

ALLEGATO 3

Piano Nazionale di Eliminazione del Morbillo e della Rosolia Congenita

Scheda di Sorveglianza Integrata MORBILLO - ROSOLIA

Primo invio Aggiornamento, alla data:

Caso sospetto di: MORBILLO ROSOLIA

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**: Si 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

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

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

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: Si 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) prima dell'esordio dell'esantema? Sì, morbillo Sì, rosolia 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 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: ____|____|____|