

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="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Ospedale	Personale Sanitario <input type="checkbox"/>	Ricoverato <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Struttura recettiva	Personale Struttura <input type="checkbox"/>	Ospite <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Altro, <i>specificare</i> <input type="text"/>	Personale Struttura <input type="checkbox"/>	Ospite <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Campo nomadi			<input type="text"/>	<input type="text"/>

STATO VACCINALE

Precedente vaccinazione contro il morbillo: Sì No Non ricordo

se sì, Numero di dosi: 1 2 non ricordo Data ultima dose:

Vaccinazione contro il morbillo verificata da certificato vaccinale: Si No

Precedente vaccinazione contro la **rosolia**: Si No Non ricordo

se *si*, Data ultima dose:

Vaccinazione contro la rosolia verificata da certificato vaccinale: Si No

DATI CLINICI

Comune insorgenza sintomi:

Esantema maculo papulare: Si No Data comparsa esantema:

Febbre: Si No Data comparsa febbre:

Altri sintomi:

Rinite: Si No Congiuntivite: Si No Tosse: Si No

Adenopatia: Si No Artralgia: Si No Artrite: Si No

(adenopatia cervicale, suboccipitale, retroauricolare)

Altri sintomi, specificare:

In stato di gravidanza?: Si No se *si*, 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**?: Si No

MORBILLO		Data raccolta campione	Esito	Tipo di campione
<input type="checkbox"/>	Ricerca IgM <input type="checkbox"/> Elisa <input type="checkbox"/> Altro <input type="text"/>	<input type="text"/>	Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Borderline/Indeterminato <input type="checkbox"/>	<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* <input type="checkbox"/> Elisa <input type="checkbox"/> Altro <input type="text"/>	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	<input type="checkbox"/> 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"/>	<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"/>	<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	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.

Effettuati esami di laboratorio per la diagnosi di rosolia?: Si No

ROSOLIA				
Tipo di Esame		Data raccolta campione	Esito	Tipo di campione
<input type="checkbox"/>	Ricerca IgM <input type="checkbox"/> Elisa <input type="checkbox"/> Altro _____	____ ____ ____	Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Borderline/Indeterminato <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Siero o Sangue <input type="checkbox"/> Saliva o Fluidi orali <input type="checkbox"/> Altro _____
<input type="checkbox"/>	Ricerca IgG* <input type="checkbox"/> Elisa <input type="checkbox"/> Altro _____	1°: ____ ____ ____ 2°: ____ ____ ____	Pos <input type="checkbox"/> Solo se aumento di 4 volte del titolo anticorpale o Sieroconversione Neg <input type="checkbox"/> In tutti gli altri casi	<input type="checkbox"/> Siero o Sangue <input type="checkbox"/> Saliva o Fluidi orali <input type="checkbox"/> Altro _____
<input type="checkbox"/>	PCR	____ ____ ____	Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/>	<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* , <i>specificare</i> _____	____ ____ ____	Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/>	<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	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.

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:

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
stomatite	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	epatite/aumento transaminasi	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
trombocitopenia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	altro, specificare _____	

Esito: Guarigione Decesso Reliquati Perso al follow-up

se decesso, **Data:** ____|____|____| **Causa:** _____

se reliquati, **Quali:** _____

RICOVERO

Ricovero: No No, solo visita Pronto Soccorso Si

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 si, dove: Italia, specificare **Regione:** _____

Estero, specificare **Nazione:** _____

Quando, da: |__|__|__| a: |__|__|__|

Il caso fa parte di un focolaio? Si No se si, 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? Si, morbillo Si, rosolia No

se si, indicare il Cognome e Nome del contatto: |_____|

il contatto è un caso importato? Si No

se si, 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? Si No se si,

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: |__|__|__|