

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 ☐ Si ☐ No

Vive in un CAMPO NOMADI ☐ Si ☐ No

Vive in un CENTRO DI ACCOGLIENZA PER MIGRANTI ☐ Si ☐ No

Operatore sanitario* ☐ Si ☐ No ☐ Non noto

se Si, ☐ Medico ☐ Infermiere/a ☐ Altro personale a contatto con i pazienti ☐ Personale in formazione

Operatore scolastico* ☐ Si ☐ No ☐ Non noto

STATO VACCINALE

Precedente vaccinazione contro il morbillo*: ☐ Si ☐ No ☐ Non noto

se Si, 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 noto
se Sì, Data ultima dose:

Vaccinazione contro la rosolia verificata da certificato vaccinale: ☐ Si ☐ No

Vaccinazione post-esposizione: ☐ Si ☐ No
Se sì, entro 72 ore dall'esposizione ☐ Si ☐ No

Somministrazione immunoglobuline post-esposizione: ☐ Si ☐ No

DATI CLINICI

Nazione primi sintomi:
Provincia primi sintomi:
Comune primi 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:

Patologie di base o immunodepressione?: ☐ Si ☐ No specificare:

In stato di gravidanza?: ☐ Si ☐ 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**?: ☐ Si ☐ No

M O R B I L L O				
Tipo di Esame		Data raccolta campione	Esito	Tipo di campione
☐	Ricerca IgM <i>Elisa</i> ☐ <i>Altro</i>		Pos ☐ Neg ☐ Borderline/Indeterminato ☐	Siero o Sangue ☐ Saliva o Fluidi orali ☐ Altro
☐	Ricerca IgG** <i>Elisa</i> ☐ <i>Altro</i>	1°: Fase acuta 2°: Fase convalescente	Pos ☐ Solo se aumento di 4 volte del titolo anticorpale o Sieroconversione Neg ☐ in tutti gli altri casi	Siero o Sangue ☐ Saliva o Fluidi orali ☐ Altro
☐	PCR		Pos ☐ Neg ☐	Siero o Sangue ☐ Saliva o Fluidi orali ☐ Urine ☐ Altro
☐	Altro Test , <i>specificare</i>		Pos ☐ Neg ☐	Siero o Sangue ☐ Saliva o Fluidi orali ☐

			Urine ☐
		Altro ☐	
☐	Genotipizzazione	☐ : Si ☐ No	Genotipo:

**** 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
☐	Ricerca IgM <i>Elisa</i> ☐ <i>Altro</i>		Pos ☐ Neg ☐ Borderline/Indeterminato ☐	Siero o Sangue ☐ Saliva o Fluidi orali ☐ Altro
☐	Ricerca IgG** <i>Elisa</i> ☐ <i>Altro</i>	1°: Fase acuta 2°: Fase convalescente	Pos ☐ Solo se aumento di 4 volte del titolo anticorpale o Sieroconversione Neg ☐ in tutti gli altri casi	Siero o Sangue ☐ Saliva o Fluidi orali ☐ Altro
☐	PCR		Pos ☐ Neg ☐	Siero o Sangue ☐ Saliva o Fluidi orali ☐ Urine ☐ Altro
☐	Altro Test, specificare 		Pos ☐ Neg ☐	Siero o Sangue ☐ Saliva o Fluidi orali ☐ Urine ☐ Altro
☐	Genotipizzazione	☐ : Si ☐ No	Genotipo:	

**** 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	☐ Si ☐ No	cherato-congiuntivite	☐ Si ☐ No
polmonite	☐ Si ☐ No	laringotracheobronchite (croup)	☐ Si ☐ No
insufficienza respiratoria	☐ Si ☐ No	encefalite acuta	☐ Si ☐ No
diarrea	☐ Si ☐ No	convulsioni	☐ Si ☐ No
disidratazione	☐ Si ☐ No	epatite/aumento transaminasi	☐ Si ☐ No
stomatite	☐ Si ☐ No	bronchite	☐ Si ☐ No
trombocitopenia	☐ Si ☐ No	altro, specificare	

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: ____/____/____