

## ALLEGATO 4b

### SCHEDA DI NOTIFICA DI CASO DI INFEZIONE DA VIRUS DELLA ROSOLIA IN GRAVIDANZA

(riservato al Ministero della Salute) Codice identificativo \_\_\_\_\_

Primo invio  Aggiornamento

Regione \_\_\_\_\_ |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| Provincia \_\_\_\_\_ |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_|

Comune \_\_\_\_\_ |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| ASL \_\_\_\_\_ |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_|

#### Sezione 1 - INFORMAZIONI ANAGRAFICHE DELLA PAZIENTE

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

CF |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_|

codice SSN |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_|

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_ |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| (gg/mm/aaaa)

Domicilio abituale

Via/piazza e numero civico \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_ |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_|

Residenza

Via/piazza e numero civico \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_ |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_|

Cittadinanza Italiana  Altra (specificare) \_\_\_\_\_ Se altra, anno arrivo in Italia \_\_\_\_\_ |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_|

Occupazione al momento del concepimento  operatore sanitario  personale scolastico

#### Sezione 2 - INFORMAZIONI OSTETRICHE E CLINICHE

**Barrare la/le voce/i che interessano (S=Si, N=No, NN=NON NOTO)**

Rubeotest eseguito prima della gravidanza  Si  No  NN Se SI, anno esecuzione \_\_\_\_\_ |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_|

Risultato: Immune   
Susceptibile   
Non Noto

Rubeotest eseguito durante questa gravidanza  Si  No Data primo rubeotest \_\_\_\_\_ |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_|

(gg/mm/aa)

Risultato: Immune   
Susceptibile   
Non Noto

Numero precedenti gravidanze \*|\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| numero parti\* |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| numero nati viventi |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_|

(esclusa la presente gravidanza)

	S	N	NN	
Precedente vaccinazione contro la rosolia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	se SI, data vaccinazione <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> (gg/mm/aa)
Verificato da certificato vaccinale	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Data ultima mestruazione (DUM)	/ <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> NN / <input type="text"/>			
<b>gg/mm/aa</b>				
Durante questa gravidanza ha usufruito di assistenza pre-natale?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Se SI, data prima visita	<input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/>   (gg/mm/aa)			
	<b>Si</b>		<b>No</b>	
Durante questa gravidanza ha avuto una malattia simile a rosolia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Se SI, data di comparsa sintomi	<input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/>   (gg/mm/aa)			
Caratteristiche cliniche della malattia:				
	<b>S</b>	<b>N</b>	<b>NN</b>	<b>data di comparsa</b>
esantema maculopapulare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/>   (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, specificare _____				
	<b>S</b>		<b>N</b>	
C'è stato contatto con un caso di rosolia/esantema maculopapulare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Se SI, il caso è stato confermato in laboratorio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Data in cui è avvenuta l'esposizione	<input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/>   (gg/mm/aa) o settimana età gestazionale _____			
Dove? Italia	<input type="checkbox"/> spec regione _____			
Eestero	<input type="checkbox"/> spec Nazione _____			
Se l'origine del contagio non è nota, ha viaggiato all'estero durante il presunto periodo d'incubazione della malattia?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			
Se SI, specificare Nazione _____				

**Sezione 3- ESAMI DI LABORATORIO effettuati per confermare/escludere la diagnosi**

**IgM**

Tipo di campione	Data prelievo	Laboratorio	Risultato
Siero <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/>	_ _ _ _	lab riferimento regionale <input type="checkbox"/> altro <input type="checkbox"/> nome _____	positivo <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> dubbio <input type="checkbox"/>
Siero <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/>	_ _ _ _	lab riferimento regionale <input type="checkbox"/> altro <input type="checkbox"/> nome. _____	positivo <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> dubbio <input type="checkbox"/>
Siero <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/>	_ _ _ _	lab riferimento regionale <input type="checkbox"/> altro <input type="checkbox"/> nome. _____	positivo <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> dubbio <input type="checkbox"/>
Siero <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/>	_ _ _ _	lab riferimento regionale <input type="checkbox"/> altro <input type="checkbox"/> nome. _____	positivo <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> dubbio <input type="checkbox"/>

**IgG**

Tipo di campione	Data prelievo	Laboratorio	Risultato	Valori di riferimento del metodo
Siero <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/>	_ _ _ _	lab riferimento regionale <input type="checkbox"/> altro <input type="checkbox"/> nome. _____	_____	_____
Siero <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/>	_ _ _ _	lab riferimento regionale <input type="checkbox"/> altro <input type="checkbox"/> nome. _____	_____	_____
Siero <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/>	_ _ _ _	lab riferimento regionale <input type="checkbox"/> altro <input type="checkbox"/> nome. _____	_____	_____

**Test avidità IgG specifiche**

Data	Laboratorio	Esito
_ _ _ _	lab riferimento regionale <input type="checkbox"/> altro <input type="checkbox"/>	_ _ _ % Alta <input type="checkbox"/> Bassa <input type="checkbox"/>

