

REGIONE SICILIA
Azienda Ospedaliera
di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione
"GARIBALDI"
Catania

DELIBERAZIONE DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO

N° 224 del 27 MAR. 2024

Oggetto: Adozione Procedura Aziendale per la Notifica delle Malattie Infettive.

U.O.C. "Coordinamento degli Staff Aziendali"

L'istruttore

L. Compagnone

Il Responsabile del Procedimento

Il Responsabile U.O.C.

"Coordinamento degli Staff Aziendali",
Dr.ssa Adriana Cuspilici

Registrazione Contabile

Budget Anno _____ Conto _____ Importo _____ Aut. _____

Budget Anno _____ Conto _____ Importo _____ Aut. _____

NULLA OSTA, in quanto conforme alle norme di contabilità

Il Dirigente Responsabile
Settore Economico Finanziario e Patrimoniale
(dott. Giovanni Luca Roccella)

Nei locali della sede legale dell'Azienda, Piazza S. Maria di Gesù n. 5, Catania,

il Commissario Straordinario, dott. Giuseppe Giammanco,

nominato con D.A. n. 1/2024/Gab del 31 gennaio 2024, con l'assistenza del Segretario,

Dott.ssa Antonella Cinardo

_____ ha adottato la seguente deliberazione

**Il Responsabile U.O.C.
"Coordinamento degli Staff Aziendali"**

RICHIAMATO il Decreto del Ministero della Salute del 7 marzo 2022 "Revisione del sistema di segnalazione delle malattie infettive (PREMAL)" pubblicato sulla GU n.82 del 7-4-2022, che disciplina le modalità di segnalazione delle malattie infettive e sostituisce il Decreto del Ministro della sanità 15 dicembre 1990 "Sistema informativo delle malattie infettive e diffusive".

CONSIDERATO che la sorveglianza delle malattie infettive si basa sulle segnalazioni effettuate dai medici secondo le modalità previste dalla succitata normativa al Servizio di Igiene e Sanità Pubblica competente per la sua area, di qualunque caso di malattia infettiva, reale o sospetta, di cui sia venuto a conoscenza nell'esercizio della sua professione.

CONSIDERATO che questi sistemi comprendono una sorveglianza epidemiologica, con la raccolta di dati su schede di segnalazione specifiche che integrano la scheda di notifica con informazioni supplementari, ed alcuni anche una sorveglianza di laboratorio con l'identificazione di un laboratorio di riferimento regionale (LRR) o nazionale (presso l'Istituto Superiore di Sanità).

CONSIDERATO che il PREMAL prevede una suddivisione delle malattie infettive in due gruppi, caratterizzati da tempi e modalità di notifica diversi e proporzionali alla rilevanza della classe di appartenenza:

- Malattie che generano allerta (entro 12 ore)
- Restanti malattie infettive (entro 48 ore)

RITENUTO il ruolo della notifica fondamentale per consentire di effettuare immediati interventi di profilassi e sanità pubblica e, quindi, l'elemento cardine del sistema e la base delle successive azioni di Sanità Pubblica.

VISTA la "*Procedura per la notifica delle Malattie Infettive*", qui allegata per costituirne parte integrante, redatta al fine di indicare il flusso informativo previsto per la segnalazione/notifica di malattia infettiva così come disciplinato dal Decreto del Ministero della Salute del 7 marzo 2022.

RITENUTO, per le considerazioni di cui sopra, di dover procedere all'adozione della succitata procedura aziendale;

Attestata la legittimità formale e sostanziale dell'odierna proposta e la sua conformità alla normativa disciplinante la materia trattata, ivi compreso il rispetto della disciplina di cui alla L. 190/2012,

Propone

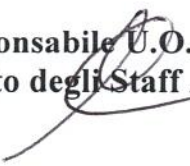
Per i motivi esposti in premessa, che qui si intendono ripetuti e trascritti:

PROCEDERE all'adozione della procedura aziendale "Procedura per la notifica delle Malattie Infettive", qui allegata per costituirne parte integrante, redatta al fine di indicare il flusso informativo previsto per la segnalazione/notifica di malattia infettiva così come disciplinato dal Decreto del Ministero della Salute del 7 marzo 2022;

DISPORRE la notifica del presente provvedimento alle Direzioni Mediche dei PP.OO. aziendali e a tutte le UU.OO. sanitarie coinvolte nella procedura di che trattasi;

Sante l'urgenza di procedere, munire il presente atto della clausola di Immediata Esecuzione.

