALIMENTO SOSPETTO _____

DI PRODUZIONE INDUSTRIALE DI PRODUZIONE CASALINGA

È DI CONSUMO ABITUALE sì NO

NEL CASO DI CONSERVE, SONO STATE COTTE PRIMA DEL CONSUMO? sì NO

I CARATTERI ORGANOLETTCICI DELL'ALIMENTO ERANO ALTERATI? sì NO

INGERITO QUANTO TEMPO PRIMA ORE

ALTRO ALIMENTO SOSPETTO _____
SPECIFICARE _____

• ALTRE PERSONE CHE HANNO CONSUMATO L'ALIMENTO SOSPETTO:

TOTALE PERSONE CON SINTOMI

DATI CLINICI

SINTOMATOLOGIA CLINICA (barrare i sintomi se presenti)

<input type="checkbox"/> DIPLOPIA	gg / mm / aa	<input type="checkbox"/> NAUSEA	gg / mm / aa
<input type="checkbox"/> DISFAGIA	gg / mm / aa	<input type="checkbox"/> VOMITO	gg / mm / aa
<input type="checkbox"/> SECCHEZZA DELLE FAUCI	gg / mm / aa	<input type="checkbox"/> DIARREA	gg / mm / aa
<input type="checkbox"/> STIPSI	gg / mm / aa	<input type="checkbox"/> INSUFF. RESPIRATORIA	gg / mm / aa
<input type="checkbox"/> MIDRIASI	gg / mm / aa	<input type="checkbox"/> COMA	gg / mm / aa
<input type="checkbox"/> RITENZIONE URINARIA	gg / mm / aa	<input type="checkbox"/> ALTRO	gg / mm / aa

DIAGNOSI STRUMENTALE

<input type="checkbox"/> ELETTROMIOGRAFIA	gg / mm / aa	Referto	_____
<input type="checkbox"/> ALTRI	gg / mm / aa	Referto	_____

DECORSO

DATA DI RICOVERO _____
gg mm aa

È STATO IMPIEGATO SIERO ANTI-BOTULINICO Sì NO

SE SÌ DOPO QUANTO TEMPO DOPO L'ESORDIO: ORE _____

QUANTE UNITÀ DI SIERO ANTI-BOTULINICO? _____

ALTRE TERAPIE Sì NO

SE SÌ QUALI _____

INDAGINI DI LABORATORIO

RICERCA DELLE TOSSINE BOTULINICHE ESEGUITA SU:

SIERO	Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Risultato	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/>
FECI	Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Risultato	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/>
REPERTI AUTOPTICI	Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Risultato	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/>
ALIMENTI	Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Risultato	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/>

RICERCA DEI CLOSTRIDI PRODUTTORI DI TOSSINE ESEGUITA SU:

FECI	Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Risultato	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/>
REPERTI AUTOPTICI	Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Risultato	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/>
ALIMENTI	Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Risultato	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/>
ALTRO _____		Risultato	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/>

LABORATORIO CHE EFFETTUA L'ANALISI _____

INDIRIZZO _____ N° TELEFONICO _____

DATA DI COMPILAZIONE _____ FIRMA DEL COMPILATORE _____

La scheda va compilata in stampatello in ogni sua parte e va inviata a:

Ministero della Salute Dip. SPI – D.G. Prevenzione UFF. 05 Mal. Inf. e Prof. Int. Fax 06.5994.3096 e-mail: malinf@sanita.it	Ministero della Salute Dip. SPVSA D. G. Igiene e la sicurezza degli alimenti e la nutrizione Fax 06.5994.3598 e-mail: dav.allerto@sanita.it	Istituto Superiore di Sanità Reperto Epidemiologia delle Malattie Infettive - CNESPS Fax 06 4423.2444 e-mail: outbreak@iss.it	Istituto Superiore di Sanità Centro Nazionale di Riferimento per il Botulismo -Dip. SPVSA Fax 06.4990.2045 e-mail: cnr.botulismo@iss.it
---	---	---	--

LEGIONELLOSI

		Descrizione	Attori
Sorveglianza speciale	si	Linee-guida per la prevenzione e il controllo della legionellosi https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2362_allegato.pdf	UOS Epidemiologia e Profilassi Malattie Infettive
Modulo	si	https://www.policlinico.pa.it/portal/pdf/news/CIO/SchedeSorveglianza/SchedaLegionellosi.pdf	
Tempi di trasmissione	12 h		
Conferma laboratorio		https://www.unipa.it/dipartimenti/promise/struttura/laboratori.html Laboratorio di Riferimento Regionale per il controllo della legionellosi Responsabile e/o Collaboratori Responsabile: Prof.ssa Anna Giammanco Collaboratori: Prof.ssa Teresa Fasciana Recapiti telefonici Tel. 091.6553470 Cell. 335.6392938 - Cell. 388.2422122 Mail di riferimento <ul style="list-style-type: none"> • anna.giammanco@unipa.it • teresa.fasciana@unipa.it - isolamento di Legionella spp - identificazione dell'antigene di <i>Legionella pneumophila</i> - risposta anticorpale specifica al sierogruppo 1 di <i>Legionella pneumophila</i>	
Contatti		Istituto Superiore di Sanità (Reparto Malattie Batteriche, Respiratorie e Sistemiche) Tel. 06 49902856 Fax. 06 49387292	



Allegato 1

MINISTERO DELLA SALUTE
Dipartimento della Sanità Pubblica e dell'Innovazione
Dipartimento di Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare e degli
Organi Collegiali per la tutela della salute

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ
Centro Nazionale di Riferimento per il Botulismo
Dipartimento di Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare
Reparto Epidemiologia delle Malattie Infettive
Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute

- CASO PROBABILE
- CASO CONFERMATO

- ALIMENTARE
- INFANTILE
- DA FERITA
- INTESTINALE ADULTO

SEGNALAZIONE CASO DI LEGIONELLOSI

La presente scheda va compilata IN STAMPATELLO a cura del competente Servizio dell'Azienda Sanitaria in cui sia stato diagnosticato il caso.

Regione Provincia

Comune ASL/ASP

ENTE OSPEDALIERO _____ REPARTO _____

Nome Medico Compilatore _____

Recapito Medico Compilatore _____

DATI ANAGRAFICI

Cognome _____ Nome _____ Sesso M F

Residenza (se non coincide con il domicilio abituale compilare anche la riga successiva) _____

Domicilio abituale _____

Occupazione _____

Età compiuta all'inizio della malattia:

<1 anno (da 0 a 11 mesi) >1 anno (da 1 a 99 anni) se > indicare sempre 99

Data inizio sintomi: gg / mm / aa _____ Comune inizio sintomi _____

FONTE DI CONTAGIO

ALIMENTO SOSPETTO _____

DI PRODUZIONE INDUSTRIALE DI PRODUZIONE CASALINGA

È DI CONSUMO ABITUALE sì NO

NEL CASO DI CONSERVE, SONO STATE COTTE PRIMA DEL CONSUMO? sì NO

I CARATTERI ORGANOLETTICI DELL'ALIMENTO ERANO ALTERATI? sì NO

INGERITO QUANTO TEMPO PRIMA ORE

ALTRO ALIMENTO SOSPETTO _____
SPECIFICARE _____

• ALTRE PERSONE CHE HANNO CONSUMATO L'ALIMENTO SOSPETTO:

TOTALE PERSONE CON SINTOMI



DATI CLINICI

SINTOMATOLOGIA CLINICA (barrare i sintomi se presenti)

<input type="checkbox"/> DIPLOPIA	__/__/__ gg mm aa	<input type="checkbox"/> NAUSEA	__/__/__ gg mm aa
<input type="checkbox"/> DISFAGIA	__/__/__ gg mm aa	<input type="checkbox"/> VOMITO	__/__/__ gg mm aa
<input type="checkbox"/> SECCHEZZA DELLE FAUCI	__/__/__ gg mm aa	<input type="checkbox"/> DIARREA	__/__/__ gg mm aa
<input type="checkbox"/> STIPSI	__/__/__ gg mm aa	<input type="checkbox"/> INSUFF. RESPIRATORIA	__/__/__ gg mm aa
<input type="checkbox"/> MIDRIASI	__/__/__ gg mm aa	<input type="checkbox"/> COMA	__/__/__ gg mm aa
<input type="checkbox"/> RITENZIONE URINARIA	__/__/__ gg mm aa	<input type="checkbox"/> ALTRO	__/__/__ gg mm aa

DIAGNOSI STRUMENTALE

<input type="checkbox"/> ELETTROMIOGRAFIA	__/__/__ gg mm aa	Referto	_____
<input type="checkbox"/> ALTRI	__/__/__ gg mm aa	Referto	_____

DECORSO

DATA DI RICOVERO __/__/__
gg mm aa

È STATO IMPIEGATO SIERO ANTI-BOTULINICO Sì NO

SE SÌ DOPO QUANTO TEMPO DOPO L'ESORDIO: ORE __/__/__

QUANTE UNITÀ DI SIERO ANTI-BOTULINICO? _____

ALTRE TERAPIE Sì NO

SE SÌ QUALI _____

INDAGINI DI LABORATORIO

RICERCA DELLE TOSSINE BOTULINICHE ESEGUITA SU:

SIERO	Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Risultato	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/>
FECI	Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Risultato	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/>
REPERTI AUTOPTICI	Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Risultato	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/>
ALIMENTI	Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Risultato	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/>

RICERCA DEI CLOSTRIDI PRODUTTORI DI TOSSINE ESEGUITA SU:

FECI	Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Risultato	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/>
REPERTI AUTOPTICI	Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Risultato	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/>
ALIMENTI	Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Risultato	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/>
ALTRO _____		Risultato	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/>

LABORATORIO CHE EFFETTUA L'ANALISI _____

INDIRIZZO _____ N° TELEFONICO _____

DATA DI COMPILAZIONE __/__/__ FIRMA DEL COMPILATORE _____

La scheda va compilata in stampatello in ogni sua parte e va inviata a:

Ministero della Salute Dip. SPI – D.G. Prevenzione Uff. 05 Mal. Inf. e Prof. Int. Fax 06.5994.3096 e-mail: malinf@sanita.it	Ministero della Salute Dip. SPVSA D. G. Igiene e la sicurezza degli alimenti e la nutrizione Fax 06.5994.3598 e-mail: dav.allerto@sanita.it	Istituto Superiore di Sanità Reparto Epidemiologia delle Malattie Infettive - CNESPS Fax 06 4423.2444 e-mail: outbreak@iss.it	Istituto Superiore di Sanità Centro Nazionale di Riferimento per il Botulismo -Dip. SPVSA Fax 06.4990.2045 e-mail: cnr.botulismo@iss.it
---	---	---	--

Sorveglianza Arbovirus

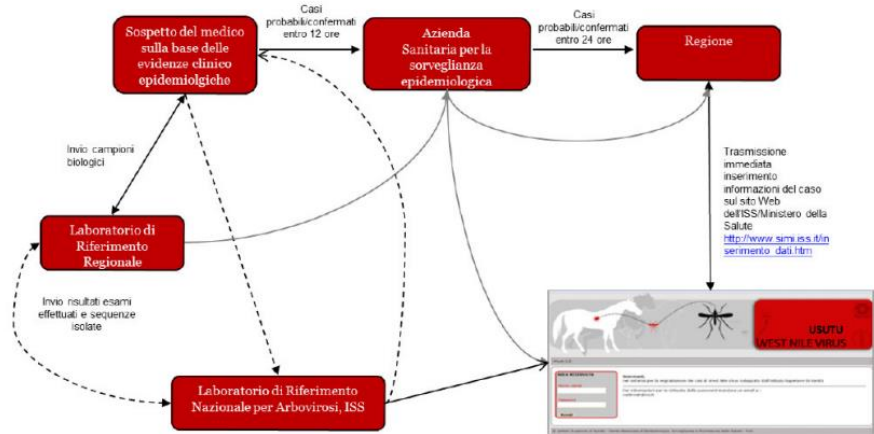
		Descrizione	Attori
Sorveglianza speciale	Si	<p>Raccomandazioni Arbovirosi: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2947_allegato.pdf https://arbo.iss.it/pagine/Documenti.aspx</p> <p>Raccomandazioni Zika: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2623_allegato.pdf</p>	UOS Epidemiologia e Profilassi Malattie Infettive
Modulo	Si	<p>Scheda di notifica per specifico agente: WNV o Virus Usutu: https://www.policlinico.pa.it/portal/pdf/news/CIO/Sc_hedeSorveglianza/schedasegnalazioneVIRUSWESTNIL-E-USUTU.pdf</p> <p>Scheda di notifica Arbovirosi eccetto WNV e USUTU: https://www.ao-pisa.toscana.it/index.php?option=com_attachments&task=download&id=13594</p> <p>Zika materna o congenita: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2623_allegato.pdf</p>	
Tempi di trasmissione	24h		
Conferma laboratorio	si	<p>inviare campioni a:</p> <p>-U.O. Dipartimentale Diagnostica Specialistica Patologia Diffusive Azienda Ospedaliera Universitaria "P. Giaccone" di PALERMO: Email: alert.microbiologia@policlinico.pa.it</p> <p>-e/o all'Istituto Superiore di Sanità - laboratorio di riferimento nazionale: tel: 06 49903205/2663 fax: 06 49902813 e-mail: arbo.mipi@iss.it</p>	

Contatti

Inviare contestualmente a:

- Ministero della Salute: fax: 06/5994.3096
mail:malinf@sanita.it
- Istituto Superiore di Sanità: fax: 06/49904267
mail: sorveglianza.epidemiologica@pec.iss.it ,
malattierare@iss.it
- ISTITUTO ZOOPROFILATTICO SPERIMENTALE DELLA SICILIA Sede di PALERMO Diagnosi sierologica e molecolare:
mail: giuseppa.purpari@izssicilia.it
Tel: 0916565229 Fax: 091656522

Flusso



Scheda di sorveglianza West Nile - Usutu

**Allegato 9 – Scheda per la segnalazione di un caso umano di infezione da virus WN -
USUTU****SCHEDA PER LA SEGNALAZIONE DI UN CASO UMANO DI
INFEZIONE DA VIRUS WEST NILE - USUTU**

I dati della scheda dovranno essere inseriti nel portale al seguente indirizzo <https://www.iss.it/site/rmi/arbo/>²⁷

West Nile Virus (WNV) |__| Usutu Virus (USUV) |__| Coinfezione WNV / USUV |__|

Dati della segnalazione

Data di segnalazione: |_____|

Regione: |_____| Asl: |_____|

Dati di chi compila la scheda

Nome e Cognome del Medico: |_____|

Telefono: |_____| E-mail: |_____|

Informazioni Generali

Nome: |_____| Cognome: |_____|

Sesso: M |__| F |__| Data di nascita: |_____| Comune di residenza: |_____|

Donatore: Sì |__| No |__| Ha donato nei 28 giorni precedenti: Sì |__| No |__|

Tipologia di donatore: Sangue |__| Cellule |__| Tessuti |__| Organi |__|

Luogo di più probabile esposizione: (presenza nel luogo nelle 3 settimane precedenti l'inizio della sintomatologia)

Nazione: |_____|

Se ITALIA, Indirizzo: |_____| Comune: |_____|

Indicare se si tratta di: Domicilio abituale |__| Altro domicilio |__|

Anamnesi

Per TRASFUSIONE di sangue o emocomponenti nei 28 giorni precedenti l'inizio dei sintomi? Sì |__| No |__| Non noto |__|

Per TRAPIANTI di organi/tessuti/cellule nei 28 giorni precedenti l'inizio dei sintomi? Sì |__| No |__| Non noto |__|

Informazioni sullo Stato Vaccinale

Il paziente è stato vaccinato per: Tick Borne Encephalitis: Sì |__| No |__| Non noto |__|
Febbre Gialla: Sì |__| No |__| Non noto |__|
Encefalite Giapponese: Sì |__| No |__| Non noto |__|

Informazioni Cliniche

Presenza di sintomi: Sì |__| No |__|*

Febbre: Sì |__| No |__| Non noto |__| Data inizio febbre/altri sintomi: |_____|

Manifestazione clinica: Encefalite |__|

Meningite |__|

²⁷ Solo nel caso in cui non sia possibile l'inserimento dei dati nel portale, compilare la scheda in stampatello in modo leggibile e inviarla via fax o email sia al Ministero della Salute (fax: 06 59943096 e-mail: malinf@sanita.it) che all'ISS (fax 06 49902476 email: sorveglianza.arbovirosi@iss.it).



