

ISTRUZIONE OPERATIVA PER LA SEGNALAZIONE DELLE MALATTIE INFETTIVE

<u>Data Emissione</u>	<u>Redazione a cura di</u>	<u>Verifica Contenuti</u>	<u>Approvazione</u>
18/06/2024	UOC DMPU Giovanna Cristiano Carmela Fuoco Sara Mazza Ludovica Lateano Emma Rizzo UOC Microbiologia e Virologia Saveria Dodaro	Francesco Rose Direttore f.f. DMPU <u>Verifica Metodologica</u> Annalisa Orlando Responsabile ff UOSD Qualità e Accreditamento <u>Verifica Gestione Rischio Clinico</u> Ottavio Stefano Responsabile UOSD Rischio Clinico	Vitaliano De Salazar Commissario Straordinario Francesco Zinno Direttore Sanitario

INDICE

1.INTRODUZIONE	Pag. 3
2.SCOPO, CAMPO DI APPLICAZIONE E DIFFUSIONE	Pag.3
ALLEGATO 1	Pag.4
3.MODALITA' OPERATIVE	Pag. 6
ALLEGATO 2	Pag.8
4.MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	Pag. 10
5.CRITERI E STRUMENTI DI VALUTAZIONE	Pag.10
BIBLIOGRAFIA	Pag.11
ALLEGATO 3	Pag.13

1. INTRODUZIONE

Il flusso informativo delle notifiche prevede l'obbligo, per il medico, di inviare al Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (SISP), competente per territorio, la segnalazione di tutti i casi di malattie infettive-diffusive (accertate o sospette) incluse nell'elenco indicato nel DM 7 marzo 2022 (vedi Allegato 1) e di eventuali altre malattie non incluse, qualora il medico sospetti una patologia diffusiva che, per modalità di presentazione o per caratteristiche epidemiologiche, possa risultare pericolosa o si verifichi in modo inusuale nella collettività.

Il SISP verifica l'adeguatezza della segnalazione ricevuta ed avvia le indagini epidemiologiche previste per legge; inserisce, inoltre i dati acquisiti, nella piattaforma del Sistema di Segnalazione delle Malattie Infettive (PREMAL). Il PREMAL, istituito con DPCM del 3 marzo 2017 e regolamentato con DM del 7 marzo 2022, è un sistema informativo che permette una raccolta uniforme dei dati nonché la condivisione, in tempo reale, con le autorità competenti dei casi segnalati, al fine di effettuare:

- ✓ *interventi di profilassi e sanità pubblica*
- ✓ *tracciamento dei contatti nazionali e internazionali*
- ✓ *sorveglianza stretta per lo screening e la diagnosi di malattie diffusive come la TBC*
- ✓ *ritiro alimenti e campionamenti di filiera (es. botulismo, listeria)*
- ✓ *controlli ambientali, dei vettori e delle donazioni (di organi, emocomponenti etc)*

2. SCOPO - CAMPO DI APPLICAZIONE - DIFFUSIONE

Scopo di questa istruzione operativa è indicare il corretto flusso informativo di notifica delle malattie infettive secondo le ultime disposizioni ministeriali. Essa è rivolta al personale sanitario delle UUOO con degenza che hanno il compito di effettuare la segnalazione del caso, accertato o sospetto, presente nel proprio reparto.

L'istruzione operativa sarà pubblicata, dopo la sua approvazione, sul portale del dipendente, alla voce Qualità, Linee Guida e Procedure, nella cartella DMPU e verrà inviata a tutti i Direttori delle UUOO. Sarà custodita in DMPU in originale.

ALLEGATO 1

ELENCO DELLE MALATTIE INFETTIVE SOTTOPOSTE A SORVEGLIANZA

<i>CODICE ICD9-CM - MALATTIA</i>
022 – ANTRACE
088.81 – BORRELIOSI
005.1 – BOTULISMO
023 – BRUCELLOSI
001 – COLERA
007.4 – CRIPTOSPORIDIOSI
061 – DENGUE
110 – DERMATOFITOSI
032 – DIFTERITE
122 – ECHINOCOCCOSI
063 – ENCEFALITE VIRALE DA ZECCHIE
064 – ENCEFALITE VIRALE TRASMESSA DA ARTROPODI
070.1 – EPATITE VIRALE A
070.3 – EPATITE VIRALE B
070.51 – 070.54 - EPATITE VIRALE C
070.52 – EPATITE VIRALE D
070.53 – EPATITE VIRALE E
070.9 – EPATITI VIRALI ACUTE ALTRE
066.3 – CHIKUNGUNYA
078.89 – FEBBRE EMORRAGICA VIRALE
060 – FEBBRE GIALLA
083.0 – FEBBRE Q
002 – FEBBRE TIFOIDE E PARATIFOIDE
066.4 – FEBBRE VIRALE WEST NILE
007.1 – GIARDIASI
053 – HERPES ZOSTER
099.5 – INFEZIONE DA CHLAMYDIA
098 – INFEZIONE GONOCOCCICA (BLENORRAGIA)
008.43 – INFEZIONE INTESTINALE DA CAMPYLOBACTER
008.04 – INFEZIONE INTESTINALE DA ESCHERICHIA COLI PRODUTTORE DELLA SHIGA/VEROCITOSSINA (STEC/VTEC) INCLUSA SEU
041.3 – 041.4 INFEZIONI DA ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI (CPE)
008.44 – INFEZIONE INTESTINALE DA YERSINIA ENTEROCOLITICA
003 – INFEZIONI DA SALMONELLA
008.45, 008.61, 008.62, 008.63, 008.67 INFEZIONI – 005.0, 005.2, 005.4, 005.81, 005.89, TOSSINFEZIONI DI ORIGINE ALIMENTARE
487 – INFLUENZA
480.8 – INFLUENZA AVIARIA
030 – LEBBRA
482.84 – LEGIONELLOSI