**Identificazione acido nucleico del virus della rosolia (RT-PCR)**

Tipo di campione	Data	Laboratorio	Esito
<input type="checkbox"/> siero	_ _ _ _	lab riferimento regionale <input type="checkbox"/>	positivo <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> urine		altro <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> tamponi faringeo			
<input type="checkbox"/> altro			
<input type="checkbox"/> siero	_ _ _ _	lab riferimento regionale <input type="checkbox"/>	positivo <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> urine		altro <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> tamponi faringeo			
<input type="checkbox"/> altro			

**Isolamento virale**

Tipo di campione	Data	Laboratorio	Esito
<input type="checkbox"/> siero	_ _ _ _	lab riferimento regionale <input type="checkbox"/>	positivo <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/> urine	altro <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> tampone faringeo	
<input type="checkbox"/> altro	/

**Sezione 4- ESITO DELLA GRAVIDANZA**

Nato vivo <sup>†</sup>    Nato morto <sup>†</sup>    Interruzione volontaria (Età Gestazionale: \_\_\_\_ sett) <sup>†</sup> / Aborto spontaneo (Età Gestazionale: \_\_\_\_ sett) <sup>†</sup>

**Sezione 5- CLASSIFICAZIONE DEL CASO**

CLASSIFICAZIONE INIZIALE (QUESTA SEZIONE VA COMPILATA DAL SANITARIO CHE NOTIFICA IL CASO)

Possibile     Probabile     Confermato

CLASSIFICAZIONE FINALE (QUESTA SEZIONE E' RISERVATA AL MINISTERO DELLA SALUTE)

Possibile     Probabile     Confermato     No rosolia     Non classificabile

Data di classificazione finale \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_| (gg/mm/aaaa)

data di notifica \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|    Sanitario che ha compilato la notifica  
 (gg/mm/aaaa)    (timbro e firma)

recapito \_\_\_\_\_    telefono \_\_\_\_\_    telefax \_\_\_\_\_    e-mail \_\_\_\_\_

**ISTRUZIONI E NOTE PER LA COMPILAZIONE**

La scheda di notifica va compilata per tutti i casi sospetti di infezione da virus della rosolia in gravidanza, inclusi quelli in cui solo la presenza di IgM positive è alla base del sospetto diagnostico  
 Il flusso di notifica, riportato in dettaglio nell'allegato 1, è il seguente:

Medico segnalatore → ASL → Regione/PP.AA. → Ministero Salute /ISS - ISTAT)

**DEFINIZIONI DI CASO DI ROSOLIA <sup>1</sup>**

- Criteri clinici**
- Qualsiasi persona che presenti una manifestazione improvvisa di esantema maculopapulare generalizzato
  - E
  - almeno una delle seguenti cinque manifestazioni:
    - adenopatia cervicale,
    - adenopatia suboccipitale,
    - adenopatia retroauricolare,
    - artralgia,
    - artrite.
- Criteri di laboratorio**
- Criteri di laboratorio per la conferma del caso
  - Almeno uno dei seguenti tre criteri:
    - isolamento del virus della rosolia a partire da un campione clinico,
    - identificazione dell'acido nucleico del virus della rosolia in un campione clinico,
    - risposta anticorpale specifica al virus della rosolia (IgG) nel siero o nella saliva.
  - Criteri di laboratorio per un caso probabile
  - risposta anticorpale specifica al virus della rosolia IgM .
- I risultati di laboratorio vanno interpretati in funzione della presenza o meno di vaccinazione.
  - Quando si sospetta la rosolia in gravidanza, occorre un'ulteriore conferma dei risultati positivi delle IgM della rosolia (ad esempio un test di avidità delle IgG specifiche della rosolia da cui risulti una bassa avidità). In alcune situazioni, come i

focolai confermati di rosolia, l'identificazione di IgM del virus della rosolia può essere considerata una conferma, tranne in caso di gravidanza.

**Criteri epidemiologici**

- Correlazione epidemiologica mediante trasmissione interumana.

**Classificazione dei casi**

**Caso possibile**

- Qualsiasi persona che soddisfi i criteri clinici.

**Caso probabile**

- Qualsiasi persona che soddisfi i criteri clinici e almeno uno dei seguenti due criteri:
  - una correlazione epidemiologica,
  - i criteri di laboratorio per un caso probabile.

**Caso confermato**

- Qualsiasi persona che soddisfi i criteri di laboratorio per la conferma del caso e che non sia stata vaccinata di recente.
- In caso di vaccinazione recente, qualsiasi persona in cui venga individuato il ceppo selvaggio del virus della rosolia.

1) Decisione della Commissione Europea del 28 aprile 2008 che emenda la decisione 2002/253/EC sulle definizioni di caso ai fini della dichiarazione delle malattie trasmissibili alla rete di sorveglianza comunitaria istituita ai sensi della decisione n. 2119/98/CE del Parlamento europeo e del Consiglio