Poliradiculoneurite (Sindrome di Guillain Barré atipica)
 Paralisi flaccida acuta
 Altro, specificare _____

Condizioni di rischio pre-esistenti: Si No Non noto

Se si, specificare _____

Il paziente è stato ricoverato? Si No Non noto

Se si, Data ricovero: _____ Nome Ospedale: _____

Esami di Laboratorio

LIQUOR: Si No Non noto

Data prelievo del campione: _____
 IgM Pos Neg Dubbio
 IgG Pos Neg Dubbio
 PCR Pos Neg Dubbio
 Isolamento virale Pos Neg

SIERO / SANGUE: Si No Non noto

Data prelievo del campione: _____
 IgM Pos Neg Dubbio
 IgG Pos Neg Dubbio
 Neutralizzazione Pos Neg Dubbio
 PCR Pos Neg Dubbio
 Test NAT Pos Neg Dubbio
 Isolamento virale Pos Neg

URINE: Si No Non noto Data prelievo del campione: _____
 PCR Pos Neg Dubbio

Solo per WNV, se effettuato il sequenziamento indicare: Lineage 1: Lineage 2: Altro: _____

Invio del campione al Laboratorio presso ISS: Si No se si, Data di invio: _____

Esito e Follow-up (aggiornare a 30 giorni)

Esito: Guarito Data Esito (ultimo aggiornamento): _____
 In miglioramento
 Grave
 Deceduto*
 Non noto
 Non applicabile
 Comparsa di sintomi successiva a riscontro NAT positiva

Classificazione

	CONFERMATO	PROBABILE
Caso: Neuroinvasivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Solo Febbre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sintomatico altro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Donatore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asintomatico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Caso: AUTOCTONO (stessa Regione) AUTOCTONO (proveniente da altra Regione) IMPORTATO (da Stato Estero)

Note:

*Si raccomanda di indicare nel sistema di sorveglianza come "deceduti" solo casi notificati per cui il decesso è ragionevolmente attribuibile all'infezione notificata.

Scheda di segnalazione di un caso di Arbovirosi eccetto WNV e virus Usutu

Allegato 13 – Scheda per la segnalazione di un caso di arbovirosi eccetto WNV e USUV



**SCHEDA PER LA SEGNALAZIONE DI UN CASO DI
ARBOVIROSI (ECCETTO WNV E USUV)**



Copia della scheda dovrà essere inviata a malinf@sanita.it e a sorveglianza.arbovirosi@iss.it
[COMPILARE IN STAMPATELLO IN MODO LEGGIBILE]

Chikungunya Dengue Virus Zika TBE Virus Toscana Altro

Dati della segnalazione

Data di segnalazione

Regione Asl

Dati di chi compila la scheda

Nome e Cognome del medico

Telefono E-mail

Informazioni Anagrafiche

Nome Cognome

Sesso M F Data di nascita

Luogo di Esposizione

Indicare il luogo di più probabile esposizione (presenza nel luogo nei 15 giorni precedenti l'inizio della sintomatologia)

Nazione

Se in ITALIA, indirizzo Comune

Indicare se si tratta di: Domicilio abituale Altro domicilio

Via di trasmissione

Indicare la via di Vettore Sessuale Trasfusione/Trapianto

Alimentare Altro

(prodotti non pastorizzati)

Se Altro, specificare

Informazioni Generali

Donatore Si No Tipo di Donatore: Sangue Cellule Tessuti Organi

Ha donato nei 28 giorni precedenti l'inizio dei Si No

Anamnesi per TRASFUSIONE di sangue o emocomponenti nei 28 giorni precedenti l'inizio dei sintomi? Si No

Anamnesi per TRAPIANTO di organi/tessuti/cellule nei 28 giorni precedenti l'inizio dei sintomi? Si No

Gravidanza Si No Se si, N. di settimane

Stato vaccinale

Il soggetto è stato vaccinato per: Tick Borne Encephalitis Si No Non noto

Febbre Gialla Si No Non noto

Encefalite Giapponese Si No Non noto

Informazioni Cliniche

Presenza di sintomi Si No Data inizio sintomi

Manifestazione Clinica:

Febbre Astenia/Cefalea Artralgia Poliartralgia grave Mialgia Esantema

Nausea vomito Dolore oculare o retro-orbitale Congiuntivite non purulenta/iperemia

Encefalite Meningite Poliradiculoneurite[§] Meningo-encefalite Encefalomielite

Altro, specificare

Condizioni di rischio preesistenti Si No Non noto

Se si, specificare

Ricovero ospedaliero Si No Non noto

Se si, Data ricovero Ospedale

[§] Sindrome di Guillain Barré atipica

Esami di Laboratorio

Esami di laboratorio riferiti a[^]: Chikungunya Dengue Zika Virus TBE Toscana Virus LIQUOR Si No Non noto Data prelievo del campione IgM Pos Neg Dubbio IgG Pos Neg Dubbio PCR Pos Neg Dubbio Isolamento Pos NegSIERO/SANGUE Si No Non noto Data prelievo del campione IgM Pos Neg Dubbio IgG Pos Neg Dubbio Neutralizzazione Pos Neg Dubbio PCR Pos Neg Dubbio Isolamento Pos NegURINE Si No Non noto Data prelievo del campione PCR Pos Neg DubbioInvio del campione al Laboratorio Si No Se sì, data [^] In caso di coinfezione indicare nelle note il risultato degli esami di laboratorio del secondo patogeno

Esito e Follow-up

(aggiornare l'esito almeno una volta a distanza di 30 giorni)

 Guarito In miglioramento Grave Deceduto[#] Non noto Non applicabile (es. donatore asintomatico)Data

(se deceduto, indicare la data del decesso)

[#] Si raccomanda di indicare come "deceduto" solo il caso per cui il decesso è ragionevolmente attribuibile all'infezione da Arbovirusi.

Classificazione del caso

ALL.B. PRG.097.DrQr

TABELLE ESPLICATIVE PER LE MALATTIE A
SORVEGLIANZA SPECIALE



Via Mazzini 1, 91100 Trapani

Codice del documento: PRG.097.DrQr

Data di emissione:15/02/2024

N° di revisione: 0

Pagina 14 di 53

Caso:

- CONFERMATO
- PROBABILE

Tipo di

- AUTOCTONO, stessa Regione
- AUTOCTONO, proveniente da altra Regione
- IMPORTATO, da stato Estero

Note



Scheda di sorveglianza Zika in gravidanza e neonato

Allegato 14 – Scheda per la segnalazione e il follow-up di un caso di infezione da virus Zika in gravidanza

Regione _____ ASL/Ospedale _____

 Primo invio Aggiornamento del gg ____ mm ____ aa _____**Informazioni anagrafiche sulla puerpera/madre**

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita gg ____ mm ____ aa _____

Luogo di nascita _____
Comune _____ Provincia _____ Stato _____Domicilio abituale: _____
Via/piazza e numero civico _____ Comune _____ Provincia _____

Nazionalità _____ Cittadinanza _____

Se la cittadinanza non è italiana specificare l'anno di arrivo in Italia: aa _____

Anamnesi sui fattori di rischio:rapporti sessuali durante la gravidanza con partner proveniente da area affetta (indipendentemente dai sintomi) Si No residente in un'area dove il vettore principale della malattia è presente: Si No ha viaggiato durante la gravidanza in un'area affetta: Si No

1. _____

2. _____

3. _____

Stato Estero

data inizio

data fine

anamnesi positiva per trasfusione di sangue o emocomponenti nei 28 giorni precedenti la diagnosi/segnalazione Si No anamnesi positiva per donazione di sangue o emocomponenti nei 28 giorni precedenti la diagnosi/segnalazione Si No

Vaccinazioni nei confronti di altri Flavivirus:

Tick borne encephalitis S N Non noto; Febbre Gialla S N Non noto; Encefalite Giapponese S N Non notoContatto con altri casi nei 15 giorni precedenti l'inizio dei sintomi Si No

Se si specificare i nominativi ed i relativi contatti:

Esami di laboratorio effettuati**Ricerca anticorpi IgM nel siero** No Si se si, specificare: _____Data prelievo ____/____/____ Titolo Zika _____ Risultato POS NEG Dubbio Titolo altri flavivirus _____ Risultato POS NEG Dubbio **Ricerca anticorpi IgG nel siero** No Si se si, specificare: _____Data prelievo ____/____/____ Titolo Zika _____ Risultato POS NEG Dubbio Titolo altri flavivirus _____ Risultato POS NEG Dubbio **Test di neutralizzazione** No Si se si, specificare: _____

Data prelievo ____/____/____ Titolo _____

PCR No Si se si, specificare: _____

Siero Data prelievo ____/____/____ Saliva Data prelievo ____/____/____ Urine Data prelievo ____/____/____

____/____/____

POS NEG Dubbio POS NEG Dubbio POS NEG Dubbio **Isolamento virale** No Si se si, specificare: _____materiale: siero e/o saliva e/o urine Data prelievo ____/____/____ Risultato POS NEG Dubbio **Classificazione di caso: Zika:** POSSIBILE PROBABILE CONFERMATO **Tipo caso:** IMPORTATO AUTOCTONO

**Informazioni cliniche****Segni e sintomi pregressi o in corso**

Febbre Si No Congiuntiviti Si No
 Eritema cutaneo Si No Dolori articolari Si No
 Dolori muscolari Si No Cefalea Si No
 Altri _____ Nessun segno e/o sintomo Si No

Data inizio sintomatologia gg [] mm [] aa [] [] []

Ricovero SI NO

se sì, Data ricovero gg [] mm [] aa [] [] [] Data dimissione gg [] mm [] aa [] [] []

Ospedale _____ Reparto: _____ UTI: Si No**Informazioni gravidanza - parto**

Età gestazionale (numero settimane compiute di amenorrea) [] [] settimane

Termine previsto della gravidanza: gg [] mm [] aa [] [] []

Data del parto gg [] mm [] aa [] [] []

Esito della gravidanza: nato vivo a termine nato vivo pretermine nato morto aborto spontaneo IVG

Struttura in cui è avvenuto il parto e indirizzo _____

ISTRUZIONI E NOTE PER LA COMPILAZIONE

La scheda va compilata per tutte le donne in gravidanza che costituiscono un caso probabile di infezione da virus Zika, e inviata immediatamente e ritrasmessa, alla conferma o meno di infezione della madre, secondo il seguente flusso, indipendentemente dal periodo di attività del vettore:

~~Medico~~ → entro 12h → ~~ASL~~ Dipartimento Prevenzione ASL → immediatamente → Regione → Regione → entro 12h → Ministero Salute/ISS

Inviare contestualmente a: - Ministero della Salute: via fax: 06/5994.3096 o via mail a malinf@sanita.it; - Istituto Superiore di Sanità, via fax: 06/49904267 -o via email a sorveglianza.epidemiologica@pec.iss.it e a malattierare@iss.it

**Informazioni anagrafiche del bambino**
 Primo invio Aggiornamento del gg [] mm [] aa [] [] []

Cognome _____ Nome _____

Sesso Maschio Femmina Data di nascita gg [] mm [] aa [] [] []Luogo di nascita _____
Comune _____ Provincia _____ Stato _____Domicilio abituale: _____
Via/piazza e numero civico _____ Comune _____ Provincia _____

Nazionalità _____ Cittadinanza _____

Se la cittadinanza non è italiana specificare l'anno di arrivo in Italia: aa [] []

Epoca gestazionale o età a cui è stata diagnosticata la sindrome congenita associata ad infezione da virus Zika:
epoca gestazionale in settimane [] [] età: < di 1 mese [] Mesi [] [] Anni [] [] Non noto

Data di diagnosi: gg [] mm [] aa [] [] []

Storia materna (se è stata già compilata scheda per la notifica e follow-up dei casi di virus Zika in gravidanza, compilare solo il nome e cognome della madre se no inviare contestualmente le due schede)

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita gg [] mm [] aa [] [] []

Luogo di nascita _____
Comune _____ Provincia _____ Stato _____Domicilio abituale: _____
Via/piazza e numero civico _____ Comune _____ Provincia _____

Nazionalità _____ Cittadinanza _____

Esami di laboratorio per la conferma di infezione da virus Zika effettuati No Si Non Noto Classificazione di caso: Zika: POSSIBILE PROBABILE CONFERMATO Tipo caso: IMPORTATO AUTOCTONO **Informazioni sul neonato/nato morto²⁸**Bambino in vita Sì No

se no, data di decesso gg [] mm [] aa [] [] []

