

## 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   
Suscettibile   
Non Noto

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

(gg/mm/aa)

Risultato: Immune   
Suscettibile   
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"/> 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      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      N      NN</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"/> tamponne 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"/> tamponne 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"/>



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