CODICE ICD9-CM - MALATTIA

085.9 – LEISHMANIOSI CUTANEA
085.0 – LEISHMANIOSI VISCERALE
100 – LEPTOSPIROSI
099.1 – LINFOGRANULOMA VENEREO
027.0 – LISTERIOSI
084.0 – 084.6 - MALARIA
320 – 320.0 - 036.0 – 320.1 MALATTIA BATTERICA INVASIVA
046.1 – MALATTIA DI JAKOB-CREUTZFELDT
047, 047.0, 047.8, 047.9 – MENINGITI VIRALI
031 – MICOBATTERIOSI NON TUBERCOLARE
055 – MORBILLO
072 – PAROTITE EPIDEMICA
132 – PEDICULOSI E FTIRIASI
033 – PERTOSSE
020 – PESTE
045 – POLIOMIELITE ACUTA
073.0 – POLMONITE DA PSITTACOSI
071 – RABBIA
082 – RICKETTSIOSI
056 – ROSOLIA
771.0 – ROSOLIA CONGENITA
647.5 – ROSOLIA IN GRAVIDANZA
133.0 – SCABBIA
034.1 – SCARLATTINA
004 – SHIGELLOSI
480.3 – SINDROME RESPIRATORIA MEDIO ORIENTALE (Mers-CoV)
091 – SIFILIDE
090 – SIFILIDE CONGENITA
037 – TETANO
080 – TIFO [EPIDEMICO] DA PIDOCCHI
130 – TOXOPLASMOSI
771.2 – TOXOPLASMOSI CONGENITA
124 – TRICHINELLOSI
011, 012-012.8, 013-013.9, 014, 015-015.9, 016-016.9, 017- 017.8, 018-018.9 – TUBERCOLOSI
021 – TULAREMIA
050 – VAIOLO
052 – VARICELLA
057.8 VAIOLO DELLE SCIMMIE (Monkeypox)
066.3 – ZIKA
066.3 – ZIKA CONGENITA
000.0 (*) INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (ICA) .(*) Codice provvisorio non ICD9-CM

3. MODALITA' OPERATIVE

3.1. Indicazioni generali

Le attuali modalità di segnalazione delle malattie non vengono più definite sulla base delle Classi di appartenenza (indicate nel DM 15 dicembre 1990) ma in ragione del fatto che la malattia generi o meno un allerta, ovvero la necessità dell'adozione immediata di interventi di sanità pubblica. Sono stati quindi individuati due gruppi di malattie infettive che differiscono tra loro per i tempi di segnalazione, da effettuarsi:

- 1. entro 12 ore*
- 2. entro 48 ore.*

Il modello per la segnalazione è **unico** (Allegato 2A e 2B) ed include l'elenco delle malattie soggette a notifica, suddivise per tempi di segnalazione. **Il medico dell'UOC dove si trova ricoverato il paziente è responsabile della notifica di malattia** e dovrà far pervenire il modello (Allegato 2), debitamente compilato, con timbro e firma, alla Direzione Medica di Presidio Unico (DMPU) che provvederà poi a inviarne copia al SISP dell'ASP di Cosenza (tramite mail al seguente indirizzo: igienepubblica@aspcs.it) ed a custodire la notifica e la ricevuta di invio della stessa. Se la notifica dovesse avvenire in orari di chiusura della DMPU, dovrà essere informato il medico reperibile della Direzione.

3.2. Malattie sottoposte a sistemi speciali di sorveglianza

Nell'Allegato 2B sono indicate, inoltre, quali **malattie sono sottoposte a sistemi speciali di sorveglianza** (es. Dengue, Legionellosi, Morbillo etc). In questo caso, devono essere inviati alla DMPU, sia il **modello di segnalazione unico** (Allegato 2A e 2B) che la **scheda di segnalazione specifica** (vedi Allegato 3). La DMPU invierà le due notifiche al SISP di competenza che attiverà le dovute procedure per le malattie sottoposte a sorveglianza speciale (Fig.1)

Per alcune sorveglianze integrate (es. M. di Jacob-Creutzfeldt) il/i campione/i idoneo/i del caso andrà trasmesso al Laboratorio di Riferimento Regionale o all'ISS corredato dei dati necessari richiesti (come recapiti telefonici, dati anagrafici etc) da trasmettere al SISP di competenza.

Nel caso di una sospetta patologia che generi allerta i cui esami ematochimici per la conferma diagnostica vengano inviati all'UOC Microbiologia e Virologia aziendale, come Laboratorio di riferimento, è auspicabile che il medico di reparto contatti il personale in turno, per informarlo dell'invio degli esami in programma. E' analogamente auspicabile che i referti, una volta pronti, se positivi, vengano segnalati al personale del reparto richiedente.

3.3. Infezioni sostenute da Microrganismi Alert

Tra le malattie da notificare entro 48 ore sono incluse anche le infezioni sostenute da "Microrganismi Alert". Nella Tabella 1 sono elencati i microrganismi sentinella sottoposti a sorveglianza nella nostra Azienda, secondo le indicazioni della Regione Calabria.

Il Ministero per la Salute ha istituito un sistema di sorveglianza nazionale delle batteriemie da *Klebsiella pneumoniae* ed *Escherichia coli* (circolare del 26.02.2013 e successivo aggiornamento del 6.12.2019) cui la nostra Azienda ha aderito inviando le segnalazioni sulla piattaforma CRE-ISS.

Tabella 1. Elenco dei microrganismi sentinella, sottoposti a sorveglianza

- ✓ *Acinetobacter baumannii* MDR (Multidrug resistant)
- ✓ *Aspergillus* spp in pazienti immunocompromessi
- ✓ Bacilli Gram negativi non fermentanti (*Pseudomonas* spp, *Burkholderia* spp, *Stenotrophomonas maltophilia*, *Acinetobacter* spp., ecc.) MDR (Multidrug resistant) o XDR (extensively drug- resistant)
- ✓ *Clostridioides difficile* produttore di tossine
- ✓ Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE) con specifica delle relative batteriemie
- ✓ *Enterococcus faecalis* ed *Enterococcus faecium* resistenti alla vancomicina (VRE)
- ✓ *Staphylococcus aureus* meticillino-resistente (MRSA)
- ✓ *Candida auris*
- ✓ Micobatteri MDR (Multidrug resistant), pre-XDR (pre extensively drug- resistant) e XDR (extensively drug- resistant)
- ✓ *Neisseria gonorrhoeae*
- ✓ *Neisseria meningitidis*
- ✓ *Haemophilus influenzae*
- ✓ *Streptococcus pneumoniae*
- ✓ *Salmonella* spp non typhoid, *Salmonella enterica* Tiphy e *Salmonella enterica* Paratyphi A
- ✓ *Shigella* spp

ALLEGATO 2 A: SCHEDE SEGNALAZIONE MALATTIA INFETTIVA DA CONSEGNARE IN DMPU COMPILATA E CON TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO CHE EFFETTUA LA NOTIFICA

SEGNALAZIONE DI MALATTIA INFETTIVA
















Decreti del Ministero Salute 7 marzo 2022 e 22 luglio 2022 concernenti il Sistema di segnalazione delle malattie infettive (PREMAL)