Autopsia eseguita Sì No referto anatomopatologico finale: (se possibile allegare referto) _____Causa di morte (dal relativo certificato) 1: _____ (iniziale)
2: _____ (intermedia)
3: _____ (finale)Se sì, vivo a termine vivo pretermine
data ultima valutazione del bambino gg [] mm [] aa [] [] []**Esami di routine nel bambino**

Peso alla nascita (in grammi) _____

Lunghezza alla nascita (in cm) _____

Misurazione circonferenza cranica _____ (in cm, arrotondata al decimale più vicino)

Presenza di microcefalia (< 2 DS rispetto a valore standard): Sì NoPresenza di microcefalia grave (< 3 DS rispetto a valore standard): Sì No

Esiti esame fisico del neonato _____

Esiti esame neurologico del neonato _____

SCREENING NEONATALE (esito) _____

ECOGRAFIA DEL CRANIO RM TAC

Presenza di calcificazioni intracraniche:

 Sì, identificate prima della nascita Sì, identificate dopo la nascita No Non noto

Presenza di altre alterazioni intracraniche morfologiche (specificare) _____:

 Sì, identificate prima della nascita Sì, identificate dopo la nascita No Non noto²⁸ consultare il nosografico SDO della madre



ALTRE MALFORMAZIONI CONGENITE: Sì (specificare) _____ No

ESAME OFTALMOLOGICO Sì No Esito _____

ESAME UDITO Sì No
Se sì, specificare quale _____ Esito _____

Esami di laboratorio effettuati

PCR		No <input type="checkbox"/>		Sì <input type="checkbox"/> se sì, specificare:	
Siero	Urine	Liquido cefalorachidiano	Placenta		
Data prelievo	Data prelievo	Data prelievo	Data prelievo		
□□□□□□□□	□□□□□□□□	□□□□□□□□	□□□□□□□□		
POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/>	POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/>	POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/>	POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/>		

Ricerca anticorpi IgM nel siero No Sì se sì, specificare:
Data prelievo □□□□□□□□ Titolo _____ Risultato POS NEG Dubbio

Ricerca anticorpi IgM nel liquido cefalorachidiano No Sì se sì, specificare:
Data prelievo □□□□□□□□ Titolo _____ Risultato POS NEG Dubbio

Test di neutralizzazione No Sì se sì, specificare:
Data prelievo □□□□□□□□ Risultato POS NEG Dubbio

Altri eventuali test (specificare) No Sì se sì, specificare:
Effettuato su _____
Data prelievo □□□□□□□□ Risultato POS NEG Dubbio
Trasmissione del virus Zika congenita perinatale



Follow-up del neonato (se è stata già compilata scheda per la notifica e follow-up della sindrome congenita associata ad infezione da virus Zika compilare solo nome e cognome se no inviare contestualmente le due schede)

Primo invio Aggiornamento del gg mm aa

Cognome e nome del

neonato _____

Data di nascita gg mm aa

A DUE SETTIMANE

Test tiroidei (TSH, T4) Si esito _____ No

Esame oftalmologico Si esito _____ No

Esame dell'udito (specificare test) _____ Esito _____

Monitoraggio parametri della crescita

Circonferenza cranio _____

Peso _____

Lunghezza _____

Screening dello sviluppo rispetto alle curve di crescita standardizzate: _____

Osservazioni _____

A UN MESE

Esame neurologico Si esito _____ No

Monitoraggio parametri della crescita

Circonferenza cranio _____

Peso _____

Lunghezza _____

Screening dello sviluppo rispetto alle curve di crescita standardizzate: _____

Osservazioni _____

A DUE MESI

Esame neurologico Si esito _____ No

Monitoraggio parametri della crescita

Circonferenza cranio _____

Peso _____

Lunghezza _____

Screening dello sviluppo rispetto alle curve di crescita standardizzate: _____

Osservazioni _____

A TRE MESI

Test tiroidei (TSH, T4) Si esito _____ No

Esame oftalmologico Si esito _____ No

Monitoraggio parametri della crescita

Circonferenza cranio _____

Peso _____

Lunghezza _____

Screening dello sviluppo rispetto alle curve di crescita standardizzate: _____

Osservazioni _____

A QUATTRO-SEI MESI

Esame dell'udito (specificare test) _____ Esito _____

Monitoraggio parametri della crescita

Circonferenza cranio _____

Peso _____

Lunghezza _____

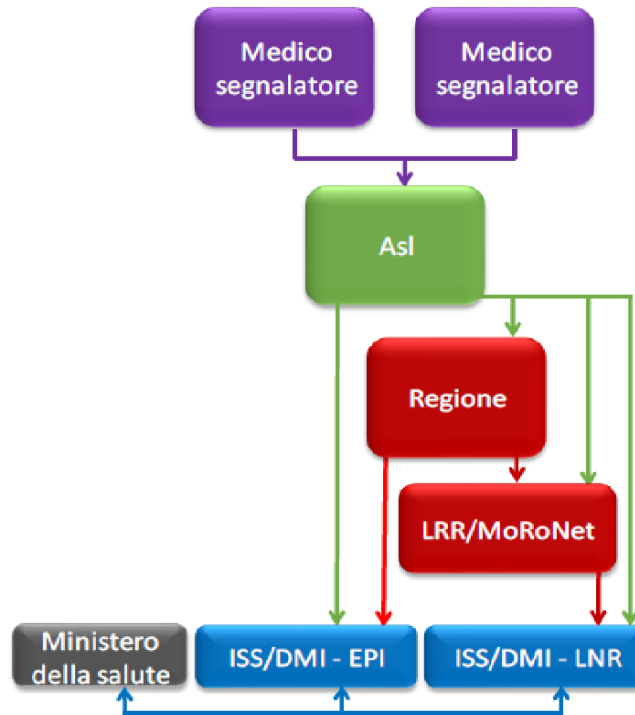
Screening dello sviluppo rispetto alle curve di crescita standardizzate: _____

Osservazioni _____

Sorveglianza integrata morbillo e rosolia - Sorveglianza rosolia congenita

		Descrizione	Attori
Sorveglianza speciale	Si	Piano Nazionale di Eliminazione del Morbillo e della Rosolia Congenita: https://moronetlab.it/wp-content/uploads/2019/01/aggiornamento_circolare_sorvegliazaintegratamorbillo_12nov2018.pdf	UOS Epidemiologia e Profilassi Malattie Infettive
Modulo		Scheda sorveglianza integrata morbillo e rosolia: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_90_2_listaFile_itemName_10_file.pdf	
Tempi di trasmissione	12 h		
Conferma di Laboratorio	Si	Centro di Riferimento Regionale del MORONET Dipartimento di Scienze per la Promozione della Salute e Materno Infantile "G. D'Alessandro" Università degli Studi Palermo - Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "P. Giaccone" Via del Vespro, 133 - 90127 PALERMO Tel. 091 6553632; Fax. 091 6553647 Referente: Dr. Fabio Tramuto e-mail: fabio.tramuto@unipa.it	
Contatti		Per gli aspetti epidemiologici: cnesps.morbillo@iss.it Per gli aspetti della piattaforma Web: cnesps.web@iss.it La piattaforma Web per l'inserimento dei dati della sorveglianza Integrata del Morbillo e della Rosolia è accessibile all'indirizzo internet: https://www.iss.it/site/rmi/morbillo/	

Flusso



Scheda sorveglianza integrata morbillo e rosolia:

ALLEGATO 1**Piano Nazionale di Eliminazione del Morbillo e della Rosolia Congenita****Scheda di Sorveglianza Integrata MORBILLO - ROSOLIA*****campi obbligatori** Primo invio Aggiornamento, alla data: | | | |Caso sospetto di: MORBILLO ROSOLIA**DATI DELLA SEGNALAZIONE**

Regione*: | | | | | Asl*: | | | | | Comune*: | | | | |

Medico segnalatore: | | | | | Data di segnalazione alla Asl*: | | | | |

Data di inizio indagine epidemiologica*: | | | | |

DATI ANAGRAFICICognome: | | | | | Nome: | | | | | Sesso: M FData di nascita*: | | | | | Nazione di Nascita: | | | | |
se estera, Anno di arrivo in Italia: | | | | | Cittadinanza: | | | | |

Codice Fiscale: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

DOMICILIO

Nazione: | | | | | Provincia: | | | | | Comune: | | | | |

RESIDENZA (se diversa dal domicilio)

Nazione: | | | | | Provincia: | | | | | Comune: | | | | |

Se Nazione ≠ ITALIAPresente in ITALIA da più di 21 giorni Sì NoVive in un CAMPO NOMADI Sì NoVive in un CENTRO DI ACCOGLIENZA PER MIGRANTI Sì NoOperatore sanitario* Sì No Non notose Sì, Medico Infermiere/a Altro personale a contatto con i pazienti Personale in
formazioneOperatore scolastico* Sì No Non noto**STATO VACCINALE**Precedente vaccinazione contro il **morbillo***: Sì No Non notose Sì, Numero di dosi: 1 2 non ricordo Data ultima dose: | | | | |



Vaccinazione contro il morbillo verificata da certificato vaccinale: Sì No

Precedente vaccinazione contro la **rosolia***: Sì No Non noto
se Sì, Data ultima dose:

Vaccinazione contro la rosolia verificata da certificato vaccinale: Sì No

Vaccinazione post-esposizione: Sì No
Se sì, entro 72 ore dall'esposizione Sì No

Somministrazione immunoglobuline post-esposizione: Sì No

DATI CLINICI

Nazione primi sintomi:
Provincia primi sintomi:
Comune primi sintomi:

Esantema maculo papulare*: Sì No Data comparsa esantema:

Febbre*: Sì No Data comparsa febbre:

Altri sintomi:

Rinite*: Sì No Congiuntivite*: Sì No Tosse*: Sì No

Adenopatia*: Sì No Artralgia*: Sì No Artrite*: Sì No

(adenopatia cervicale, suboccipitale, retroauricolare)

Altri sintomi, specificare:

Patologie di base o immunodepressione?: Sì No specificare:

In stato di gravidanza?: Sì No se Sì, Data ultima mestruazione

Si raccomanda di compilare l'apposita scheda di sorveglianza in presenza di un caso di rosolia in donna in gravidanza

CONFERMA DI LABORATORIO

Effettuati esami di laboratorio per la diagnosi di **morbillo**?: Sì No

MORBILLO		Data raccolta campione	Esito	Tipo di campione
<input type="checkbox"/>	Ricerca IgM Elsa <input type="checkbox"/> Altro <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Borderline/Indeterminato <input type="checkbox"/>	Siero o Sangue <input type="checkbox"/> Saliva o Fluidi orali <input type="checkbox"/> Altro <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Ricerca IgG** Elsa <input type="checkbox"/> Altro <input type="text"/>	1°: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>Fase acuta</small> 2°: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>Fase convalescente</small>	Pos <input type="checkbox"/> Solo se aumento di 4 volte del titolo anticorpale o Sieroconversione Neg <input type="checkbox"/> in tutti gli altri casi	Siero o Sangue <input type="checkbox"/> Saliva o Fluidi orali <input type="checkbox"/> Altro <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	PCR	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/>	Siero o Sangue <input type="checkbox"/> Saliva o Fluidi orali <input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/> Altro <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Altro Test, specificare	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/>	Siero o Sangue <input type="checkbox"/> Saliva o Fluidi orali <input type="checkbox"/>



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Urine <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Genotipizzazione	<input type="checkbox"/> : Si <input type="checkbox"/> No	Genotipo: <input type="text"/>	

** la misurazione delle IgG deve essere effettuata su due campioni, il primo prelevato in fase acuta e il secondo in fase convalescente. Il risultato è positivo se si verificano o una siero conversione o un aumento di almeno quattro volte del titolo anticorpale.

Effettuati esami di laboratorio per la diagnosi di **rosolia**? Si No

ROSOLIA				
Tipo di Esame		Data raccolta campione	Esito	Tipo di campione
<input type="checkbox"/>	Ricerca IgM Elsa <input type="checkbox"/> Altro <input type="text"/>	<input type="text"/>	Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Borderline/Indeterminato <input type="checkbox"/>	Siero o Sangue <input type="checkbox"/> Saliva o Fluidi orali <input type="checkbox"/> Altro <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Ricerca IgG** Elsa <input type="checkbox"/> Altro <input type="text"/>	1°: <input type="text"/> Fase acuta 2°: <input type="text"/> Fase convalescente	Pos <input type="checkbox"/> Solo se aumento di 4 volte del titolo anticorpale o Sieroconversione Neg <input type="checkbox"/> In tutti gli altri casi	Siero o Sangue <input type="checkbox"/> Saliva o Fluidi orali <input type="checkbox"/> Altro <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	PCR	<input type="text"/>	Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/>	Siero o Sangue <input type="checkbox"/> Saliva o Fluidi orali <input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/> Altro <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Altro Test, specificare <input type="text"/>	<input type="text"/>	Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/>	Siero o Sangue <input type="checkbox"/> Saliva o Fluidi orali <input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/> Altro <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Genotipizzazione	<input type="checkbox"/> : Si <input type="checkbox"/> No	Genotipo: <input type="text"/>	

** la misurazione delle IgG deve essere effettuata su due campioni, il primo prelevato in fase acuta e il secondo in fase convalescente. Il risultato è positivo se si verificano o una siero conversione o un aumento di almeno quattro volte del titolo anticorpale.