**Il Responsabile U.O.C.
"Coordinamento degli Staff Aziendali"**



IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Preso atto della proposta di deliberazione, che qui si intende riportata e trascritta, quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

Preso atto della attestazione di legittimità e di conformità alla normativa disciplinante la materia espressa dal Direttore della U.O.C. "Coordinamento degli Staff Aziendali che propone la presente deliberazione;

Sentito il parere favorevole del Direttore Amministrativo;

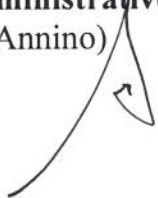
DELIBERA

PROCEDERE all'adozione della procedura aziendale "Procedura per la notifica delle Malattie Infettive", qui allegata per costituirne parte integrante, redatta al fine di indicare il flusso informativo previsto per la segnalazione/notifica di malattia infettiva così come disciplinato dal Decreto del Ministero della Salute del 7 marzo 2022;

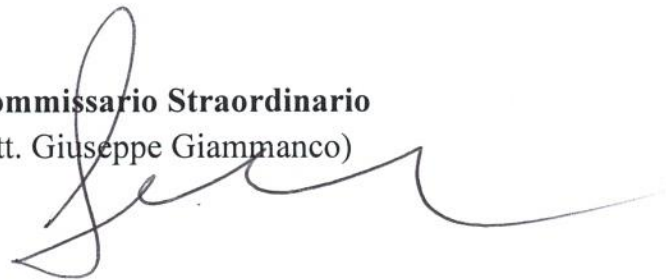
DISPORRE la notifica del presente provvedimento alle Direzioni Mediche dei PP.OO. aziendali e a tutte le UU.OO. sanitarie coinvolte nella procedura di che trattasi

Sante l'urgenza di procedere, munire il presente atto della clausola di Immediata Esecuzione.

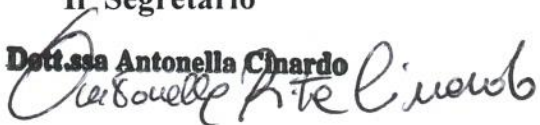
Il Direttore Amministrativo
(dott. Giovanni Annino)



Il Commissario Straordinario
(dott. Giuseppe Giammanco)



Il Segretario
Dott.ssa Antonella Chiaro



Copia della presente deliberazione è stata pubblicata all'Albo dell'Azienda il giorno

_____ e ritirata il giorno _____

L'addetto alla pubblicazione

Si attesta che la presente deliberazione è stata pubblicata all'Albo della Azienda dal _____

al _____ - ai sensi dell'art. 65 L.R. n. 25/93, così come sostituito dall'art. 53 L.R. n.

30/93 - e contro la stessa non è stata prodotta opposizione.

Catania _____

Il Direttore Amministrativo

Inviata all'Assessorato Regionale della Salute il _____ Prot. n. _____

Notificata al Collegio Sindacale il _____ Prot. n. _____

La presente deliberazione è esecutiva:

- ☒ immediatamente
- ☐ perché sono decorsi 10 giorni dalla data di pubblicazione
- ☐ a seguito del controllo preventivo effettuato dall'Assessorato Regionale per la Sanità:
- a. nota di approvazione prot. n. _____ del _____
- b. per decorrenza del termine

IL FUNZIONARIO RESPONSABILE

ARNAS GARIBALDI CATANIA 	Direzioni Mediche dei PP.OO. ARNAS Garibaldi	PROCEDURA PER LA NOTIFICA DELLE MALATTIE INFETTIVE	REV.1	Pag. 10
			PROSEGNMALINF	