MALATTIA INFETTIVA: (da elenco malattie infettive sottoposte a sorveglianza riportato sul retro) <input type="checkbox"/> SOSPETTA <input type="checkbox"/> ACCERTATA _____	
DATI RELATIVI AL PAZIENTE:	
Codice fiscale: _____	
Cognome: _____	
Nome: _____	
Data di nascita: _____ Sesso <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Domicilio: via _____	
Comune _____ Provincia _____	
Residenza (se diversa dal domicilio): via _____ Comune _____ Provincia _____	
<input type="checkbox"/> Residenza Stato estero: _____	
<input type="checkbox"/> Senza fissa dimora	
Cittadinanza: _____ Professione: _____	
Collettività frequentata (se dato rilevante per misure di sanità pubblica): _____	
Gravidanza <input type="checkbox"/> Sì (mesi _____) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non noto	
Recapito telefonico del paziente o di un familiare per la raccolta di ulteriori informazioni da parte della struttura di Igiene e Sanità Pubblica territorialmente competente: Tel. _____ Cell. _____	
Data inizio sintomi: _____ Comune inizio sintomi: _____	
Sintomi: _____	
Ricovero: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì Data del ricovero: _____	
Motivo del ricovero: _____	
Struttura di ricovero: _____ specificare struttura operativa _____	
Recenti viaggi o soggiorni in Italia o all'estero (in periodo compatibile con quello di incubazione della malattia): _____	
Data diagnosi: _____	
Criterio diagnostico: <input type="checkbox"/> clinico <input type="checkbox"/> sierologico <input type="checkbox"/> microscopico <input type="checkbox"/> culturale <input type="checkbox"/> PCR/biologia molecolare	
<input type="checkbox"/> Altro _____	
Data Prelievo: _____ Data Referto: _____	
Altri casi correlati: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì (nr. _____)	
Note: _____	
DATI RELATIVI AL MEDICO CHE EFFETTUA LA SEGNALAZIONE:	
Cognome: _____ Nome: _____	
Struttura Sanitaria: _____ Reparto: _____	
Tel: _____ e-mail: _____	
Data di invio segnalazione: _____	
TIMBRO E FIRMA	

ALLEGATO 2 B: ELENCO MALATTIE SUDDIVISE PER TEMPI DI SEGNALAZIONE DA CONSEGNARE ALLA DMPU DOPO AVER INDICATO LA MALATTIA CHE SI NOTIFICA.

SEGNALAZIONE DI MALATTIA INFETTIVA

Decreti del Ministero Salute 7 marzo 2022 e 22 luglio 2022 concernenti il Sistema di segnalazione delle malattie infettive (PREMAL)

Malattie infettive con allerta sanitaria segnalazione <u>entro 12 ore</u>	Malattie infettive con segnalazione <u>entro 48 ore:</u>
<p>Antrace Botulismo Colera Dengue  Difterite Epatite virale A Chikungunya  Febbre Emorragica Virale Febbre Gialla Febbre Virale West Nile  Infezione da Chlamydia Infezioni –Tossinfezioni di origine alimentare Influenza aviaria Lebbra Legionellosi  Malattia Batterica Invasiva (da Meningococco, Pneumococco ed Emofilo e Meningiti batteriche anche da altro agente eziologico)  Malattia di Jakob-Creutzfeldt  Meningiti virali Micobatteriosi non Tubercolare  Monkeypox (Mpox) Morbillo  Peste Poliomielite acuta Rabbia Rosolia congenita  Rosolia In gravidanza  Sindrome Respiratoria Medio Orientale (Mers-Cov) Tifo [Epidemico] da Pidocchi Tubercolosi Vaiolo Zika  Zika congenita </p>	<p>Borreliosi Brucellosi Criptosporidiosi Dermatofitosi Echinococcosi Encefalite virale da zecche  Encefalite virale trasmessa da artropodi Epatite virale B Epatite virale C Epatite virale D Epatite virale E Epatiti virali acute altre Febbre Q Febbre tifoide e paratifoide Giardiasi Herpes Zoster Infezione gonococcica (Blenorragia) Infezione intestinale da Campylobacter Infezione intestinale da Escherichia Coli produttore della Shiga/Verocitossina (STEC/VTEC) inclusa SEU Infezioni da Enterobatteri produttori di Carbapenemasi  Infezioni sostenute da altri microrganismi alert Infezione intestinale da Yersinia Enterocolitica Infezioni da Salmonella Influenza Leishmaniosi cutanea Leishmaniosi viscerale Leptosirosi Linfogranuloma venereo Listeriosi Malaria Parotite epidemica Pediculosi e Ftiriasi Pertosse Polmonite da Psittacosi Rickettsiosi Rosolia Scabbia Scarlattina Shigellosi Sifilide Sifilide congenita Tetano Toxoplasmosi Toxoplasmosi congenita Trichinellosi Tularemia Varicella Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) (*) – <u>Sorveglianza non ancora attiva</u></p>
<p> Malattia sottoposta a sistemi speciali di sorveglianza</p>	
<p>Altre malattie infettive:</p>	

La comunicazione deve essere inviata al SISP dell'ASP di Cosenza alla seguente mail: igienepubblica@aspcs.it, recapito telefonico: 09848933574

4. MATRICE DELLA RESPONSABILITA'

ATTIVITA'	DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO	DIRETTORE UO	COORDINATORE UO	MEDICO UO	U.O.S.D. GESTIONE RISCHIO CLINICO
COMPILAZIONE DI NOTIFICA NEI TEMPI PREVISTI		C		R	
INVIO NOTIFICA NEI TEMPI PREVISTI ALLA DMPU		C	R	C	
INVIO NOTIFICA AL SISP DELL'ASP DI COSENZA	R				
VERIFICA CORRETTA APPLICAZIONE PROCEDURA	R	C	C		C