Invio campione al Laboratorio Periferico: Si No Data invio:

Invio campione al Laboratorio Regionale: Si No Data invio:

Invio campione al Laboratorio Nazionale: Si No Data invio:

ESITO E COMPLICANZE

Complicanze: Si No

SE Sì, specificare:

otite	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	cherato-congiuntivite	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
polmonite	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	laringotracheobronchite (croup)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
insufficienza respiratoria	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	encefalite acuta	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
diarrea	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	convulsioni	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
disidratazione	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	epatite/aumento transaminasi	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
stomatite	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	bronchite	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
trombocitopenia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	altro, specificare	<input type="text"/>

Esito: Guarigione Decesso Reliquati Perso al follow-up

se decesso, Data: Causa:

se reliquati, Quali:

RICOVERO PER MORBILLO/ROSOLIA

Ricovero: No No, solo visita Pronto Soccorso Si

Ospedale:



Data di Ricovero: [][][][] Data di Dimissione: [][][][]

VIAGGI**SE RESIDENTE IN ITALIA:**Il caso ha effettuato viaggi nei 7-23 giorni precedenti l'inizio dell'esantema: Sì Nose Sì, dove: Italia, specificare Regione: [] Estero, specificare Nazione: []

Quando, da: [][][] a: [][][]

SE RESIDENTE IN UN PAESE DIVERSO DALL'ITALIA:

Data partenza dal proprio paese: [][][]

Data arrivo in Italia: [][][]

Ha visitato altri paesi nei 7-23 giorni precedenti l'inizio dell'esantema: Sì No**ORIGINE DEL CONTAGIO****In che ambito ritiene sia avvenuta la trasmissione dell'infezione*:****—FORNIRE UNA SOLA RISPOSTA—**

Asilo nido/scuola	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Ambulatorio medico/sala d'attesa	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Ambulatorio in ospedale/sala d'attesa	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Reparto di ospedale	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Se SI specificare:	Ricoverato per altra diagnosi	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
	Visitatore	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Pronto Soccorso	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Lavoro	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Università	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Carcere	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Chiesa	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Casa / Famiglia	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Struttura recettiva	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Ambiente militare	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Campo nomadi	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Viaggio internazionale	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Non noto	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Altro, specificare []		

In quale località è avvenuto il CONTAGIO:

Nella regione di residenza/domicilio
 In altra regione: dove: []
 All'estero: dove: []
 Non so

Il caso fa parte di un focolaio*? Sì No Non noto

Se Sì indicare il nome del focolaio: []

SEZIONE FOCOLAIFornire una descrizione del focolaio: *Misure intraprese per prevenire/controllare la trasmissione dell'infezione (inclusi n. contatti identificati, n. contatti vaccinati in post-esposizione, n. contatti a cui sono state offerte IG)*



Il paziente è stato a contatto con un altro caso **confermato** di morbillo (entro 7-18 giorni) o di rosolia (entro 12-23 giorni) prima dell'esordio dell'esantema*?

Sì, morbillo Sì, rosolia Non noto

il contatto in questione è un caso importato? Sì No

se Sì, da quale nazione? _____

CONTATTI CON DONNE IN GRAVIDANZA

Nel periodo di contagiosità sopra riportato, il paziente è stato a contatto con una donna in gravidanza?

Sì No se Sì,

CLASSIFICAZIONE DEL CASO

Caso di: MORBILLO ROSOLIA NON caso

Classificazione finale del caso: Possibile Probabile Confermato

Caso: Importato Autoctono: correlato ad un caso importato
 Autoctono: correlato ad un caso autoctono
 Autoctono: fonte non nota

DATI DEL COMPILATORE

Cognome e Nome: _____ Recapito Telefonico: _____

Note: _____

Data di notifica alla Regione: ____/____/____

Scheda di sorveglianza rosolia congenita

Allegato 2a

v.201305

SCHEDA DI NOTIFICA DI CASO DI SINDROME/INFEZIONE DA ROSOLIA CONGENITA

 Primo invio Aggiornamento del ____/____/____ (gg/mm/aa)

Regione _____ ASL _____ Comune _____

Sezione 1 - INFORMAZIONI ANAGRAFICHE DEL PAZIENTE

Cognome _____	Nome _____	Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
CF _____	Cittadinanza _____	
Luogo di nascita _____		data di nascita ____/____/____ (gg/mm/aa)
Peso alla nascita (in grammi) _____		Non Noto <input type="checkbox"/> Et� gestazionale alla nascita (in settimane) _____ Non Nota <input type="checkbox"/>
Regione di domicilio _____	Provincia _____	Comune _____
Et� in cui � stata diagnosticata la rosolia congenita: < 1 mese <input type="checkbox"/> Mesi _____ Anni _____ Non Noto <input type="checkbox"/>		
Data diagnosi ____/____/____ (gg/mm/aa)		

Sezione 2 - CARATTERISTICHE CLINICHE

Bambino in vita	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Se NO, data di decesso	____/____/____ (gg/mm/aa)
Autopsia eseguita	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Referto anatomopatologico finale: _____
Causa di morte (dal relativo certificato) 1:	_____ (iniziale)
2:	_____ (intermedia)
3:	_____ (finale)
Se SI, data ultima valutazione del bambino	____/____/____ (gg/mm/aa)
Segni e sintomi di Categoria A	
	Si No Non Noto
ipoacusia/sordit�	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
cataratta	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
glaucoma congenito	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
retinopatia pigmentosa	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
cardiopatologia congenita	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Se cardiopatologia congenita, barrare la voce che interessa:	
perviet� dotto arterioso	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
stenosi polmonare perifer.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
card. congenita non nota	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
altra cardiopatologia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
se SI, specificare _____	
Altri segni e sintomi	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
se SI, specificare _____	
Bambino vaccinato contro la rosolia? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> se SI, data vaccinazione: ____/____/____ (gg/mm/aa)	
Segni e sintomi di Categoria B	
	Si No Non Noto
porpora	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
splenomegalia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
microcefalia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ritardo sviluppo psicomotorio	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
meningoencefalite	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
radiolucenza ossa lunghe	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ittero (che insorge entro 24 ore dalla nascita)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Sezione 3 - STORIA MATERNA

(se   gi  stata inviata la notifica di rosolia in gravidanza, compilare solo il cognome e nome della madre)

Cognome e Nome della madre _____	
Data ultima mestruazione ____/____/____ (gg/mm/aa)	Non Noto <input type="checkbox"/> Data di nascita ____/____/____ (gg/mm/aa)
Rubeotest eseguito prima della gravidanza	Se SI, anno esecuzione _____
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non Noto <input type="checkbox"/>	Risultato: <input type="checkbox"/> Immune
	<input type="checkbox"/> Suscettibile
	<input type="checkbox"/> Dubbio
Rubeotest eseguito durante questa gravidanza	Data primo rubeotest ____/____/____ (gg/mm/aa)
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non Noto <input type="checkbox"/>	Risultato: <input type="checkbox"/> Immune
	<input type="checkbox"/> Suscettibile
	<input type="checkbox"/> Dubbio



Occupazione al momento del concepimento: operatore sanitario operatore scolastico altro

Numero gravidanze * [] [] numero parti* [] [] (*inclusa la presente gravidanza)

Vaccinata contro la rosolia Si No Non Noto se SI, data vaccinazione ___/___/___ (gg/mm/aa)

Durante la gravidanza :
ha avuto una malattia simile alla rosolia? Si No Non Noto se SI, a quale settimana di gestazione? [] []

Caratteristiche cliniche della malattia:

	Si	No	Non Noto	
esantema maculo papulare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	se SI, data comparsa esantema ___/___/___ (gg/mm/aa)
febbre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
adenopatia cervicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
adenopatia sub occipitale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
adenopatia retro auricolare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
artralgia/artrite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
altro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

 se Si, specificare _____

La diagnosi di rosolia è stata confermata in laboratorio? Si No se SI, a quale settimana di gestazione? [] []
 Se Si, con quali dei seguenti test?
 Isolamento virale
 Identificazione acido nucleico del virus della rosolia (RT-PCR)
 Presenza IgM specifiche
 IgG specifiche (sieroconversione o aumento del titolo di almeno 4 volte)
 Test avidità IgG (avidità bassa)
 Immunoblotting

La madre è stata esposta, durante la gravidanza, ad un caso di rosolia/esantema maculo papulare? Si No Non Noto
 Se SI, specificare a che settimana di età gestazionale [] []
 Luogo presumibile dell'esposizione al contagio (se all'estero, indicare la nazione) _____
 La diagnosi di rosolia del contatto è stata confermata in laboratorio? Si No

Se la fonte d'infezione non è nota, la madre ha viaggiato all'estero durante il presunto periodo d'incubazione della malattia?
 Si No Non Noto Se SI, specificare nazione _____
 da ___/___/___ a ___/___/___ (gg/mm/aa)

Sezione 4 - ESAMI DI LABORATORIO NEL BAMBINO
(effettuati per confermare/escludere la diagnosi)

Ricerca degli anticorpi IgM rosolia-specifici		Non effettuato <input type="checkbox"/>	Se effettuato:	
Tipo di campione	Data prelievo	Laboratorio	Metodo	Risultato
siero/sangue <input type="checkbox"/>	___/___/___	lab. rif. nazionale <input type="checkbox"/>	ELISA <input type="checkbox"/>	positivo <input type="checkbox"/>
saliva <input type="checkbox"/>		lab. rif. regionale <input type="checkbox"/>	altro <input type="checkbox"/>	negativo <input type="checkbox"/>
altro <input type="checkbox"/> specificare _____		altro <input type="checkbox"/> specificare _____		dubbio <input type="checkbox"/>
siero/sangue <input type="checkbox"/>	___/___/___	lab. rif. nazionale <input type="checkbox"/>	ELISA <input type="checkbox"/>	positivo <input type="checkbox"/>
saliva <input type="checkbox"/>		lab. rif. regionale <input type="checkbox"/>	altro <input type="checkbox"/>	negativo <input type="checkbox"/>
altro <input type="checkbox"/> specificare _____		altro <input type="checkbox"/> specificare _____		dubbio <input type="checkbox"/>
Ricerca anticorpi IgG rosolia-specifici		Non effettuato <input type="checkbox"/>	Se effettuato:	
Tipo di campione	Data prelievo	Laboratorio	Metodo e valori di riferimento	Risultato
siero/sangue <input type="checkbox"/>	___/___/___	lab. rif. nazionale <input type="checkbox"/>	_____	_____
altro <input type="checkbox"/> specificare _____		lab. rif. regionale <input type="checkbox"/>	_____	_____
siero/sangue <input type="checkbox"/>	___/___/___	lab. rif. nazionale <input type="checkbox"/>	_____	_____
altro <input type="checkbox"/> specificare _____		lab. rif. regionale <input type="checkbox"/>	_____	_____
siero/sangue <input type="checkbox"/>	___/___/___	lab. rif. nazionale <input type="checkbox"/>	_____	_____
altro <input type="checkbox"/> specificare _____		lab. rif. regionale <input type="checkbox"/>	_____	_____
Isolamento virale da liquidi biologici		Non effettuato <input type="checkbox"/>	Se effettuato:	
Tipo di campione	Data prelievo	Laboratorio	Risultato	
siero/sangue <input type="checkbox"/>	___/___/___	lab. rif. nazionale <input type="checkbox"/>	positivo <input type="checkbox"/>	negativo <input type="checkbox"/>
saliva <input type="checkbox"/> urine <input type="checkbox"/>		lab. rif. regionale <input type="checkbox"/>		
biopsia tissutale <input type="checkbox"/> specificare organo: _____		altro <input type="checkbox"/> specificare _____		
altro <input type="checkbox"/> specificare _____				
Identificazione del genoma virale (RT-PCR)		Non effettuato <input type="checkbox"/>	Se effettuato:	
Tipo di campione	Data prelievo	Laboratorio	Risultato	
siero/sangue <input type="checkbox"/>	___/___/___	lab. rif. nazionale <input type="checkbox"/>	positivo <input type="checkbox"/>	negativo <input type="checkbox"/>
saliva <input type="checkbox"/> urine <input type="checkbox"/>		lab. rif. regionale <input type="checkbox"/>		
altro <input type="checkbox"/> specificare _____		altro <input type="checkbox"/> specificare _____		
Genotipizzazione				
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ceppo _____				



Sezione 5 - CLASSIFICAZIONE INIZIALE E FINALE del CASO

CLASSIFICAZIONE INIZIALE (QUESTA SEZIONE VA COMPILATA DAL SANITARIO CHE NOTIFICA IL CASO)			
sospetto <input type="checkbox"/>	probabile <input type="checkbox"/>	confermato <input type="checkbox"/>	sola infezione <input type="checkbox"/>
CLASSIFICAZIONE FINALE (QUESTA SEZIONE E' RISERVATA AL MINISTERO DELLA SALUTE/ISS)			
probabile <input type="checkbox"/>	confermato SRC <input type="checkbox"/>	confermato IRC <input type="checkbox"/>	non rosolia congenita <input type="checkbox"/> non classificabile <input type="checkbox"/>
Importato <input type="checkbox"/>	Collegato a un caso importato <input type="checkbox"/>	Non importato, non collegato a un caso importato <input type="checkbox"/>	
Data di classificazione finale __ __ __ (gg/mm/aa)			

Note: _____

data di notifica |__| |__| |__| (gg/mm/aa) Sanitario che ha compilato la notifica _____
(timbro e firma)

recapito _____ telefono _____ fax _____ e-mail _____

NOTE PER LA NOTIFICA

La scheda di notifica va compilata per:

- tutti i casi confermati o probabili di rosolia congenita, inclusi i nati morti e i feti abortiti a seguito di diagnosi prenatale di rosolia congenita;
- tutti i bambini nati da madre con infezione da rosolia in gravidanza (possibile, probabile o confermata), anche se asintomatici alla nascita (casi sospetti).

Il flusso di notifica è il seguente: Medico segnalatore → ASL → Regione/PP.AA. → Ministero Salute/ ISS - ISTAT

Notifica dei casi di rosolia, sindrome/infezione da rosolia congenita o di infezione da rosolia in gravidanza



a = segnalazione (entro 2 giorni)

b = scheda di notifica

c = schede di notifica (cadenza mensile)

d = riepilogo mensile per ASL

e = riepiloghi mensili regionali per ASL, provincia, età e sesso

Contatti:

Per gli aspetti di laboratorio: rosolia.mipi@iss.it

Per gli aspetti epidemiologici: cnesps.pnemorc@iss.it

Sorveglianza MABI - Sorveglianza Nazionale delle Malattie Invasive da Meningococco, Pneumococco ed Emofilo e delle Meningiti Batteriche in Italia

		Descrizione	Attori
Sorveglianza speciale	Si	PROTOCOLLO PER LA SORVEGLIANZA NAZIONALE DELLE MALATTIE INVASIVE DA MENINGOCOCCO, PNEUMOCOCCO ED EMOFILO E DELLE MENINGITI BATTERICHE IN ITALIA REV 2022 https://www.iss.it/documents/20126/6996013/Protocollo+pe+r+la+sorveglianza+nazionale+delle+malattie+batteriche+invasi+ve+vers+21+03+2022.pdf/210185ef-8d63-5b2a-c508-976b9e01e980?t=1657698488011	UOS Epidemiologia e Profilassi Malattie Infettive
Modulo	Si	Scheda di segnalazione: https://www.iss.it/documents/20126/0/scheda+di+segnalazio+ne+MIB+2+5+2018.pdf/6cca937d-f5f2-69a2-7781-0b454380756f?t=1616753902726	
Tempi di trasmissione	12h		
Conferma laboratorio	Si	Laboratorio Locale RT-PCR per diagnosi Occorre sempre inviare per tipizzazione al Laboratorio Dipartimento di Scienze per la Promozione della Salute e Materno Infantile "G. D'Alessandro" Scheda invio campione – pag 20 di 20 di https://www.iss.it/documents/20126/6996013/Protocollo+pe+r+la+sorveglianza+nazionale+delle+malattie+batteriche+invasi+ve+vers+21+03+2022.pdf/210185ef-8d63-5b2a-c508-976b9e01e980?t=1657698488011	UO per il tramite della Direzione Sanitaria di Presidio
Contatti		Dipartimento di Scienze per la Promozione della Salute e Materno Infantile "G. D'Alessandro" Università degli Studi Palermo - Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "P. Giaccone" Via del Vespro, 133 - 90127 PALERMO Tel. 091 6553632; Referente: Prof. Fabio Tramuto e-mail: fabio.tramuto@unipa.it	



Vers. 02/05/2018

Allegato 1

SCHEDA DI SEGNALAZIONE

SORVEGLIANZA DELLE MALATTIE INVASIVE DA MENINGOCOCCO,
PNEUMOCOCCO, EMOFILO e DELLE MENINGITI BATTERICHE

Questa scheda va utilizzata per segnalare al Servizio di Igiene pubblica di competenza (entro 12 ore dalla diagnosi) i casi di malattie batteriche invasive causate da *Neisseria meningitidis*, *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* e di meningite batterica da altro agente.

