

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 ANAGRAFICI

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

Data 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 ≠ ITALIA

Presente in ITALIA da più di 21 giorni Sì No

Vive in un CAMPO NOMADI Sì No

Vive in un CENTRO DI ACCOGLIENZA PER MIGRANTI Sì No

Operatore sanitario* Sì No Non noto

se Sì, Medico Infermiere/a Altro personale a contatto con i pazienti Personale in formazione

Operatore scolastico* Sì No Non noto

STATO VACCINALE

Precedente vaccinazione contro il morbillo*: Sì No Non noto

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 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			
Tipo di Esame	Data raccolta campione	Esito	Tipo di campione
<input type="checkbox"/> Ricerca IgM Elisa <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** Elisa <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"/>	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"/> : 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

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="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** Elisa <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 No

se 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 Sì No

Ambulatorio medico/sala d'attesa Sì No

Ambulatorio in ospedale/sala d'attesa Sì No

Reparto di ospedale Sì No

Se **SI** specificare: Ricoverato per altra diagnosi Sì No

Visitatore Sì No

Pronto Soccorso Sì No

Lavoro Sì No

Università Sì No

Carcere Sì No

Chiesa Sì No

Casa / Famiglia Sì No

Struttura recettiva Sì No

Ambiente militare Sì No

Campo nomadi Sì No

Viaggio internazionale Sì No

Non noto Sì 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 **SI** indicare il nome del focolaio: / _____ /

SEZIONE FOCOLAI

Fornire 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: ____|____|____|