LEGENDA: R= RESPONSABILE; C= COLLABORA

5. CRITERI E STRUMENTI DI VALUTAZIONE

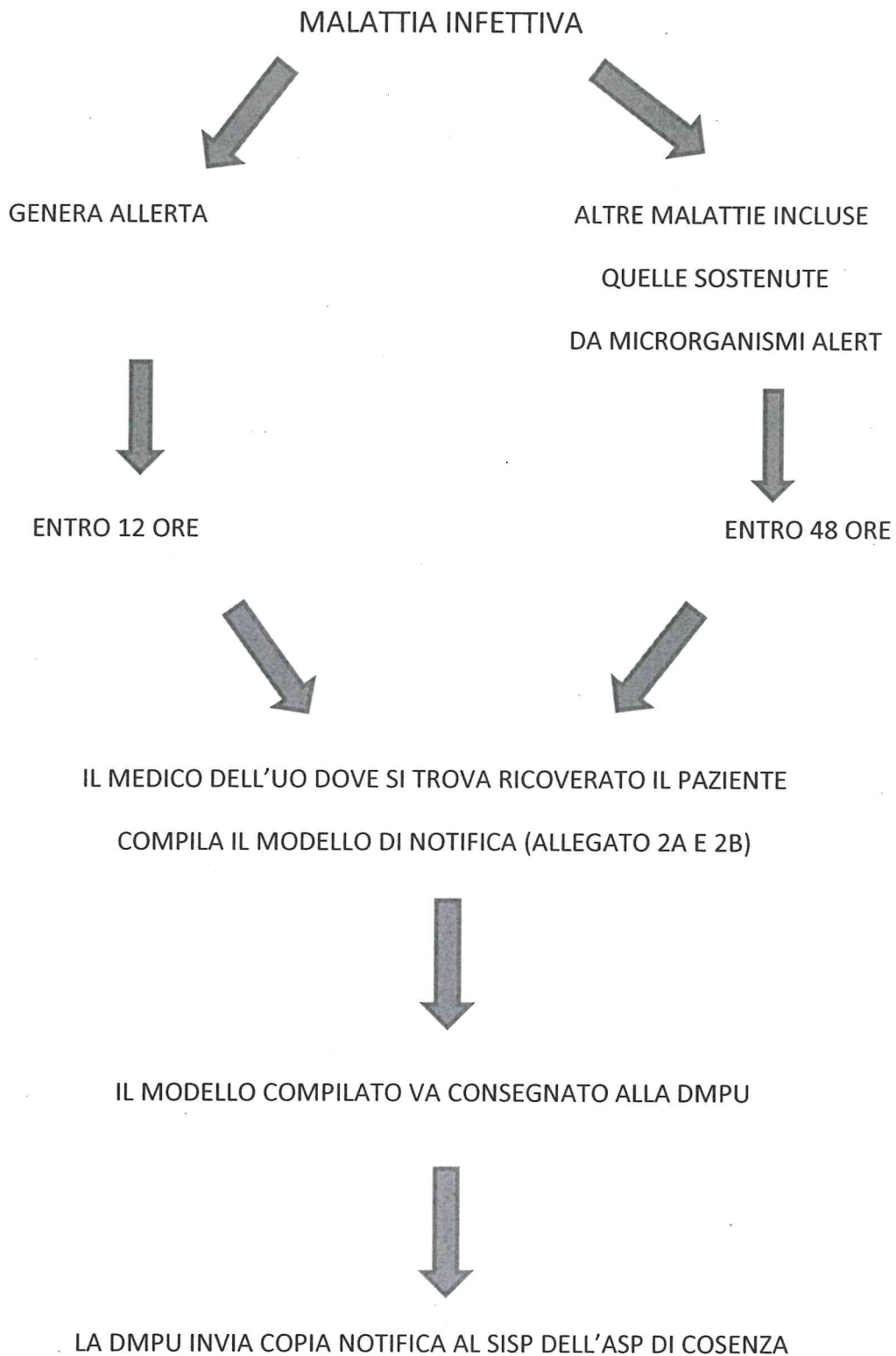
Al fine di verificare la corretta adesione a questo documento verranno valutati i seguenti indicatori annualmente:

INDICATORE 1	
N° di schede inviate sulla piattaforma ministeriale dalla DMPU / numero di notifiche delle UUOO per Enterobatteri resistenti ai carbapenemi e/o produttori di carbapenemasi (CRE/CPE)	Risultato standard: non inferiore al 95%
INDICATORE 2	
Rispetto dell'invio, nei tempi previsti, di notifica da parte delle UUOO in DMPU	Risultato standard: non inferiore al 98%

6. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- Decreto del Ministero della Salute 7 marzo 2022 “Revisione del sistema di segnalazione delle malattie infettive (PREMAL)” in GU n°82 del 7-4-2022
- Epidemiologia, sorveglianza delle infezioni da patogeni multiresistenti e gestione delle Infezioni Correlate all’Assistenza (ICA) nella regione Calabria. Report 2022-2023
- Decreto del Ministero della Salute “22 luglio 2022” Modifica del decreto 7 marzo 2022 concernente il Sistema di Segnalazione delle malattie Infettive (PREMAL)” in G.U. n.208 del 7 settembre 2022
- Istruzione operativa per la notifica delle malattie infettive – ASL Latina 3 gennaio 2024
- ECDC Surveillance Atlas of Infectious Diseases

FIGURA 1. SCHEDA RIASSUNTIVA DI SEGNALAZIONE DI MALATTIA INFETTIVA



ALLEGATO 3 SCHEDE MINISTERIALI DI SEGNALAZIONE DI PATOLOGIE SOTTOPOSTE A SORVEGLIANZA SPECIALE

- ✓ Legionellosi
- ✓ TBC
- ✓ Arbovirosi
- ✓ Chikungunya – Dengue
- ✓ Creutzfeldt-Jakob
- ✓ Malattie invasive da Meningococco, Pneumococco, Emofilo e meningiti batteriche
- ✓ West Nile Virus
- ✓ Morbillo, Rosolia, Varicella

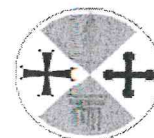


SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

AZIENDA OSPEDALIERA
"Annunziata – Mariano Santo
S. Barbara"
Cosenza



REGIONE CALABRIA

SCHEDA DI SORVEGLIANZA DELLA LEGIONELLOSI

N. Scheda

Data

Ospedale Notificante _____

Cognome Nome del paziente _____

Data di nascita

Sesso M F

Indirizzo di residenza _____

Data Insorgenza sintomi

Data Ricovero Ospedaliero

Data Dimissione

Esito: Miglioramento/Guarigione

Decesso Non noto

Diagnosi clinica

segni di polmonite focale rilevabili all'esame clinico SI NO
esame radiologico suggestivo di interessamento polmonare SI NO

Diagnosi di laboratorio

Isolamento del germe SI NO

Se sì, specificare da quale materiale biologico _____

specie e siero gruppo identificati _____

Sierologia SI NO

1° siero: n. gg da inizio sintomi _____ titolo _____ specie e sg _____

2° siero: n. gg da inizio sintomi _____ titolo _____ specie e sg _____

Rilevazione antigene urinario Pos Neg Non eseguita Data

Immunofluorescenza diretta Pos Neg Non eseguita Data

Biologia molecolare (PCR) Pos Neg Non eseguita Data

(metodo non ancora validato)

Fattori di rischio

Abitudine al fumo SI NO da quanto tempo _____ quantità

Abitudine all'alcool SI NO quantità _____

Malattie concomitanti SI NO Specificare _____

Trapianto d'organo SI NO Specificare _____

In terapia con corticosteroidi o immunosoppressori: SI NO

Attività lavorativa

Mansione _____

Nome dell'azienda _____ Indirizzo _____

con esposizione professionale ad acqua aerosolizzata SI NO NON NOTO

con utilizzo della doccia SI NO NON NOTO

in luoghi con presenza di torri di raffreddamento SI NO NON NOTO

Specificare il reparto e l'ultimo giorno di lavoro _____

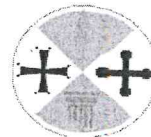


SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

AZIENDA OSPEDALIERA
"Annunziata – Mariano Santo
S. Barbara"
Cosenza



REGIONE CALABRIA

Cure odontoiatriche nei 10 giorni precedenti l'esordio SI NO

specificare ambulatorio/struttura e data _____

Ricovero Ospedaliero nei 10 giorni precedenti l'esordio SI NO

Ospedale _____ Reparto _____

Periodo da [] [] [] a [] [] []

Ricovero presso strutture sanitarie/socio-sanitarie SI NO

Tipo di struttura _____ Nome _____

Comune _____ periodo: da [] [] [] a [] [] []

Soggiorno nei 10 giorni precedenti all'esordio,
in luoghi diversi dalla propria abitazione SI NO

Specificare tipo di struttura recettiva: (es. albergo, terme, campeggio, nave, parchi acquatici,
fiere espositive, ecc.) _____

Nome e indirizzo _____ n. stanza _____

Eventuale nome operatore turistico _____

In gruppo Individuale periodo: da [] [] [] a [] [] []

Attività di giardinaggio, uso di autolavaggio, esposizione a nebulizzatori d'acqua, ecc.