L'invio di questo modello non esonera dall'obbligo di segnalazione mediante il modello 15 del sistema di notifiche delle malattie infettive attualmente in vigore in Italia (il decreto 15/12/1990 prevede in classe II la segnalazione delle meningiti da *N. meningitidis* e in classe V le altre malattie batteriche invasive).

Dati relativi compilatore

Regione: _____

Data compilazione: __/__/__

Ospedale: _____

Comune: _____

Segnalato da: Sig/Dr: _____

Telefono: __/_____/____ Fax: __/_____/____

E-mail: _____@_____

Dati del paziente:

Nome: _____ Cognome: _____

Sesso: M F Data di nascita: __/__/__ Comune di residenza: _____

Codice fiscale o STP: _____ Nazionalità: _____

Data inizio sintomi: __/__/__ Comune inizio sintomi: _____ Provincia: _____

Quadro Clinico: sepsi meningite polmonite batteriemia cellulite epiglottite
(anche più di uno)

peritonite pericardite artrite settica/osteomielite altro _____

Ricoverato: Sì No se sì Data di Ricovero __/__/__

Agente eziologico:

Neisseria meningitidis *Streptococcus pneumoniae* *Haemophilus influenzae*

Altro agente eziologico causante meningite batterica:

Micobatterio tubercolare Streptococco di gruppo B Listeria

Altro agente batterico (specificare): _____

Non identificato (solo meningiti con liquor torbido o purulento)

Vers. 02/05/2018

Diagnosi di laboratorio

Persona di contatto nel laboratorio di diagnosi: _____ Tel. _____

Email: _____@_____

Ospedale/laboratorio: _____

Data prelievo del primo campione risultato positivo : ___/___/___

Diagnosi eseguita (test positivi) su:

<i>Neisseria meningitidis</i>			
<input type="checkbox"/> Liquor	<input type="checkbox"/> coltura	<input type="checkbox"/> ricerca antigene	<input type="checkbox"/> PCR
	<input type="checkbox"/> esame microscopico diretto		
<input type="checkbox"/> Sangue	<input type="checkbox"/> coltura		<input type="checkbox"/> PCR
<input type="checkbox"/> Liquido pleurico	<input type="checkbox"/> coltura		<input type="checkbox"/> PCR
<input type="checkbox"/> Liquido peritoneale	<input type="checkbox"/> coltura		<input type="checkbox"/> PCR
<input type="checkbox"/> Liquido pericardio	<input type="checkbox"/> coltura		<input type="checkbox"/> PCR
<input type="checkbox"/> Liquido sinoviale	<input type="checkbox"/> coltura		<input type="checkbox"/> PCR
<input type="checkbox"/> Placenta	<input type="checkbox"/> coltura		<input type="checkbox"/> PCR
<input type="checkbox"/> Petecchie cutanee	<input type="checkbox"/> coltura		<input type="checkbox"/> PCR
<input type="checkbox"/> Materiale autoptico da sito sterile	<input type="checkbox"/> coltura		<input type="checkbox"/> PCR
<i>Streptococcus pneumoniae</i>			
<input type="checkbox"/> Liquor	<input type="checkbox"/> coltura	<input type="checkbox"/> ricerca antigene	<input type="checkbox"/> PCR
<input type="checkbox"/> Sangue	<input type="checkbox"/> coltura		<input type="checkbox"/> PCR
<input type="checkbox"/> Liquido pleurico	<input type="checkbox"/> coltura	<input type="checkbox"/> ricerca antigene	<input type="checkbox"/> PCR
<input type="checkbox"/> Liquido peritoneale	<input type="checkbox"/> coltura	<input type="checkbox"/> ricerca antigene	<input type="checkbox"/> PCR
<input type="checkbox"/> Liquido pericardio	<input type="checkbox"/> coltura	<input type="checkbox"/> ricerca antigene	<input type="checkbox"/> PCR
<input type="checkbox"/> Liquido sinoviale	<input type="checkbox"/> coltura	<input type="checkbox"/> ricerca antigene	<input type="checkbox"/> PCR
<input type="checkbox"/> Placenta	<input type="checkbox"/> coltura	<input type="checkbox"/> ricerca antigene	<input type="checkbox"/> PCR
<input type="checkbox"/> Materiale autoptico da sito sterile	<input type="checkbox"/> coltura		<input type="checkbox"/> PCR
<i>Haemophilus influenzae</i>			
<input type="checkbox"/> Liquor	<input type="checkbox"/> coltura		<input type="checkbox"/> PCR
<input type="checkbox"/> Sangue	<input type="checkbox"/> coltura		<input type="checkbox"/> PCR
<input type="checkbox"/> Liquido pleurico	<input type="checkbox"/> coltura		<input type="checkbox"/> PCR
<input type="checkbox"/> Liquido peritoneale	<input type="checkbox"/> coltura		<input type="checkbox"/> PCR
<input type="checkbox"/> Liquido pericardio	<input type="checkbox"/> coltura		<input type="checkbox"/> PCR
<input type="checkbox"/> Liquido sinoviale	<input type="checkbox"/> coltura		<input type="checkbox"/> PCR
<input type="checkbox"/> Placenta	<input type="checkbox"/> coltura		<input type="checkbox"/> PCR
<input type="checkbox"/> Materiale autoptico da sito sterile	<input type="checkbox"/> coltura		<input type="checkbox"/> PCR
<i>Qualunque altro agente causante meningite batterica</i>			
<input type="checkbox"/> Liquor	<input type="checkbox"/> coltura	<input type="checkbox"/> ricerca antigene	<input type="checkbox"/> PCR

Note: la voce PCR include anche altre metodiche molecolari disponibili commercialmente

E' stata eseguita la tipizzazione? (solo se malattia invasiva da *N. meningitidis*, *S. pneumoniae*, *H. influenzae*) SI NO se SI siero gruppo/sierotipo _____

In quale laboratorio è stata effettuata?

 Laboratorio Riferimento regionale Altro, specificare (_____)



Vers. 02/05/2018

Esito conosciuto della malattia dalla data di segnalazione:

Ultimo aggiornamento: <input type="checkbox"/> al momento della segnalazione <input type="checkbox"/> a 14 gg <input type="checkbox"/> 1 mese <input type="checkbox"/> a 6 mesi		
<input type="checkbox"/> guarito	<input type="checkbox"/> deceduto	<input type="checkbox"/> ancora in trattamento

Sequela dalla data di segnalazione (solo se mal. invasiva da *S. pneumoniae*, *N. meningitidis*, *H. influenzae*):

Ultimo aggiornamento: <input type="checkbox"/> al momento della segnalazione <input type="checkbox"/> a 14 gg <input type="checkbox"/> 1 mese <input type="checkbox"/> a 6 mesi		
<input type="checkbox"/> Perdita anche parziale dell'udito		
<input type="checkbox"/> Perdita anche parziale della vista		
<input type="checkbox"/> Danni neurologici compresi quelli motori		
<input type="checkbox"/> Amputazioni		
<input type="checkbox"/> Necrosi e cicatrici a livello cutaneo		
<input type="checkbox"/> Altro, specificare (_____)		

Contatti e focolaio epidemico (solo se malattia batterica invasiva da *N. meningitidis* o *H.influenzae*):

Nei 10 giorni precedenti l'inizio dei sintomi, il paziente:		
è stato a contatto con un altro caso della stessa malattia? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si (confermato) <input type="checkbox"/> Si (sospetto)		
Probabile contagio fuori dall'area di domicilio abituale?		
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si Se, si, dove: _____	
Il caso fa parte di un focolaio epidemico conosciuto?		
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si Se, si, quale _____	
Comunità frequentate:		
<input type="checkbox"/> Nido	<input type="checkbox"/> Scuola materna	<input type="checkbox"/> Scuola <input type="checkbox"/> Ospedale <input type="checkbox"/> Caserma
<input type="checkbox"/> Altra comunità _____		



Vers. 02/05/2018

Stato vaccinale (solo se malattia invasiva da *S. pneumoniae*, *N. meningitidis*, *H. influenzae*)

Vaccinato per l'agente in causa? No Si regolarmente o parzialmente Informazione non disponibile

Se "Si regolarmente o parzialmente", compilare la tabella seguente solo per la vaccinazione contro l'agente responsabile del caso.

N. della dose	Data somministrazione	Nome commerciale

Note relative alla vaccinazione:

Vaccinato regolarmente si intende un individuo che ha effettuato il ciclo completo di vaccinazione e i relativi richiami (se necessari) e che si ritiene quindi potenzialmente protetto. L'informazione deve essere controllata sull'anagrafe vaccinale o equivalente. In caso di dubbio inserire nelle note.

Fattori predisponenti malattie batteriche invasive:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asplenia anatomica/funzionale | <input type="checkbox"/> Diabete mellito |
| <input type="checkbox"/> Immunodeficienza congenita | <input type="checkbox"/> Epatopatia |
| <input type="checkbox"/> Leucemie/linfomi | <input type="checkbox"/> Cardiopatie |
| <input type="checkbox"/> Altre neoplasie | <input type="checkbox"/> Asma/enfisema |
| <input type="checkbox"/> Terapie immuno-soppressive | <input type="checkbox"/> Tossicodipendenza e.v. |
| <input type="checkbox"/> Trapianto d'organo o di midollo | <input type="checkbox"/> Alcolismo |
| <input type="checkbox"/> Impianto cocleare | <input type="checkbox"/> Tabagismo |
| <input type="checkbox"/> Fistole liquorali | <input type="checkbox"/> Deficit fattori del complemento |
| <input type="checkbox"/> Immunodeficienza acquisita | <input type="checkbox"/> Emoglobinopatie |
| <input type="checkbox"/> Insuffici. renale cronica/Dialisi | <input type="checkbox"/> Altre malattie polmonari. Croniche |
| <input type="checkbox"/> Altra Condizione (_____) | |



Allegato 2

**SCHEDA DI ACCETTAZIONE PER L'INVIO DI CEPPI/CAMPIONI BIOLOGICI DA MALATTIA
INVASIVA DA MENINGOCOCCO, PNEUMOCOCCO, EMOFILO E MENINGITI BATTERICHE**

Questa scheda va associata al ceppo/campione biologico che viene inviato presso il laboratorio di Riferimento Nazionale per la Sorveglianza delle Malattie Batteriche Invasive, presso l'Istituto Superiore di Sanità.

Dati del laboratorio che invia il ceppo/campione biologico

Regione/PP.AA.: _____

Comune: _____

Nome Ospedale e Nome del Laboratorio: _____

Contatto del Laboratorio (Nome e Cognome): _____

Telefono: ____/____/____ E-mail: _____@_____

Dati Identificativi del ceppo/campione:

Codice identificativo ottenuto dalla compilazione della versione elettronica della presente scheda di Accettazione contenuta

nella piattaforma MaBI _____

Data inizio sintomi: ____/____/____

Data prelievo: ____/____/____

Agente eziologico:

- Neisseria meningitidis*
- Streptococcus pneumoniae*
- Haemophilus Influenzae*
- Altro agente eziologico causante meningite batterica: _____
- Non identificato (solo meningiti con liquor torbido o purulento)

Tipologia di campione:

Tipologia di campione					
<input type="checkbox"/> Campione biologico <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> liquor <input type="checkbox"/> sangue <input type="checkbox"/> altro 	<input type="checkbox"/> Ceppo isolato da <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> liquor <input type="checkbox"/> sangue <input type="checkbox"/> altro 	<input type="checkbox"/> DNA estratto da <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> liquor <input type="checkbox"/> sangue <input type="checkbox"/> coltura <input type="checkbox"/> altro 			

È stata eseguita la tipizzazione? Sì NO


Se Sì:

- indicare se ottenuta attraverso sieroaagglutinazione oppure metodo molecolare
- indicare sierogruppo/sierotipo _____
- in quale laboratorio è stata effettuata? _____

Sorveglianza SEIEVA epatiti

		Descrizione	Attori
Sorveglianza speciale	Si	<p><u>PROTOCOLLO SEIEVA:</u> https://www.epicentro.iss.it/epatite/pdf/Protocollo-SEIEVA.pdf</p> <p><u>SORVEGLIANZA SEIEVA:</u> https://w3.iss.it/site/Seieva/login.aspx?ReturnUrl=%2fsite%2fseieva</p>	UOS Epidemiologia e Profilassi Malattie Infettive
Modulo		<p>Scheda Epatite A, B, C, D, Sconosciuta: https://w3.iss.it/site/Seieva/files/Questionario%20SEIEVA.pdf</p> <p>Scheda Epatite E: https://w3.iss.it/site/Seieva/files/Scheda%20epatite%20E.pdf</p> <p><u>SCHEDA DI ADESIONE SORVEGLIANZA SEIEVA:</u> https://w3.iss.it/site/Seieva/files/Scheda%20di%20adesione%20SEIEVA.pdf</p>	
Tempi di trasmissione		<p>12h → Epatite A</p> <p>48h → Epatite B,C,D,E</p>	
Conferma laboratorio	si		
Contatti		<p>Centro Nazionale per la Salute Globale – ISS :</p> <p><u>Tel:</u> 06 4990 4162</p> <p><u>Tel:</u> 06 4990 4169</p> <p><u>fax:</u> 06 4990 4170</p> <p><u>Email:</u> seieva@iss.it</p> <p><u>Referente Regionale:</u></p> <p>Azienda Sanitaria Provinciale Trapani Dott. Vincenzo Di Gaetano</p> <p><u>Tel:</u> 0923 543040</p> <p><u>Email:</u> epid@asptrapani.it</p> <p>Istituto Superiore di Sanità (per EPATITE E):</p> <p><u>Tel:</u> 06/49904162-4169</p>	

Scheda Epatite A, B, C, D, Sconosciuta


 Istituto Superiore di Sanità

**QUESTIONARIO DI UN CASO NOTIFICATO
DI EPATITE VIRALE ACUTA (SEIEVA)**


Trascrivere Identificativo Scheda

|_|_|_|_|_|_|_|

A.S.L. _____ Regione _____ Numero Caso |_|_|_|_|_|_|_|_|

 **STRETTAMENTE RISERVATO** Si prega di dare uguale rilievo a tutte le domande e segnare o scrivere la risposta nelle apposite caselle o righe. Se il caso è di età inferiore a 15 anni, intervistare insieme ad un parente o tutore.