Redatta dal Dott. Cavallaro Vito – Dirigente Medico DMP

Rev.	Data	Causale	Verifica	Approvazione	Destinatari
0	30/12/2016	Prima emissione	Dott. R. Bonaccorso Dott.ssa G. Mancigli	Direttore Sanitario Aziendale	OPERATORI SANITARI
1	15/04/2024	Revisione	Dott. S. De Maria Ca Rosa Dott.ssa G. Mancigli	Direttore Sanitario Aziendale	OPERATORI SANITARI

1. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura costituisce una revisione della precedente versione, in seguito al superamento del D.M. del 15 Dicembre 1990 e vuole essere una guida per gli operatori sanitari di questa ARNAS finalizzata ad ottemperare alle disposizioni di legge in materia di sorveglianza sanitaria.

Sistema di sorveglianza delle malattie infettive

Considerato che le malattie infettive, e in particolare le malattie emergenti e riemergenti, costituiscono ancora oggi un rilevante problema di sanità pubblica e considerata la necessità di ottimizzare il flusso informativo delle malattie infettive, il ministro della Salute ha aggiornato la normativa riguardante la segnalazione delle malattie infettive ai fini della sorveglianza, della prevenzione e del controllo, pubblicando in Gazzetta Ufficiale n°82 del 7/04/2022, il DECRETO del 7 marzo 2022 **“Revisione del Sistema di segnalazione delle malattie infettive (PREMAL)”**, successivamente modificato con il Decreto del Ministero della salute del 22 luglio 2022.

Tale decreto disciplina l'organizzazione e il funzionamento presso il Ministero della salute del Sistema di segnalazione delle malattie infettive, denominato PREMAL, individuando i soggetti che possono avervi accesso, le operazioni eseguibili, i tipi di dati che possono essere trattati, nonché le misure appropriate e specifiche per tutelare i diritti fondamentali e gli interessi dell'interessato. In particolare, disciplina le modalità di segnalazione, raccolta, elaborazione e utilizzo dei dati relativi alle malattie infettive, che vengono diagnosticate sul territorio nazionale nonché a bordo delle navi e degli aeromobili presenti sul territorio nazionale, in base a quanto disposto dal regolamento sanitario internazionale, in vigore dal 15 giugno 2007.

Il sistema PREMAL assicura lo svolgimento di compiti di interesse pubblico o di compiti connessi all'esercizio di pubblici poteri nelle seguenti materie:

- a) sorveglianza, monitoraggio messa in atto di misure di controllo epidemiologico delle malattie infettive al fine di contribuire, ove possibile, alla loro eliminazione ed eradicazione;
- b) studio dell'incidenza e della prevalenza delle malattie infettive, per poterne monitorare la diffusione e l'andamento ed effettuare idonei interventi di prevenzione e controllo;
- c) sorveglianza epidemiologica per ridurre il rischio di introduzione o re-introduzione di malattie infettive, anche eliminate o sotto controllo;
- d) adozione delle necessarie misure di sanità pubblica previste dall'art. 3, paragrafo 1, lettera f) della decisione 1082/2013/UE;
- e) prevenzione primaria, secondaria e diagnosi;
- f) riduzione di morbosità e mortalità per malattie infettive;
- g) allerta rapida, per lo scambio di informazioni su eventi passibili di provvedimenti urgenti per la tutela della salute pubblica a livello nazionale ed internazionale, con le autorità competenti, in conformità alla normativa europea e internazionale;
- h) allineamento alla rete di sorveglianza comunitaria;
- i) potenziamento delle capacità di sorveglianza a livello nazionale;
- j) semplificazione delle procedure di scambio delle informazioni epidemiologiche, facilitazione della trasmissione delle stesse e loro tutela;
- k) pianificazione sanitaria;
- l) valutazione e monitoraggio dei fattori di rischio delle malattie sorvegliate

	Direzioni Mediche dei PP.OO. ARNAS Garibaldi	PROCEDURA PER LA NOTIFICA DELLE MALATTIE INFETTIVE	REV.1	Pag. 10
			PROSEGNMALINF	

Il medico, che, nell'esercizio delle sue funzioni, rilevi un caso di malattia infettiva, diffusiva o sospetta di esserlo ha l'obbligo di segnalazione, secondo i tempi e i modi dettati dalle misure di sanità pubblica applicabili e specificati nel presente decreto.