SI NO

specificare sito _____ e data: _____

Trattamenti e cure inalatorie (anche presso stabilimenti termali), aerosol, ossigenoterapia
 SI NO NON NOTO

Nome e indirizzo _____

Uso di docce, vasche per idromassaggio presso impianti sportivi/stabilimenti balneari o frequentazione di centri
benessere e piscine, nei 10 giorni precedenti l'esordio SI NO

Specificare tipo di struttura _____

Indagine Ambientale a cura del Dipartimento di Prevenzione SI NO

Se SI, specificare il luogo e il materiale analizzato _____

Se SI Positiva Negativa

Se Positiva specificare Specie e Sierogruppo _____

Note _____

Generalità e recapito del medico compilatore

Nome Cognome _____

Ospedale _____ Reparto _____

Indirizzo _____ Tel. _____ Fax _____

Data Compilazione [] [] []



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

AZIENDA OSPEDALIERA
"Annunziata – Mariano Santo
S. Barbara"
Cosenza



REGIONE CALABRIA

SCHEDA DI NOTIFICA E SORVEGLIANZA TBE

Regione _____ ASL _____

Data di segnalazione: ___/___/___ (gg/mm/aaaa) Data intervista: ___/___/___ (gg/mm/aaaa)

Informazioni sul caso

Cognome _____ Nome: _____

Sesso: M F Data di nascita: ___/___/___ (gg/mm/aaaa)

Luogo di nascita _____

Nazionalità _____ Cittadinanza _____
Comune Provincia Stato

Domicilio abituale: _____
Via/piazza e numero civico Comune Provincia

Esposizione

Tipo di esposizione (probabile):
 Lavorativa _____ Specificare (es. Guardia Forestale, Contadino)
 Hobby _____ Specificare (es. Trekking, raccolta funghi)

Luogo, probabile di esposizione: _____ Specificare (es. Valle del Pasubio)

Ricordo puntura di zecca: No Sì data ___/___/___ (gg/mm/aaaa)

Permanenza all'estero o in Italia in zone diverse dal domicilio abituale nei 28 giorni precedenti l'inizio dei sintomi. SI NO

1. _____ data inizio _____ data fine _____
2. _____ data inizio _____ data fine _____
Stato Estero/Comune data inizio data fine

Contatto con altri casi nei 15 giorni precedenti l'inizio dei sintomi? SI NO

Se si specificare i nominativi ed i relativi contatti: _____

Consumo di latte e latticini non pastorizzati SI NO

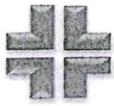
Se Sì: consumati il _____ dove _____ Acquistati il _____ dove _____

altre persone che hanno mangiato lo stesso latte latticini _____

Anamnesi positiva, nei 28 giorni precedenti la diagnosi/segnalazione per trasfusione di sangue o emocomponenti SI NO
per donazione di sangue o emocomponenti SI NO

Vaccinazioni nei confronti di altri Flavivirus: Tick borne encephalitis SI NO NN ; Febbre Giapponese SI NO NN ;
Encefalite Giapponese SI NO NN

Gravidanze: SI NO se sì, settimane di gestazione _____



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

AZIENDA OSPEDALIERA
"Annunziata – Mariano Santo
S. Barbara"
Cosenza



REGIONE CALABRIA

Informazioni cliniche

Ricovero: SI NO se si, Data ricovero ___/___/___ (gg/mm/aaaa) Data dimissione ___/___/___ (gg/mm/aaaa)
Ospedale _____ Reparto: _____ UTI: SI NO
se no, visita presso MMG/PLS/Guardia Medica Pronto Soccorso Data visita ___/___/___ (gg/mm/aaaa)

Data inizio sintomatologia: ___/___/___ (gg/mm/aaaa)

Segni e sintomi	SI	NO	NN		SI	NO	NN
Febbre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cefalea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artralgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mialgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vomito/Nausea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolore retro-orbitale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fotofobia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rash cutaneo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Congiuntivite non purulenta / iperemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parestesie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rigidità nucale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alterazione della coscienza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Paralisi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tremori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Emorragie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altri segni e sintomi: _____							

¹ In caso di altre arbovirosi e hantavirus



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

AZIENDA OSPEDALIERA
"Annunziata – Mariano Santo
S. Barbara"
Cosenza



REGIONE CALABRIA

Diagnosi e prognosi

Sindrome simil-influenzale Meningite asettica
Meningo-encefalite Encefalite
Altro: _____ Specificare _____
Sequela: SI NO NN se sì, _____ Specificare _____
Esito: Vivo Deceduto data decesso ____/____/____ (gg/mm/aaaa)

Test di laboratorio

Ricerca anticorpi nel siero

Data 1° prelievo ____/____/____ (gg/mm/aaaa)
IgM: POS NEG Dubbio Titolo: _____ Tipo metodica usata: _____
IgG: POS NEG Dubbio Titolo: _____ Tipo metodica usata: _____
Data 2° prelievo ____/____/____ (gg/mm/aaaa)
IgM: POS NEG Dubbio Titolo: _____ Tipo metodica usata: _____
IgG: POS NEG Dubbio Titolo: _____ Tipo metodica usata: _____

Identificazione antigene virale

Data prelievo ____/____/____ (gg/mm/aaaa) Tipo metodica usata: _____ POS NEG Dubbio

Test di neutralizzazione

Data prelievo ____/____/____ (gg/mm/aaaa) Titolo _____ POS NEG Dubbio

PCR

Siero: data prelievo ____/____/____ (gg/mm/aaaa) POS NEG Dubbio
Liquor: data prelievo ____/____/____ (gg/mm/aaaa) POS NEG Dubbio
Saliva: data prelievo ____/____/____ (gg/mm/aaaa) POS NEG Dubbio
Urine: data prelievo ____/____/____ (gg/mm/aaaa) POS NEG Dubbio