Data Intervista giorno |_|_| mese |_|_| anno |_|_|_|_| Cognome iniziale |_| Nome iniziale |_|
 Comune di domicilio abituale _____
 Cittadinanza _____ Se è diversa da "Italiana", da quanti anni vive in Italia? anni |_|_|_|
 Età |_|_| Sesso 1 Maschio 2 Femmina Attività _____
 Titolo di studio più alto conseguito (del capofamiglia, se il caso è minorenni) _____

 **IMPORTANTE** EFFETTUARE L'INTERVISTA IN UN CLIMA DI ASSOLUTA RISERVATEZZA.
 Intervistare il paziente senza aspettare i risultati di laboratorio da aggiungere appena disponibili

1 Durante la sua malattia è diventato giallo? 1 Sì 0 No 8 Non so
 2 In che data è iniziata la malattia? giorno |_|_| mese |_|_| anno |_|_|_|_|
 3 È stato ospedalizzato per questa malattia? 1 Sì 0 No 8 Non so
 3.a Se Sì, quanti giorni è rimasto in ospedale? giorni |_|_|_|_|

DURANTE LE 6 SETTIMANE PRIMA DELL'INIZIO DELLA MALATTIA:
 4 Ha preso farmaci? 1 Sì 0 No 8 Non so
 4.a Se Sì, quali _____ Per quanto tempo? giorni |_|_|_|_|
 4.b Se Sì, quali _____ Per quanto tempo? giorni |_|_|_|_|
 4.c Se Sì, quali _____ Per quanto tempo? giorni |_|_|_|_|
 4.d Se Sì, quali _____ Per quanto tempo? giorni |_|_|_|_|

5 Ha consumato frutti di mare? 1 Sì 0 No 8 Non so
 5.a Se Sì, i frutti di mare consumati erano tutti o in parte crudi? 1 Sì 0 No 8 Non so
 6 Ha consumato frutti di bosco? 1 Sì 0 No 8 Non so
 6.a Se Sì, i frutti di bosco erano: 1 Congelati 2 Freschi 3 Entrambi 8 Non so
 7 Ha bevuto acqua di pozzo o di sorgente? 1 Sì 0 No 8 Non so
 8 Ha trascorso almeno una o più notti fuori dalla sua città? 1 Sì 0 No 8 Non so
 8.a Se Sì, dove? _____ Quando giorno |_|_| mese |_|_| anno |_|_|_|_|

9 Le è stata somministrata almeno una dose di vaccino per l'epatite A? 0 No 1 Sì, una dose 2 Sì, due dosi 8 Non so
 9.a Se Sì: 1° dose - tipo vaccino _____ data giorno |_|_| mese |_|_| anno |_|_|_|_|
 9.b 2° dose - tipo vaccino _____ data giorno |_|_| mese |_|_| anno |_|_|_|_|

DURANTE I 6 MESI PRIMA DELL'INIZIO DELLA MALATTIA:
 10 Ha avuto somministrazione di sangue o di plasma? 1 Sì 0 No 8 Non so
 11 Ha avuto somministrazione di altri derivati del sangue (fattori della coagulazione, immunoglobuline, etc.)? 1 Sì 0 No 8 Non so
 12 Ha avuto interventi chirurgici (compresa piccola chirurgia)? 1 Sì 0 No 8 Non so
 12.a Se Sì: Specificare il tipo di intervento: _____ 1 Ambulatoriale 2 Con ricovero
 13 È stato sottoposto ad endoscopia? 1 Sì 0 No 8 Non so
 13.a Se Sì: Specificare il tipo di endoscopia: _____ 1 Ambulatoriale 2 Con ricovero
 14 È stato ospedalizzato (incluso Day Hospital)? 1 Sì 0 No 8 Non so
 14.a Se Sì: Ospedale _____ Reparto _____ Quando giorno |_|_| mese |_|_| anno |_|_|_|_|
 14.b Ospedale _____ Reparto _____ Quando giorno |_|_| mese |_|_| anno |_|_|_|_|
 14.c Ospedale _____ Reparto _____ Quando giorno |_|_| mese |_|_| anno |_|_|_|_|

15 Ha fatto uso di droghe? 1 Sì 0 No 8 Non so
 15.a Se Sì, modalità di assunzione 1 endovenosa 2 inalazione 3 entrambe 4 altro 8 Non so
 15.b Se Sì, ha mai avuto contatti con un SERT? 1 Sì 0 No 8 Non so

16 Ha avuto un trattamento dentario? 1 Sì 0 No 8 Non so
 17 Si è fatto i buchi alle orecchie o altro tipo di piercing? 1 Sì 0 No 8 Non so
 18 Si è fatto un tatuaggio? 1 Sì 0 No 8 Non so
 19 Le è stata praticata l'ago puntura? 1 Sì 0 No 8 Non so
 20 Si è rasato dal barbiere? 1 Sì 0 No 8 Non so
 21 È stato dal callista o dal manicure? 1 Sì 0 No 8 Non so



Istituto Superiore di Sanità

**QUESTIONARIO DI UN CASO NOTIFICATO
DI EPATITE VIRALE ACUTA (SEIEVA)**

22	E' stato emodializzato?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so
23	Le è stata somministrata almeno una dose di vaccino per l'epatite B?	<input type="checkbox"/> 1 Sì, una dose	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so
		<input type="checkbox"/> 2 Sì, due dosi		
		<input type="checkbox"/> 3 Sì, tre dosi		
23.a	Se Sì: 1° dose - tipo vaccino _____ data	giorno	mese	anno
23.b	2° dose - tipo vaccino _____ data	giorno	mese	anno
23.c	3° dose - tipo vaccino _____ data	giorno	mese	anno
24	Durante i 6 mesi prima dell'inizio della sua epatite un suo familiare, convivente, amico, compagno di scuola o di lavoro ha avuto l'epatite?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so
24.a	Se Sì, la loro malattia è iniziata meno di due mesi prima della sua?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so
25	Ha un convivente o partner sessuale HBsAg (Antigene Australia) positivo?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so
25.a	Se Sì: Tipo di relazione _____			
25.b	Era a conoscenza che un componente della sua famiglia (o il suo partner) era portatore di HBsAg prima che Lei avesse l'epatite acuta?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so
25.c	Se Sì, perché non si era vaccinato?	<input type="checkbox"/> 1 Non ero sicuro dell'efficacia		
		<input type="checkbox"/> 2 Paura degli effetti collaterali		
		<input type="checkbox"/> 3 Non sapeva a quale struttura rivolgersi		
		<input type="checkbox"/> 4 Altro _____		
26	Ha un convivente o partner sessuale anti-HCV positivo?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so
27	Ha un convivente tossicodipendente?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so
28	Durante i 6 mesi prima dell'inizio della sua malattia ha avuto partner sessuali?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 7 Preferisco non rispondere
28.a	Se Sì, con quanti partner ha avuto rapporti sessuali?	N. Partner maschili femminili		
29	Ha avuto un partner sessuale tossicodipendente negli ultimi 6 mesi?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so
30	Durante i 6 mesi prima dell'inizio della sua malattia ha avuto rapporti occasionali?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so
30.a	Se Sì, ha utilizzato il profilattico	<input type="checkbox"/> 1 Sempre	<input type="checkbox"/> 2 Occasionalmente	<input type="checkbox"/> 3 Mai
31	Quante persone vivono nella sua casa, Lei incluso?	N. Persone		
32	Vi sono bambini che frequentano un asilo nido o una scuola materna?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so
33	E' donatore periodico di sangue?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so
34	In passato ha eseguito un test per l'HIV?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 7 Preferisco non rispondere
34.a	Se Sì, è risultato positivo al test per l'HIV?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so
VALORI MASSIMI DEI SEGUENTI PARAMETRI DI LABORATORIO				
35	AST ALT Bilirubina Totale Bilirubina Diretta INR			
36	RISULTATI DI LABORATORIO Data del prelievo di sangue	giorno	mese	anno
37	E' positivo per HBsAg?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non ricercato
38	E' positivo per IgM anti-HBc?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non ricercato
39	E' positivo per IgM anti-Epatite A?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non ricercato
40	E' positivo per IgM anti-Delta?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non ricercato
41	E' positivo per anti-HCV?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non ricercato
42	E' positivo per HCV-RNA?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non ricercato
42.a	Se Sì, livello viremia			
43	E' positivo per IgM anti-Epatite E?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non ricercato
44	DECORSO CLINICO Encefalopatia	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so
45	Fulminante	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so
46	Trapianto di fegato	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so
47	Decesso	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so
47.a	In caso di decesso indicare la data	giorno	mese	anno
	Causa iniziale: _____			
48	Commenti: _____			
	Firma dell'intervistatore _____			

Scheda Epatite E



SEIEVA

Scheda epidemiologica per la Sorveglianza dell'Epatite virale E

Regione _____ ASL* _____ Numero Caso |__|__|__|__|

Data intervista: |__|__|__|__| (gg/mm/aaaa)

INFORMAZIONI SUL CASO

Trascrivere Identificativo Scheda |__|__|__|__|__|__|

Nome (iniziale)*: |__|__|

Cognome (iniziale)*: |__|__|

Sesso*: Maschio Femmina

Data di nascita* |__|__|__|__| (gg/mm/aaaa)

Comune di domicilio abituale _____

Se è diversa da "Italiana", da quanti anni vive in Italia |__|__|

Cittadinanza* _____

Titolo di studio (del capofamiglia, se il caso è minorenne) _____

Professione (del capofamiglia, se il caso è minorenne) _____

QUADRO CLINICO DI ESORDIO

Data inizio sintomi* |__|__|__|__| (gg/mm/aaaa)

Presenza di sintomi* Sì No Non so

Se Sì, quali:

ittero Sì No Non sofebbre Sì No Non sodolore addominale Sì No Non soperdita appetito/peso Sì No Non sonausea Sì No Non sovomito Sì No Non so

altri sintomi (specificare) _____

diarrea Sì No Non sourine scure Sì No Non sofeci chiare Sì No Non somal di testa Sì No Non sodolori articolari Sì No Non soastenia Sì No Non soQuadro clinico neurologico* Sì No Non so

Se Sì, quale:

paralisi di Bell Sì No Non somielite trasversa acuta Sì No Non sosindrome di Guillain-Barré Sì No Non soamiotrofia nevralgica Sì No Non someningo-encefalite Sì No Non so

altro (specificare) _____

Ricovero Sì No Non so

Se Sì, durata della degenza (n. giorni) |__|__|

Epatite fulminante Sì No Non so

ANAMNESI

Gravidanza in corso* Sì No Non so

Se Sì, settimana di gestazione |__|__|

Malattia epatica cronica Sì No Non soImmunodepressione Sì No Non so

Se sì, specificare la causa:

terap. immunosoppressive Sì No Non soasplenia Sì No Non somalnutrizione Sì No Non sotrapianto di organo Sì No Non soo di midollo osseo Sì No Non so

altro (specificare) _____

HIV Sì No Non sodiabete Sì No Non sotumore Sì No Non so

Se Sì, anno |____|

COMPLICANZE

Encefalopatia Sì No Non soTrapianto di fegato Sì No Non soDecesso* Sì No Non so

Se Sì: causa iniziale _____

data |__|__|__|__| (gg/mm/aaaa)



FATTORI DI RISCHIO ALIMENTARI (nei 2 mesi precedenti la malattia)

Acqua non controllata (pozzo, sorgente ...)	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	
Frutti di mare crudi o poco cotti	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	Se Sì, quali: <input type="checkbox"/> mitili (cozze) <input type="checkbox"/> vongole <input type="checkbox"/> fasolari <input type="checkbox"/> datteri di mare <input type="checkbox"/> cannolicchi <input type="checkbox"/> capesante <input type="checkbox"/> ostriche <input type="checkbox"/> tartufi di mare <input type="checkbox"/> telline <input type="checkbox"/> altro _____
Frutta fresca non lavata	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	Se Sì, specificare _____
Frutti di bosco surgelati	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	Se Sì, quali: <input type="checkbox"/> fragole <input type="checkbox"/> mirtilli <input type="checkbox"/> lamponi <input type="checkbox"/> ribes <input type="checkbox"/> frutti di bosco misti <input type="checkbox"/> altro _____
Verdura cruda non lavata	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	Se Sì, specificare _____
Carne di maiale cruda o poco cotta	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	
Insaccati/salsicce di maiale non stagionati	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	
Salsicce di fegato di maiale non stagionate	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	
Carne di cinghiale cruda o poco cotta	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	
Salsicce di cinghiale non stagionate	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	
Carne di altra selvaggina cruda o poco cotta	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	Se Sì, specificare animale _____
Carne cruda o poco cotta di altro animale	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	Se Sì, specificare animale _____
Frattaglie	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	

ALTRI FATTORI DI RISCHIO (nei 2 mesi precedenti la malattia)

Storia di viaggio (una o più notti fuori dalla città di residenza abituale)	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	
Se Sì, dove _____		dal __ _ _ al __ _ _ _ (gg/mm/aaaa)
Vive o lavora in una fattoria/allevamento	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	
Pratica giardinaggio	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	
Ha un orto	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	
Utilizza letame per concimare	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	
Pratica la caccia	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	
Ha animali domestici (cani, gatti, roditori ...)	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	Se Sì, specificare _____
Ha animali da allevamento (maiali, bovini, polli ...)	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	Se Sì, specificare _____
Ha contatti con soggetti che hanno avuto la stessa diagnosi	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	Se Sì, indicare tipo di rapporto _____
Trasfusione di sangue o emoderivati	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	

