

# 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"/>	<b>Ricerca IgM</b> <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"/>	<b>Ricerca IgG*</b> <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"/>	<b>PCR</b>	<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"/>	<b>Altro Test, specificare</b> <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"/>	<b>Genotipizzazione</b>	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"/>	<b>Ricerca IgM</b> <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"/>	<b>Ricerca IgG*</b> <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"/>	<b>PCR</b>	____ ____ ____	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"/>	<b>Altro Test*</b> , <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"/>	<b>Genotipizzazione</b>	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: |\_\_|\_\_|\_\_|