Isolamento virale

(specificare materiale: siero e/o saliva e/o urine
data prelievo ____/____/____ (gg/mm/aaaa) POS NEG Dubbio

Classificazione di caso: TBE: _____ PROBABILE CONFERMATO
Altre Arbovirosi, specificare: _____
Tipo caso: _____ IMPORTATO AUTOCTONO

Note (scrivere in stampatello):

Data di compilazione ____/____/____ (gg/mm/aaaa)
Operatore sanitario che ha compilato la scheda (stampo e firma)



AZIENDA OSPEDALIERA
"Annunziata - Mariano Santo
S. Barbara"
Cosenza



SCHEMA DI NOTIFICA E SORVEGLIANZA ARBOVIROSI

Regione _____ ASL _____
 Data di segnalazione: gg | | mm | | aa | | | | | | Data intervista: gg | | mm | | aa | | | | | |

Informazioni sul caso

Cognome _____ Nome: _____
 Sesso: M F Data di nascita gg | | mm | | aa | | | | | |
 Luogo di nascita _____
 Comune _____ Provincia _____ Stato _____
 Domicilio abituale: _____
 Via/piazza e numero civico _____ Comune _____ Provincia _____
 Nazionalità _____ Cittadinanza _____
 Permanenza all'estero o in Italia in zone diverse dal domicilio abituale nei 15 giorni precedenti l'inizio dei sintomi: SI NO

Stato Estero/Comune	data inizio	data fine

Contatto con altri casi nei 15 giorni precedenti l'inizio dei sintomi SI NO
 e si specificare i nominativi ed i relativi contatti:

Storico di emofilia positiva per trasfusione di sangue o emocomponenti nei 28 giorni precedenti la diagnosi/segnalazione SI NO
 Storico di emofilia positiva per donazione di sangue o emocomponenti nei 28 giorni precedenti la diagnosi/segnalazione SI NO
 Vaccinazioni nei confronti di altri Flavivirus:
 Vaccino per l'encefalite giapponese S N Non noto; Febbre Gialla S N Non noto; Encefalite Giapponese S N Non noto

Gravidanza SI NO se sì: settimane | |

Esposizione sessuale con partner maschile (anche asintomatico) che ha viaggiato in aree endemiche/epidemiche SI NO

Informazioni cliniche

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
 Motivo ricovero no. visita: MMG/PLS/Guardia Medica Pronto Soccorso

Segni e sintomi	SI	NO	NN	SI	NO	NN
Febbre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cefalea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artralgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mialgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rash	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolore retro-orbitale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Meningo-encefalite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artrite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Congiuntivite non purulenta/ipеремia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altri segni e sintomi	_____					

Rilevazione di eventi correlabili a un'infezione da Zika virus:

Sindrome di Guillain-Barré o altre polineuriti, mieliti, encefalomieliti acute o altri disturbi neurologici gravi: SI NO

Data di insorgenza gg mm aa

Segni di malformazione in nati da madre esposta: SI NO

Data rilevazione gg mm aa Età gestazionale in settimane

Tipo di malformazione: _____

Metodo di rilevazione: _____

Esito della gravidanza: Nato vivo Nato morto Aborto spontaneo IVG Data gg mm aa

Se gravidanza a termine: Cognome neonato _____ Nome neonato _____

Test di laboratorio

Ricerca anticorpi IgM nel siero

Data prelievo Tipo metodica usata: _____

Titolo Dengue _____ Titolo Chikungunya _____ Titolo Zika _____ Titolo Altro _____

Dengue POS NEG Dubbio Chikungunya POS NEG Dubbio Zika POS NEG Dubbio

Altro POS NEG Dubbio

Ricerca anticorpi IgG nel siero

Data prelievo Tipo metodica usata: _____

Titolo Dengue _____ Titolo Chikungunya _____ Titolo Zika _____ Titolo Altro _____

Dengue POS NEG Dubbio Chikungunya POS NEG Dubbio Zika POS NEG Dubbio

Altro POS NEG Dubbio

Identificazione antigene virale

Data prelievo Tipo metodica usata: _____

Dengue (NS1) _____ POS NEG NN

Test di neutralizzazione

Data prelievo Titolo _____

PCR

Siero Data prelievo <input type="text"/>	Saliva Data prelievo <input type="text"/>	Urine Data prelievo <input type="text"/>
<u>Dengue</u> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/>	<u>Dengue</u> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/>	<u>Dengue</u> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/>
<u>Chikungunya</u> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/>	<u>Chikungunya</u> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/>	<u>Chikungunya</u> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/>
<u>Zika</u> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/>	<u>Zika</u> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/>	<u>Zika</u> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/>
<u>Altro</u> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/>	<u>Altro</u> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/>	<u>Altro</u> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/>

Isolamento virale (specificare materiale: siero e/o saliva e/o urine

Data prelievo

Dengue POS NEG Dubbio Chikungunya POS NEG Dubbio Zika POS NEG Dubbio

Altro POS NEG Dubbio

Se Dengue, specificare tipo: DENV1 DENV2 DENV3 DENV4

Classificazione di caso: Chikungunya: PROBABILE CONFERMATO
 Dengue: PROBABILE CONFERMATO
 Zika: PROBABILE CONFERMATO
 Altre Arbovirosi, specificare: _____

Tipo caso: IMPORTATO AUTOCTONO

Note (scrivere in stampatello):

Data di compilazione gg mm aa

Operatore sanitario che ha compilato la scheda (timbro e firma)

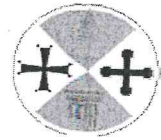


SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

AZIENDA OSPEDALIERA
"Annunziata – Mariano Santo
S. Barbara"
Cosenza



REGIONE CALABRIA

SCHEDA DI NOTIFICA E SORVEGLIANZA DI CASO DI CHIKUNGUNYA DENGUE

IMPORTATO AUTOCTONO

POSSIBILE/PROBABILE ACCERTATO

ASL _____ Distretto _____

Data di segnalazione al SISP: gg | | mm | | aa | | | | | Data intervista : gg | | mm | | aa | | | | |

Cognome _____ Nome: _____

Sesso: M F Data di nascita gg | | mm | | aa | | | | |

Luogo di nascita _____
Comune _____ Provincia _____ Stato _____

Residenza _____
Via/piazza e numero civico _____ Comune _____ Provincia _____

Domicilio abituale: _____
Via/piazza e numero civico _____ Comune _____ Provincia _____

Recapito telefonico del paziente o familiare _____

Permanenza all'estero nei 15 giorni precedenti l'inizio dei sintomi: SI NO se sì specificare

1. _____
2. _____
3. _____
Località _____ data inizio _____ data fine _____

Permanenza in Italia in zone diverse dal domicilio abituale nei 15 giorni precedenti l'inizio dei sintomi: SI NO
se sì specificare:

1. _____
2. _____
3. _____
Località _____ data inizio _____ data fine _____

Contatto con altri casi nei 15 giorni precedenti l'inizio dei sintomi SI NO Se si specificare i nominativi:

Gravidanza SI NO se SI: settimane | | |

Ricovero SI NO se SI ospedale _____

Reparto _____ UTI SI NO

Data ricovero gg | | mm | | aa | | | | | Data dimissione gg | | mm | | aa | | | | |

Se non ricovero: visita medica SI NO se si MMG/PDF Guardia Medica/Pronto Soccorso

Data inizio sintomatologia gg | | mm | | aa | | | |

Segni e sintomi	SI	NO	NN		SI	NO	NN
Febbre > 38,5°C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cefalea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artralgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mialgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rash cutaneo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolore retro-orbitale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Meningo-encefalite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altri segni/sintomi (specificare): _____							

Dengue emorragica/Dengue con Shock

Segni e sintomi	SI	NO	NN
Febbre >38,5°C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	SI	NO	NN		SI	NO	NN
Segni emorragici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ipoproteinemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trombocitopenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prova del laccio (del tourniquet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emoconcentrazione (HCT \geq 20%)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Segni e sintomi di shock	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ascite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Versamento pleurico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Stato del paziente a 30 giorni: guarigione persistenza sintomi decesso data decesso gg |__| mm |__| aa |__| NN

Test di conferma di laboratorio

Laboratorio di riferimento regionale

Ricerca anticorpi IgM

Data 1° prelievo |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| Titolo Dengue _____ Titolo Chikungunya _____

Data 2° prelievo |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| Titolo Dengue _____ Titolo Chikungunya _____

Ricerca anticorpi IgG

Data 1° prelievo |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| Titolo Dengue _____ Titolo Chikungunya _____

Data 2° prelievo |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| Titolo Dengue _____ Titolo Chikungunya _____

Ricerca anticorpi Ig totali

Data 1° prelievo |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| Titolo Dengue _____ Titolo Chikungunya _____

Data 2° prelievo |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| Titolo Dengue _____ Titolo Chikungunya _____

Laboratorio di riferimento nazionale

Ricerca anticorpi IgM

Data 1° prelievo |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| Titolo Dengue _____ Titolo Chikungunya _____

Data 2° prelievo |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| Titolo Dengue _____ Titolo Chikungunya _____

Ricerca anticorpi IgG

Data 1° prelievo |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| Titolo Dengue _____ Titolo Chikungunya _____

Data 2° prelievo |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| Titolo Dengue _____ Titolo Chikungunya _____

Ricerca anticorpi Ig totali

Data 1° prelievo |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| Titolo Dengue _____ Titolo Chikungunya _____

Data 2° prelievo |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| Titolo Dengue _____ Titolo Chikungunya _____

Biologia molecolare

Data prelievo |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__|

Lab. di riferimento regionale Dengue _____ POS

Lab. di riferimento nazionale Dengue _____ POS

Isolamento virale

Data prelievo |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__|

Lab. di riferimento regionale Dengue _____ POS

Lab. di riferimento nazionale Dengue _____ POS

Classificazione di caso: Chikungunya: POSSIBILE PROBABILE
 Dengue: POSSIBILE PROBABILE

Note: _____

Data di compilazione gg |__| mm |__| aa |__| |__|
 Operatore sanitario che ha compilato la scheda (timbro e firma)

Scheda di segnalazione di cluster autoctono di Dengue/Chikungunya

Regione/PP.AA. _____ Azienda sanitaria _____

Cluster autoctono accertato sospetto

di Dengue
Chikungunya

che ha coinvolto persone esposte (residenti/domiciliate; presenti per lavoro, studio, ecc.) nel/i
Comune/i di:

1) _____

2) _____

3) _____

Numero di casi alla data di segnalazione _____, di cui ricoverati in ospedale _____

Data insorgenza del primo caso noto __/__/____ Comune di _____

Data insorgenza dell'ultimo caso noto __/__/____ Comune di _____

I casi hanno coinvolto comunità/collettività? sì no

se sì, specificare _____,

N. di casi per i quali è stato inviato almeno un campione biologico al lab. di riferimento _____

Indicare a quale laboratorio di riferimento: nazionale c/o ISS regionale c/o _____

L'area geografica interessata dai casi è sottoposta a sorveglianza entomologica? sì no

È stata attivata la procedura per le attività di disinfestazione nel/i Comune/i interessati? sì no

Nel caso il cluster sia accertato:

a) è stata identificata una correlazione epidemiologica con un caso importato? sì no

se sì, indicare il luogo (Stato) di contagio _____ e la data di
inizio sintomi __/__/____ del caso indice;

b) è stata effettuata la disinfestazione straordinaria attorno al domicilio o ad altri luoghi frequentati
dai casi autoctoni? sì no

NOTE: _____

Data di segnalazione __/__/____ Operatore sanitario _____

Recapito _____ tel. _____



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

AZIENDA OSPEDALIERA
"Annunziata – Mariano Santo
S. Barbara"
Cosenza



REGIONE CALABRIA

SCHEDA PER LA SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA DELLA MALATTIA DI CREUTZFELDT-JAKOB

Iniziali del paziente: _____ sesso _____

medico segnalatore: _____

indirizzo dell'ospedale: _____

tel: _____

fax: _____

e-mail: _____

firma del medico segnalatore _____

numero cartella clinica _____

data di nascita del paziente _____

data di esordio della malattia: _____

se/anno)

di esordio: _____

(me

sintomo

segnalare la presenza di:

- | | | | |
|---|----|-----------------------------|---|
| - disturbi psichiatrici nelle prime fasi della malattia | | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - decadimento intellettivo-demenza | SI | <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - mioclono | SI | <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - altri movimenti involontari | SI | <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - segni piramidali | SI | <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - segni extrapiramidali | SI | <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - segni cerebellari | SI | <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - segni visivi | SI | <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - mutismo acinetico | | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - parestesie | | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - disestesie dolorose | SI | <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - EEG caratteristico* | | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> NON ESEGUITO <input type="checkbox"/> |
| - Esame liquorale (proteina 14-3-3) | | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> NON ESEGUITO <input type="checkbox"/> |

* (complessi trifasici per iodici punta o nda, 1-2 c/s. Ou esto 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



AZIENDA OSPEDALIERA
"Annunziata – Mariano Santo
S. Barbara"
Cosenza



SCHEMA DI SEGNALAZIONE
SORVEGLIANZA DELLE MALATTIE INVASIVE DA MENINGOCOCCO, PNEUMOCOCCO, EMOFILO E DELLE MENINGITI BATTERICHE

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 batteriemiche cellulite epiglottite
(anche più di uno) peritonite pericardite artrite settica/osteomielite
Ricoverato: Sì No se sì Data di Ricovero ___ / ___ / ___

Al momento della segnalazione il paziente è:

guarito deceduto ancora in trattamento

AGENTE EZIOLOGICO PER MALATTIA BATTERICA INVASIVA:

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)

FATTORI PREDISPONENTI LA MALATTIA BATTERICA INVASIVA:

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

ESITO CONOSCIUTO DELLA MALATTIA A 14 GIORNI:

<input type="checkbox"/> guarito	<input type="checkbox"/> deceduto	<input type="checkbox"/> ancora in trattamento
----------------------------------	-----------------------------------	--

SEQUELE A 30 GIORNI DALLA DATA DI SEGNALAZIONE (solo se malattia invasiva da *S. pneumoniae*, *N. meningitidis*, *H. influenzae*):

- Perdita anche parziale dell'udito
 Perdita anche parziale della vista
 Danni neurologici compresi quelli motori
 Amputazioni
 Necrosi e cicatrici a livello cutaneo
 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 _____
--

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.