DATI DI LABORATORIO

IgM anti-HEV*	<input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg	IgG anti-HEV	<input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Non ricercato
HEV-RNA su siero*	<input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Non ricercato	HEV-RNA su feci*	<input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Non ricercato
Se RNA Positivo:	Genotipo _____		
Valori MASSIMI dei seguenti test ematici:			
AST /GPT	_ _ _ _ UI/L	Bilirubina totale	_ _ _ _ mg/dl
ALT / GOT	_ _ _ _ UI/L	Bilirubina diretta	_ _ _ _ mg/dl
Anti-HBc (totali)	<input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Non ricercato	IgM anti-HAV	<input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Non ricercato
IgM anti-HBc	<input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Non ricercato	Anti-HCV	<input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Non ricercato
HBsAg	<input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Non ricercato	HCV-RNA	<input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Non ricercato

NOTE

Intervistatore _____

Paralisi Flaccida Acuta

		Descrizione	Attori
Sorveglianza speciale	si	<p>Aggiornamento delle raccomandazioni per lo stato della sorveglianza delle paralisi flaccide acute:</p> <p>https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2018&codLeg=65962&parte=1%20&serie=null</p>	<p>Medico segnalatore per mezzo della Direzione Sanitaria Ospedaliera UOS Epidemiologia e Profilassi Malattie Infettive</p>
Modulo	si	<p>scheda di segnalazione - scheda di follow-up:</p> <p>https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_82_0_listaFile_itemName_4_file.pdf</p>	
Tempi di trasmissione	12 h		
Conferma laboratorio	si	<p>Centro di Riferimento Regionale per la Sorveglianza delle Paralisi Flaccide Acute e ambientale della circolazione di poliovirus in Sicilia - AOUP Palermo D.A. n°98298/15 del 22/12/2015 - Assessorato della Salute - Regione Siciliana</p> <p>Responsabile: Prof.ssa Simona De Grazia</p> <p>Referente Scientifico Aziendale AOUP: Prof. Giovanni Giammanco</p> <p>091.6553462; 091.6553677; 366.6759981</p> <p>mail:sorveglianza.pfa.sicilia@gmail.com</p> <p>Via del Vespro, 133 - 90127 Palermo, Piano 3°</p>	
Contatti		<p>la scheda di “segnalazione iniziale” - “campioni PFA” e “follow-up a 60 giorni” vanno inviate contemporaneamente a:</p> <p>- Ministero della Salute D.G. Prevenzione Sanitaria Ufficio 05- Prevenzione delle malattie trasmissibili e Viale Regina Elena 299 profilassi internazionale:</p> <p><u>Tel:</u> 06 5994 3307</p> <p><u>Tel:</u> 06 5994 2743</p> <p><u>Email:</u> malinf@sanita.it</p> <p><u>Email:</u> a.dalberto@sanita.it</p>	

ALL.B. PRG.097.DrQr

TABELLE ESPLICATIVE PER LE MALATTIE A
SORVEGLIANZA SPECIALE



Via Mazzini 1, 91100 Trapani

Codice del documento: PRG.097.DrQr

Data di emissione:15/02/2024

N° di revisione: 0

Pagina 42 di 53

- Istituto Superiore di Sanità Dipartimento Malattie
Infettive:

Tel: 06 4990 2126

Tel: 06 4990 3237

PEC: dmi@per.iss.it

Centro di Riferimento Regionale per la Sorveglianza
delle Paralisi Flaccide Acute e ambientale della
circolazione di poliovirus in Sicilia - AOUP Palermo
D.A. n°98298/15 del 22/12/2015 - Assessorato della
Salute - Regione Siciliana

mail: sorveglianza.pfa.sicilia@gmail.com



Data di compilazione ___/___/___

Sorveglianza PFA**Segnalazione iniziale**

Regione _____ Provincia _____ ASL _____

Iniziali Cognome e nome (prime due lettere) _____ Sesso _____

ID ospedale _____

Luogo di nascita _____ Data ___/___/___

Domicilio _____ Tel _____

Comune di residenza (se diversa dal domicilio) _____

Ricoverato presso _____ dal ___/___/___

Unità Operativa _____ Indirizzo _____

Data inizio paralisi ___/___/___

data inizio indagini cliniche per PFA ___/___/___

Febbre all'inizio della paralisi: si no non noto Progressione della paralisi entro 4 giorni dall'inizio dei sintomi: si no non noto Asimmetria della paralisi: si no non noto Localizzazione paralisi. arti arti e musc. respiratori bulbare facciali non noto Vaccinazione antipolio (indicare data e tipo di vaccino per ciascuna dose).....si no non noto

I dose ___/___/___

II dose ___/___/___

III dose ___/___/___

IV dose ___/___/___

IPV OPV IPV OPV IPV OPV IPV OPV **Nel più breve tempo possibile vanno inviati al laboratorio di riferimento:**

- Due campioni di feci (prelevati ad un intervallo minimo di 24 ore e massimo 48 uno dall'altro) e un campione di siero.

- Si ricorda che 60 giorni dopo la comparsa dei sintomi andrà compilata la scheda di follow-up

Medico responsabile della segnalazione _____

Tel _____ fax _____ E-mail _____

La presente scheda va inviata contemporaneamente a

Ministero della Salute
D.G. Prevenzione Sanitaria
Ufficio 05- Prevenzione delle malattie trasmissibili e
profilassi internazionale
Via G. Ribotta 5 -00144 Roma
Tel 06 5994 3307 -2743
E-mail: malinf@sanita.it
a.dalberto@sanita.it

Istituto Superiore di Sanità
Dipartimento Malattie Infettive
Viale Regina Elena 299
00161 Roma
Tel:06 49902126 (3237)

PEC: dmi@pec.iss.it

Centro regionale di referenza _____



Data di compilazione ___/___/___

Sorveglianza PFA**SCHEDA CAMPIONI PER PFA**

Regione _____ Provincia _____ ASL _____

Iniziali Cognome e nome (prime due lettere) _____ Sesso _____

ID ospedale _____

Luogo di nascita _____ Data ___/___/___

Date di raccolta dei campioni:

I campione di feci ___/___/___

II campione di feci ___/___/___

Un campione di siero ___/___/___

Si ricorda che 60 giorni dopo la comparsa dei sintomi andrà compilata la scheda di follow-up**Medico responsabile della notifica** _____

Tel _____ fax _____ E-mail _____

La presente scheda va inviata contemporaneamente a

Ministero della Salute
D.G. Prevenzione Sanitaria
Ufficio 05- Prevenzione delle malattie trasmissibili e
profilassi internazionale
Via G. Ribotta 5 -00144 Roma
Tel 06 5994 3307 -2743
E-mail: malinf@sanita.it
a.dalberto@sanita.it

Istituto Superiore di Sanità
Dipartimento Malattie Infettive
Viale Regina Elena 299
00161 Roma
Tel:06 49902126 (3237)

PEC: dmi@pec.iss.it

Centro regionale di referenza _____

Data ___/___/___

Sorveglianza PFA**Follow-up a 60 giorni**

Regione _____ Provincia _____ ASL _____

Iniziali Cognome e nome (prime due lettere) _____ Sesso _____

ID ospedale _____

Luogo di nascita _____ Data ___/___/___

Comune di residenza (se diversa dal domicilio) _____

Data della visita per il follow-up ___/___/___

Paralisi presente dopo 60 giorni no si

Sito eventuale paralisi

gamba sinistra	<input type="checkbox"/>	musc. respiratori	<input type="checkbox"/>
gamba destra	<input type="checkbox"/>	nervi cranici	<input type="checkbox"/>
braccio destro	<input type="checkbox"/>	altro(specificare)	_____
braccio sinistro	<input type="checkbox"/>		

Miglioramento della paralisi rispetto alla fase acuta: no si

Commenti sull'eventuale grado di miglioramento _____

Allegare, se disponibile, il rapporto neurologico _____

Diagnosi finale

poliomielite	<input type="checkbox"/>
sindrome di Guillain-Barrè	<input type="checkbox"/>
poliradiculoneurite/Sindrome di Landry	<input type="checkbox"/>
mielite trasversa	<input type="checkbox"/>
neuropatia traumatica	<input type="checkbox"/>
meningite	<input type="checkbox"/>
encefalite	<input type="checkbox"/>
compressione spinale	
(da neoplasia, ascesso, ematoma)	<input type="checkbox"/> specificare _____
malattie sistemiche o metaboliche	<input type="checkbox"/> specificare _____
altro	<input type="checkbox"/> specificare _____

Medico responsabile _____

La presente scheda va inviata contemporaneamente a

Ministero della Salute
D.G. Prevenzione Sanitaria
Ufficio 05- Prevenzione delle malattie trasmissibili e
profilassi internazionale
Via G. Ribotta 5 -00144 Roma
Tel 06 5994 3307 -2743
E-mail: malinf@sanita.it
a.dalberto@sanita.it

Istituto Superiore di Sanità
Dipartimento Malattie Infettive
Viale Regina Elena 299
00161 Roma
Tel:06 49902126 (3237)
PEC: dmi@pec.iss.it

Centro regionale di referenza _____

Malattia di Creutzfeldt-Jakob (CJD)

		Descrizione	Attori
Sorveglianza speciale	si	Normativa Sorveglianza Trova Norme & Concorsi - Normativa Sanitaria (salute.gov.it)	Medico segnalatore per mezzo della Direzione Sanitaria Ospedaliera
Modulo	si	Scheda di Sorveglianza: https://elezioni.regione.veneto.it/documents/10793/11161175/Creutzfeldt-Jacob.pdf/f552c615-810b-40b9-804e-d7023c2b1fba	
Tempi di trasmissione	12 h		
Conferma laboratorio	Sì	Si invio campione di Liquor presso registro nazionale della malattia di creutzfeldt-jakob – iss Conferma autoptica	
Contatti		La segnalazione va inviata a: -Ministero della Sanità - Dipartimento della prevenzione: fax 06 59944242 e-mail: dpv.oemi@sanirta.it -Istituto Superiore di Sanità - Laboratorio di virologia, reparto di malattie degenerative del sistema nervoso ad eziologia virale: fax: 06 49903012 e-mail: rest@iss.it -UOS Epidemiologia Profilassi e Malattie Infettive: Email: epid@asptrapani.it -DASOE servizio 4: servizio4.dasoe@regione.sicilia.it	

Scheda per la sorveglianza epidemiologica della MALATTIA DI CREUTZFELDT-JAKOB

Medico segnalatore	Informazioni paziente
Nome: _____	Iniziali del paziente: _____
Ospedale: _____	Sesso: _____
Indirizzo dell'ospedale: _____	Data di nascita: _____
Telefono: _____	Data esordio malattia (mese/anno): _____
Fax: _____	Sintomo d'esordio: _____
e-mail: _____	_____

SEGNALARE LA PRESENZA DI

- Disturbi psichiatrici nelle prime fasi della malattia	SI	NO	
- Decadimento intellettivo – demenza	SI	NO	
- Mioclono	SI	NO	
- Altri movimenti involontari	SI	NO	
- Segni piramidali	SI	NO	
- Segni extrapiramidali	SI	NO	
- Segni cerebellari	SI	NO	
- Segni visivi	SI	NO	
- Mutismo acinetico	SI	NO	
- Parestesie	SI	NO	
- Disestesie dolorose	SI	NO	
- EEG caratteristico*	SI	NO	NON ESEGUITO
- Esame liquorale (proteina 14-3-3)	SI	NO	NON ESEGUITO

* (complessi trifasici periodici punta onda, 1-2 c/s. Questo tracciato compare nella maggior parte dei pazienti con malattia di Creutzfeldt-Jakob. Può essere assente nelle fasi iniziali o terminali della malattia. Qualora l'EEG non fosse tipico, si consigliano ripetute e prolungate registrazioni)

ALTRI ESAMI STRUMENTALI EFFETTUATI

TC cerebrale SI NO RMN cerebrale SI NO

FATTORI DI RISCHIO: _____

(esempi: registrazione EEG con elettrodi corticali, interventi neurochirurgici, terapia con ormone della crescita di tipo estrattivo, impianto di dura madre, trapianto di cornea)

DATA: _____

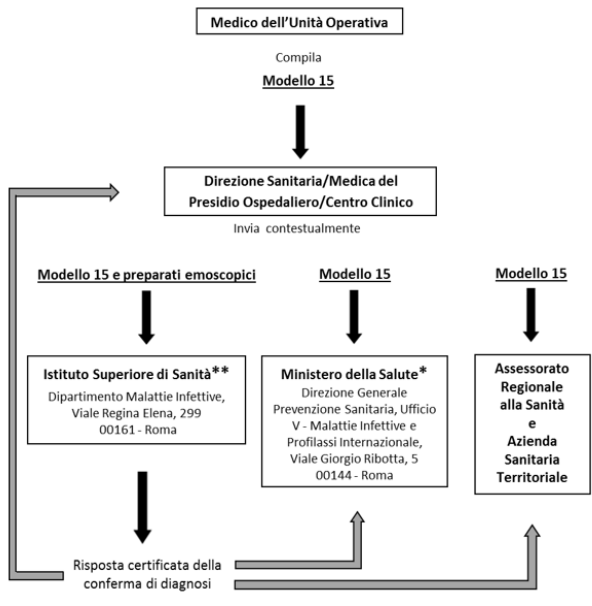
INVIARE A:

REGISTRO NAZIONALE DELLA MALATTIA DI CREUTZFELDT-JAKOB E
SINDROMI CORRELATE

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA

FAX: 06/49903012

Sorveglianza Malaria

		Descrizione	Attori
Sorveglianza speciale	si	Prevenzione e controllo in Italia https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2016&codLeg=57366&parte=1%20&serie=null	Direzione Sanitaria UO degenza UOC SPEMP
Modulo	si	https://www.seremi.it/sites/default/files/Prevenzione%20e%20controllo%20della%20malaria%20in%20Italia%20dicembre%202016.pdf	
Tempi di trasmissione	48 h		
Conferma laboratorio	Sì	Laboratorio Locale: sierologico e RT-PCR (non individua le specie) Laboratorio di Riferimento Regionale AOUP Palermo	
Contatti		Prof.ssa Simona De Grazia, Prof. Giovanni Giammanco 091.6553462; 091.6553677; mail: Via del Vespro, 133 - 90127 Palermo, Piano 3°	
Flusso		 <pre> graph TD A[Medico dell'Unità Operativa] -- Compila Modello 15 --> B[Direzione Sanitaria/Medica del Presidio Ospedaliero/Centro Clinico] B -- Invia contestualmente --> C[Modello 15 e preparati emoscopici] B -- Invia contestualmente --> D[Modello 15] B -- Invia contestualmente --> E[Modello 15] C --> F[Istituto Superiore di Sanità** Dipartimento Malattie Infettive, Viale Regina Elena, 299 00161 - Roma] D --> G[Ministero della Salute* Direzione Generale Prevenzione Sanitaria, Ufficio V - Malattie Infettive e Profilassi Internazionale, Viale Giorgio Ribotta, 5 00144 - Roma] E --> H[Assessorato Regionale alla Sanità e Azienda Sanitaria Territoriale] F --> I[Risposta certificata della conferma di diagnosi] G --> I H --> I I --> A </pre>	