L'elenco di malattie da sottoporre a sorveglianza è presente nell'allegato A del D.M. 7/3/22, con successiva modifica del 6/7/2022 e le informazioni da includere sono:

- dati anagrafici di paziente e medico,
- dati sanitari e informazioni cliniche,
- informazioni epidemiologiche e laboratoristiche del paziente.

I flussi informativi costituiscono obbligo di legge.

PREMAL prevede una suddivisione delle malattie infettive in due gruppi, caratterizzati da tempi e modalità di notifica diversi e proporzionali alla rilevanza della classe di appartenenza:

- malattie che generano allerta (entro 12 ore).
- restanti malattie infettive (entro 48 ore).

2. DEFINIZIONI

Epidemia. La normativa attuale fornisce una definizione operativa di focolaio epidemico come “il verificarsi di due o più casi della stessa malattia in un gruppo di persone appartenenti ad una stessa comunità (famiglia, caserma, istituto di ricovero e cura,) o comunque esposti ad una comune fonte di infezione”.

In una struttura sanitaria, seppur raramente, l'epidemia può comportare un aumento globale della frequenza delle infezioni nell'intera struttura, o in un solo servizio o in categorie particolari di ospiti/pazienti ed operatori o, più frequentemente, l'aumento della frequenza di un'infezione specifica (es. infezione urinaria in paziente cateterizzato, batteriemia in paziente con catetere intravascolare)

Infezione/malattia acquisita nel corso dell'assistenza sanitaria socio-sanitaria. Si definisce acquisita nel corso dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, un'infezione/malattia temporalmente correlata ad un episodio assistenziale e che può rappresentare l'effetto di interventi sanitari, potendo interessare sia pazienti che operatori sanitari. In ospedale e in altre strutture residenziali, è un'infezione che insorge dopo che il paziente è stato ricoverato e non era presente al momento del ricovero, neanche in incubazione ed eventualmente si può manifestare dopo la dimissione.

Cluster epidemico di infezioni acquisite nel corso dell'assistenza sanitaria. Viene definito come il verificarsi di almeno due casi concentrati nel tempo e nello spazio, di un'infezione rara, grave o sostenuta da un ceppo microbico con fenotipo o genotipo identico.

Evento sentinella. Vengono definiti “sentinella” quegli eventi per i quali, il verificarsi di un singolo caso rende opportuna un'indagine ed una risposta immediate.

Segnalazione. E' l'atto con cui il medico o altra figura sanitaria comunica al Servizio competente il manifestarsi di una qualsiasi malattia infettiva e diffusiva o sospetta di esserlo, che comporta un rischio per la salute pubblica.

ARNAS GARIBALDI CATANIA  ARNAS GARIBALDI AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE	Direzioni Mediche dei PP.OO. ARNAS Garibaldi	PROCEDURA PER LA NOTIFICA DELLE MALATTIE INFETTIVE	REV.1	Pag. 10
			PROSEGNMALINF	

3. MALATTIE INFETTIVE CHE GENERANO ALLERTA

Le sottoelencate malattie infettive diffusive, richiedono l'adozione immediata di interventi di sanità pubblica, sia a livello nazionale che internazionale, in quanto a elevato rischio di diffusione o perchè precedentemente eradicato o eliminate o oggetto di Piani o Progetti di eradicazione o eliminazione oppure perchè provocate da azioni deliberate.