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
Qualunque altro agente causante meningite batterica			
<input type="checkbox"/> liquor	<input type="checkbox"/> coltura	<input type="checkbox"/> ricerca antigene	<input type="checkbox"/> PCR

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 (_____)

Se effettuato il sequenziamento inserire il Lineage:

Lineage 1

Lineage 2

Note: _____

11. Esito del caso al momento della segnalazione:

Guarito Quadro clinico in via di miglioramento
Quadro clinico grave Deceduto Non noto

12. Esito del caso al follow-up [30 giorni]:

Guarito Quadro clinico in via di miglioramento
Quadro clinico grave Deceduto Non noto

Data segnalazione |__| |__| |__| Medico compilatore _____

telefono _____ telefax _____ e-mail _____

* domicilio abituale del caso nelle 3 settimane precedenti l'inizio della sintomatologia



AZIENDA OSPEDALIERA
"Annunziata – Mariano Santo
S. Barbara"
Cosenza



Scheda di Sorveglianza Integrata MORBILLO – ROSOLIA - VARICELLA

Primo invio Aggiornamento, alla data:

Caso sospetto di: MORBILLO ROSOLIA VARICELLA

DATI DELLA SEGNALAZIONE

Regione: Asl: Comune:

Medico segnalatore: Data di segnalazione alla Asl:

DATI ANAGRAFICI

Cognome: Nome: Sesso: M F

Data di nascita: Nazione di Nascita:

se estera, Anno di arrivo in Italia: Cittadinanza:

Codice Fiscale:

DOMICILIO

Comune: Provincia: Regione:

RESIDENZA (se diversa dal domicilio)

Comune: Provincia: Regione:

Collettività frequentata			Nome Collettività	Comune
<input type="checkbox"/> Scuola	Personale scolastico <input type="checkbox"/>	Studente <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Ospedale	Personale Sanitario <input type="checkbox"/>	Ricoverato <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Struttura recettiva	Personale Struttura <input type="checkbox"/>	Ospite <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Altro, specificare <input type="text"/>	Personale Struttura <input type="checkbox"/>	Ospite <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Campo nomadi				

STATO VACCINALE

Precedente vaccinazione contro il morbillo: Sì No Non ricordo

se 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 ricordo

se sì, Data ultima dose:

Vaccinazione contro la rosolia verificata da certificato vaccinale: Sì No

Precedente vaccinazione contro la varicella: Sì No Non ricordo

se sì, Numero di dosi: 1 2 non ricordo Data ultima dose:

Vaccinazione contro la varicella verificata da certificato vaccinale: Sì No

DATI CLINICI

Comune insorgenza 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: _____

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			
Tipo di Esame	Data raccolta campione	Esito	Tipo di campione
<input type="checkbox"/> Ricerca IgM Elisa <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/>	_____	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="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ricerca IgG* Elisa <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/>	1°: _____ 2°: _____	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="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> PCR	_____	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="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Altro Test, specificare _____	_____	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="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Genotipizzazione	<input type="checkbox"/> : Sì <input type="checkbox"/> No Ceppo: _____		

* 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 varicella? Sì No

VARICELLA			
Tipo di Esame	Data raccolta campione	Esito	Tipo di campione
<input type="checkbox"/> Ricerca IgM Elisa <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/>	_____	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="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ricerca IgG* Elisa <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/>	1°: _____ 2°: _____	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="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> PCR	_____	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="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Altro Test*, specificare _____	_____	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="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Genotipizzazione	<input type="checkbox"/> : Sì <input type="checkbox"/> No Ceppo: _____		

* 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?: Sì No

R O S O L I A				
Tipo di Esame		Data raccolta campione	Esito	Tipo di campione
<input type="checkbox"/>	Ricerca IgM Elisa <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/>	_____	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="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Ricerca IgG* Elisa <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/>	1°: _____ 2°: _____	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="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	PCR	_____	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="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Altro Test* , specificare _____	_____	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="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Genotipizzazione	<input type="checkbox"/> : Sì <input type="checkbox"/> No	Ceppo: _____	

* 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: Sì No Data invio: _____

Invio campione al Laboratorio Regionale: Sì No Data invio: _____

Invio campione al Laboratorio Nazionale: Sì No Data invio: _____

ESITO E COMPLICANZE

Complicanze:

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

Esito: Guarigione Decesso Reliquati Perso al follow-up

se decesso, Data: _____ Causa: _____

se reliquati, Quali: _____

RICOVERO

Ricovero: No No, solo visita Pronto Soccorso Sì

Data di Ricovero: _____ Data di Dimissione: _____

ORIGINE DEL CONTAGIO

Il caso ha effettuato viaggi nei 7-23 giorni precedenti l'inizio dell'esantema: Sì No

se sì, dove: Italia, specificare Regione: _____

Estero, specificare Nazione: _____

Quando, da: | | | | | a: | | | | |

Il caso fa parte di un focolaio? Sì No se sì, indicare il focolaio: | | | | |
 Il paziente è stato a contatto con un altro caso confermato di morbillo (entro 7-18 giorni) o di rosolia (entro 12-23 giorni) o di rosolia prima dell'esordio dell'esantema? Sì, morbillo Sì, rosolia
 Sì, varicella No

se sì, indicare il Cognome e Nome del contatto: | | | | |

il contatto è un caso importato? Sì No

se sì, da quale nazione? | | | | |

In quale comunità è avvenuto il contatto:

- Famiglia Scuola Ospedale Campo nomadi
 Struttura recettiva Pronto Soccorso/Sala d'attesa medico
 Altro, specificare | | | | |

In quale località è avvenuto il contatto:

- Nella regione di residenza
 In altra regione: dove: | | | | |
 All'estero: dove: | | | | |
 Non so

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,

indicare il Cognome e Nome della donna : | | | | |

CLASSIFICAZIONE DEL CASO

Caso di: MORBILLO ROSOLIA NON casoClassificazione 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: | | | | |