ALLEGATO 3

Inviare a:

Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Regione, Autorità sanitaria locale

Mod.15 - Sanità Pubblica - modificato

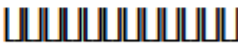
Classe III

SCHEDA PER LA NOTIFICA E L'INCHIESTA EPIDEMIOLOGICA SU CASO DI MALARIA

 IMPORTATA INDOTTA AUTOCTONA

REGIONE _____	PROVINCIA _____
COMUNE _____	ASL _____ COD.ASL _____

Sezione A

COGNOME _____	NOME _____	SESSO <input type="checkbox"/> maschio <input type="checkbox"/> femmina
ETA' COMPIUTA ALL'INIZIO DELLA MALATTIA: [____] [____]		
<small>< 1 anno. Da 0 a 11 mesi ≥ 1 anno. Da 1 a 99 anni -99 indicare 99</small>		
CITTADINANZA _____		
CODICE SSN 	PROFESSIONE _____	
INDIRIZZO DOMICILIO ABITUALE _____		
STATO DI RESIDENZA _____		
SE RESIDENTE IN ITALIA INDICARE COMUNE _____		PROV. [____]
ASL DI RESIDENZA _____		COD. ASL RES _____

Sezione B

PAESE VISITATO _____	CONTINENTE _____
MOTIVO DEL VIAGGIO <input type="checkbox"/> lavoro <input type="checkbox"/> turismo <input type="checkbox"/> rientro Paese d'origine	
<input type="checkbox"/> immigrazione <input type="checkbox"/> missione religiosa <input type="checkbox"/> missione militare	
<input type="checkbox"/> non noto <input type="checkbox"/> altro specificare _____	
DATA PARTENZA DALL'ITALIA ____/____/____	DATA RIENTRO IN ITALIA ____/____/____
DATA INIZIO SINTOMI ____/____/____ RICOVERO <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	
RICOVERATO PRESSO OSPEDALE DI _____ REPARTO _____	
DATA RICOVERO ____/____/____	DATA DIAGNOSI CLINICA ____/____/____
DATA DIAGNOSI EMOSCOPICA ____/____/____	
ESITO <input type="checkbox"/> guarigione <input type="checkbox"/> decesso	DATA DIMISSIONE/DECESSO ____/____/____
SPECIE DI PLASMODIO <input type="checkbox"/> P. falciparum <input type="checkbox"/> P. vivax <input type="checkbox"/> P. malariae <input type="checkbox"/> P. ovale	
<input type="checkbox"/> forme miste specificare _____ <input type="checkbox"/> non specificabile	
TERAPIA _____ FARMACORESISTENZA A _____	
CHEMIOPROFILASSI <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> si, incompleta	
Se si specificare tipo chemioprolassi _____	
Note: indicare eventuale stato di gravidanza o concomitanza di altre patologie, casi di recidiva e recrudescenza _____	
Medico _____	Data compilazione ____/____/____

Sezione C (riservata all'Istituto Superiore di Sanità)

Emoscopia pervenuta _____	Emoscopia di controllo _____
---------------------------	------------------------------

Inviare a:

Ministero della Salute, Direzione Generale Prevenzione Sanitaria, Ufficio 5 - Prevenzione delle malattie trasmissibili e profilassi internazionale, Viale Giorgio Ribotta, 5, Roma-00144. Indirizzo di posta elettronica: malinf@sanita.itIstituto Superiore di Sanità, Dipartimento di Malattie infettive, Viale Regina Elena, 299, 00161-Roma, specificando nell'intestazione "Notifica per malaria". Indirizzo di posta elettronica: sorveglianza.malaria@iss.itAssessorato Sanità Regionale
Autorità Sanitaria Locale

<p>ALL.B. PRG.097.DrQr</p> <p>TABELLE ESPLICATIVE PER LE MALATTIE A SORVEGLIANZA SPECIALE</p>	 <p>Via Mazzini 1, 91100 Trapani</p>	<p>Codice del documento: PRG.097.DrQr</p> <p>Data di emissione:15/02/2024</p> <p>N° di revisione: 0</p> <p>Pagina 50 di 53</p>
---	---	--

Sorveglianza e controllo delle infezioni da Enterobatteri resistenti ai carbapenemi

		Descrizione	Attori
Sorveglianza speciale	Si	<p>Prevenzione e controllo in Italia</p> <p>https://www.inmi.it/wp-content/uploads/2021/09/Circolare-CRE-prot-1479-17-gen-2020.pdf</p> <p>Direttiva regionale CRE - Sorveglianza delle batteriemie da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE) dasoe serv8 29/04/2021</p>	Laboratorio microbiologia, Direzione Medica Presidio
Modulo	Si	allegato alla circolare	
Tempi di trasmissione	48h	Inserimento dati su portale <i>qualitasiciliaassr</i> - sorveglianza CRE	
Conferma laboratorio			
Contatti		<p>cre@qualitasiciliaassr.it</p> <p>Laboratorio di Riferimento Regionale per la sorveglianza ed il controllo della circolazione di batteri produttori di carbapenemasi</p> <p>Responsabile: Prof.ssa Anna Giammanco, Collabora: Prof.ssa Teresa Fasciana Recapiti telefonici Tel. 091.6553470, Cell. 335.6392938 , Cell. 388.2422122 Mail di riferimento anna.giammanco@unipa.it, teresa.fasciana@unipa.it</p> <p>Ricerca della presenza di stipiti carbapenemasi produttori in campioni biologici mediante metodiche colturali e biomolecolari.</p> <p>Isolamenti batterici da campioni clinici e ambientali, Caratterizzazione fenotipica di resistenza ai farmaci. Tipizzazione molecolare degli isolati</p>	

<p>ALL.B. PRG.097.DrQr</p> <p>TABELLE ESPLICATIVE PER LE MALATTIE A SORVEGLIANZA SPECIALE</p>	 <p>Via Mazzini 1, 91100 Trapani</p>	<p>Codice del documento: PRG.097.DrQr</p> <p>Data di emissione:15/02/2024</p> <p>N° di revisione: 0</p> <p>Pagina 51 di 53</p>
---	--	---

Monitoraggio dell'andamento delle forme gravi e complicate da virus antinfluenzale

		Descrizione	Attori
Sorveglianza speciale	si	Prevenzione e controllo in Italia https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2023&codLeg=97973&parte=1%20&serie=null	UTI -Direzione Sanitaria di Presidio UOC SPEMP
Modulo	si	Vedi Circolare Ministeriale	Registrazione Sito FLUFF 100
Tempi di trasmissione	12-24 h		
Conferma laboratorio	sì	Entro 48-72 ore Laboratorio di Riferimento Regionale per la sorveglianza epidemiologica e virologica dei virus influenzali” Laboratorio Centro Riferimento Nazionale ISS	
Contatti		flulab@iss.it https://www.unipa.it/dipartimenti/promise/struttura/laboratori.html cerca “Laboratorio di Riferimento Regionale per la sorveglianza epidemiologica e virologica dei virus influenzali”	

0039022-15/12/2023-DGPRE-DGPRE-P - Allegato Utente 1 (A01)
Allegato 1SCHEDA PER LA NOTIFICA DELLE FORME GRAVI E COMPLICATE
E DEI DECESSI DA VIRUS INFLUENZALI

Stagione 2023-2024

I dati della scheda dovranno essere inseriti nel sito al seguente indirizzo <https://www.iss.it/Site/FLUFF100/login.aspx>
Copia della scheda dovrà essere inviata a malinf@sanita.it

[COMPILARE IN STAMPATELLO IN MODO LEGGIBILE]

Dati della segnalazione

Data di segnalazione: ___/___/___

Regione: |_____| Asl: |_____|

Dati di chi compila la scheda

Nome: |_____| Cognome: |_____|

Telefono: |_____| Cellulare: |_____| E-mail: |_____|

Informazioni Generali del Paziente

Nome: |_____| Cognome: |_____| Sesso: M|___| F|___|

Data di nascita: ___/___/___ se data nascita non disponibile, specificare età in anni compiuti: |___|_| o in mesi: |___|_|

Comune di residenza: |_____|

In stato di gravidanza? Sì|___| No|___| Non noto|___| se sì, mese di gestazione |___|

Informazioni sullo Stato Vaccinale

Il paziente è stato vaccinato per influenza nella corrente stagione: Sì|___| No|___| Non noto|___|

se sì, Nome commerciale del vaccino: |_____| Data della vaccinazione: ___/___/___

Informazioni Cliniche del Paziente

Data insorgenza primi sintomi: ___/___/___

Data ricovero: ___/___/___ Nome Ospedale: |_____|

Reperto:	Terapia intensiva/rianimazione (UTI)	___	Intubato	___	ECMO	___
	DEA/EAS	___				
	Terapia sub intensiva	___				
	Cardiochirurgia	___				
	Malattie infettive	___				
	Altro, specificare	___				_____

Terapia Antivirale: Sì|___| No|___| Non noto|___|

se sì, Oseltamivir |___| Zanamivir |___| Peramivir |___| Data inizio terapia: |_____| Durata: |___| (giorni)

Presenza di patologie croniche: Sì|___| No|___| Non noto|___| se sì quali?

Tumore Sì|___| No|___| Non noto|___|

Diabete Sì|___| No|___| Non noto|___|

Malattie cardiovascolari Sì|___| No|___| Non noto|___|

Deficit immunitari Sì|___| No|___| Non noto|___|



Malattie respiratorie Si|__| No|__| Non noto|__|
 Malattie renali Si|__| No|__| Non noto|__|
 Malattie metaboliche Si|__| No|__| Non noto|__|
 Obesità BMI tra 30 e 40 Si|__| No|__| Non noto|__|
 Obesità BMI>40 Si|__| No|__| Non noto|__|
 Altro, specificare: _____

Dati di Laboratorio

Data prelievo del campione: ___/___/_____ Diagnosi per: |__| A(H1N1)pdm09
 |__| A(H3N2)
 |__| A/non sotto-tipizzabile
 |__| A/Altro sottotipo | _____|
 |__| B
 Data diagnosi del laboratorio: ___/___/_____

Invio del campione al Laboratorio NIC presso ISS: Si|__| No|__| se sì, Data di invio: ___/___/_____

Complicanze

Se presenza complicanze, specificare: | _____|

Data complicanza: ___/___/_____ Eseguita radiografia: Si|__| No|__| Non noto|__|

Polmonite: Si|__| No|__| Non noto|__|
 Polmonite influenzale primaria: Si|__| No|__| Non noto|__|
 Polmonite batterica secondaria: Si|__| No|__| Non noto|__|
 Polmonite mista: Si|__| No|__| Non noto|__|
Grave insufficienza respiratoria acuta (SARI) ¹: Si|__| No|__| Non noto|__|
Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS) ²: Si|__| No|__| Non noto|__|
 Altro, specificare: Si|__| No|__| Non noto|__| _____

Esito e Follow-up

Esito: Guarigione |__| **Data:** ___/___/_____

 Decesso |__| **Data:** ___/___/_____

 Presenza esiti |__| Specificare _____

Si sottolinea l'importanza di effettuare, al momento del ricovero, i test di laboratorio per l'identificazione dei virus influenzali (inclusa la sottotipizzazione per A(H1N1)pdm09 e A(H3N2)) per tutti i pazienti con SARI e con ARDS (secondo le definizioni sopra riportate). Per i casi con diagnosi di laboratorio per influenza si raccomanda di far pervenire il campione biologico al Centro Nazionale Influenza (NIC) presso l'ISS, previa comunicazione tramite flulab@iss.it ed entro 48-72 ore dal prelievo, se da soggetti con età <65 anni e non aventi patologie croniche favorenti le complicanze. In caso di virus di tipo A non sottotipizzabile e appartenente ad altro sottotipo (es. H5, H7, H9, H1N1v, H3N2v), si raccomanda di contattare tempestivamente e far pervenire al NIC il campione biologico.

¹ **Definizione di caso di SARI:** un paziente ospedalizzato di qualsiasi età con:

- almeno un segno o sintomo respiratorio (tosse, mal di gola, difficoltà respiratorie) presenti al momento del ricovero o nelle 48 ore successive all'ammissione in ospedale e
- almeno un segno o sintomo sistemico (febbre o febbre, cefalea, mialgia, malessere generalizzato) o deterioramento delle condizioni generali (astenia, perdita di peso, anoressia o confusione e vertigini).

La data di inizio sintomi (o l'aggravamento delle condizioni di base, se croniche) non deve superare i 7 giorni precedenti l'ammissione in ospedale.

² **Definizione di ARDS:** paziente ospedalizzato di qualsiasi età con:

sindrome infiammatoria polmonare, caratterizzata da lesioni alveolari diffuse ed aumento della permeabilità dei capillari polmonari, con incremento dell'acqua polmonare extracapillare, definito come edema polmonare non cardiaco, che richiede un ricovero ospedaliero in UTI e/o il ricorso alla terapia in ECMO in cui sia stata confermata, attraverso specifici test di laboratorio, la presenza di un tipo/sottotipo di virus influenzale. Clinicamente l'ARDS è caratterizzata da una dispnea grave, tachipnea e cianosi, nonostante la somministrazione di ossigeno, riduzione della "compliance" polmonare ed infiltrati polmonari bilaterali diffusi a tutti i segmenti. Secondo l'American European Consensus Conference la diagnosi di ARDS può essere posta qualora siano presenti i seguenti criteri:

- insorgenza acuta della malattia;
- indice di ossigenazione PaO₂/FiO₂ inferiore a 200 mmHg, indipendentemente dal valore PEEP (Positive End Expiratory Pressure);
- infiltrati bilaterali alla radiografia toracica in proiezione antero-posteriore;
- pressione di chiusura dei capillari polmonari (PCWP) inferiore a 18 mmHg, escludendo un'origine cardiaca dell'edema polmonare.