Devono seguire il seguente flusso di segnalazione utilizzando l'ALLEGATO. 1:

Medico U.O. Segnala il caso anche solo sospetto entro 12 ore



Direzione Medica di Presidio



ASP

(entro 24 ore)



PREMAL

Elenco delle malattie che devono essere segnalate entro 12 ore:

ANTRACE
BOTULISMO
COLERA
DENGUE
ENCEFALITE TRASMESSA DA ARTROPODI
EPATITE VIRALE A
FEBBRE EMORRAGICA VIRALE
FEBBRE GIALLA
FEBBRE DA CHIKUNGUNYA
FEBBRE RICORRENTE EPIDEMICA
FEBBRE VIRALE DA WEST NILE
INFEZIONE DA CLAMYDIA
INFEZIONI E TOSSINFEZIONI DI ORIGINE ALIMENTARE

ARNAS GARIBALDI CATANIA  ARNAS GARIBALDI AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ULTRASPECIALIZZAZIONE	Direzioni Mediche dei PP.OO. ARNAS Garibaldi	PROCEDURA PER LA NOTIFICA DELLE MALATTIE INFETTIVE	REV.1	Pag. 10
			PROSEGNMALINF	

INFULENZA (FORMA GRAVE)
INFLUENZA AVIARIA
LEBBRA
LEGIONELLOSI
LEISHMANIOSI CUTANEA
LEISHMANIOSI VISCERALE
LISTERIOSI
MALATTIA BATTERICA INVASIVA
MALATTIA DI CREUTZFELD-JACOB
MENINGITI VIRALI SPECIFICATE
MICOBATTERIOSI NON TUBERCOLARE
MORBILLO
PESTE
POLIOMELITE ACUTA
RABBIA
ROSOLIA
ROSOLIA CONGENITA
ROSOLIA IN GRAVIDANZA
SINDROME RESPIRATORIA MEDIO-ORIENTALE (Mers-Cov)
TETANO
TIFO EPIDEMICO (DA PIDOCCHI)
TRICHELLINOSI
TUBERCOLOSI
VAIOLO
VAIOLO DELLE SCIMMIE (MONKEYPOX)
ZIKA
ZIKA CONGENITA

ARNAS GARIBALDI CATANIA 	Direzioni Mediche dei PP.OO. ARNAS Garibaldi	PROCEDURA PER LA NOTIFICA DELLE MALATTIE INFETTIVE	REV.1	Pag. 10
			PROSEGNMALINF	

4. RESTANTI CASI DI MALATTIE INFETTIVE

Devono seguire il seguente flusso di segnalazione utilizzando l'allegato MOD. 1

Medico U.O. Segnala il caso anche solo sospetto entro 48 ore



Direzione Medica di Presidio



ASP
(entro 7 giorni)



PREMAL

Elenco delle malattie da segnalare entro 48 ore:

BORRELIOSI
BRUCELLOSI
CRIPTOSPIRIOSI
DERMATOFITOSI
ECHINOCOCCOSI
EPATITE VIRALR B
EPATITE VIRALE C
EPATITE VIRALE D
EPATITE VIRALE E
EPATITE VIRALI ACUTE (ALTRE)
FEBBRE Q
FEBBRE TIFOIDE E PARATIFOIDE
GIARDIASI
HAERPES ZOSTER
INFEZIONE GONOCOCCICA (BLENORRAGIA)

ARNAS GARIBALDI CATANIA 	Direzioni Mediche dei PP.OO. ARNAS Garibaldi	PROCEDURA PER LA NOTIFICA DELLE MALATTIE INFETTIVE	REV.1	Pag. 10
			PROSEGNMALINF	

INFEZIONE DA CAMPYLOBACTER
INFEZIONE INTESTINALE DA <i>ESCHERICHIA COLI</i> PRODUTTORE DI SHIGA/VEROTOSSINA (STEC/VTEC) INCLUSA SEU
INFEZIONE DA ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI (CPE)
INFEZIONE DA YERSINIA ENTEROCOLICA
INFEZIONE DA SALMONELLA
LEPTOSI
LINFOGRANULOMA VENEREO
MALARIA
PAROTITE EPIDEMICA
PEDICULOSI E FTIRIASI
PERTOSSE
MORBILLOPOLMONITI DA PSITTACOSI
RICKETTSIOSI
SCABBIA
SCARLATTINA
SHIGELLOSI
SIFILIDE
SIFILIDE CONGENITA
SINDROME RESPIRATORIA MEDIO-ORIENTALE (Mers-Cov)
TOXOPLASMOSI
TOXOPLASMOSI CONGENITA
TULAREMIA
VARICELLA
INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (ICA) – SORVEGLIANZA NON ANCORA ATTIVA

	Direzioni Mediche dei PP.OO. ARNAS Garibaldi	PROCEDURA PER LA NOTIFICA DELLE MALATTIE INFETTIVE	REV.1	Pag. 10
			PROSEGNMALINF	

5. NORMATIVE SPECIFICHE

Esistono ulteriori Sistemi di Sorveglianza "Speciale" che prevedono la compilazione di ulteriore apposita modulistica, fermo restando che l'**ALLEGATO 1** va sempre inoltrato alla Direzione Medica di Presidio.

