

# 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"/>	<b>Ricerca IgM</b> 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"/>	<b>Ricerca IgG**</b> 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"/>	<b>PCR</b>	<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"/>	<b>Altro Test, specificare</b>	<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"/>	<b>Genotipizzazione</b>	<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"/>	<b>Ricerca IgM</b> <i>Elisa</i> <input type="checkbox"/> <i>Altro</i> <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"/>	<b>Ricerca IgG**</b> <i>Elisa</i> <input type="checkbox"/> <i>Altro</i> <input type="text"/>	1°: <input type="text"/> <small>Fase acuta</small> 2°: <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"/>	<b>PCR</b>	<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"/>	<b>Altro Test, specificare</b> <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"/>	<b>Genotipizzazione</b>	<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: \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|