I. MALATTIE INFETTIVE CHE GENERANO ALLERTA (SEGNALAZIONE ENTRO 12 ORE)

- a) **BOTULISMO.** Circolare del Ministero n. 9, 1° luglio 1996. Circolare Ministero della Salute DGPRE 0021834 del 12/10/2012

Immediata segnalazione da parte del medico dell'U.O. che individua il caso, alla Farmacia del Presidio Ospedaliero, che richiederà il siero antitotulinum al Dipartimento di Prevenzione del Ministero della Sanità - Ufficio 111°, utilizzando l'apposito modulo (**ALL.2**);

- b) **MALATTIA DI CREUTZFELDT - JAKOB:** Ordinanza 12 febbraio 2001. "Ordinanza contingibile ed urgente per la sorveglianza della Malattia di Creutzfeldt-Jakob". Questa ordinanza, aggiunge all'elenco delle malattie di cui alla classe I del Decreto Ministeriale 15 dicembre 1990 la malattia di Creutzfeldt-Jakob, la sindrome di Gerstmann- Straussler-Scheinker, l'insonnia familiare letale, ed eventuali sindromi ad esse correlate.

Nei pazienti deceduti con sospetto clinico di malattia di Creutzfeldt-Jakob è obbligatorio l'esame neuroistopatologico (art.2, ordinanza 12 febbraio 2001).

Per la notifica di tali malattie deve essere osservato il flusso informativo descritto più avanti (art. 1 ordinanza 12 febbraio 2001). (**ALL.3**)

- c) **MENINGITE MENINGOCOCCICA, meningiti batteriche in genere**

Nota del Ministero della Sanità n. 400.2/15/3290 del 27 luglio 1994)

Si utilizza apposita Scheda di Sorveglianza (**ALL.4**) per la segnalazione.

Tale scheda vale anche per la meningite tubercolare e per le altre meningiti batteriche (Neisseria Meningitidis e Haemophilus Influenzae).

Deve essere compilata solo per i casi confermati da parte del medico che pone la diagnosi.

(N.B.: Tale scheda non sostituisce la notifica prevista dal D.M. 15.12.90, ma la integra. Per i casi di meningite da Neisseria meningitidis e Haemophilus Influenzae è altresì richiesto l'invio del ceppo batterico isolato al Reparto di malattie batteriche, gastroenteriche e neurologiche al Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate;

La scheda dovrà essere compilata in ogni sua parte ed in modo leggibile. In particolare:

- la parte sovrastante la breve introduzione riguardante il n° della scheda e del ceppo non dovrà essere compilata
- per "recapito" del compilatore si intende il n. telefonico del lavoro;
- i dati relativi alla Regione ed al Comune dovranno essere iscritti per esteso e non in codice;
- per "domicilio abituale" si dovrà intendere il luogo dove il paziente vive stabilmente, indipendentemente dal fatto che vi risieda o meno;
- per "comune inizio sintomi" si dovrà intendere il primo luogo dove gli stessi si sono manifestati;
- in questi ultimi due casi, qualora si tratti di piccoli comuni, andrà sempre citata la sigla della provincia di appartenenza;
- per "stato di immunodepressione" si dovrà intendere la presenza di una patologia e/o di un trattamento terapeutico che indichi una compromissione del sistema immunitario del paziente.

- d) **LEGIONELLOSI** Circolare del Ministero della Sanità n. 400.2/9/5708 del 29 dicembre 1993; Documento 4 Aprile 2000: "Linee-guida per la prevenzione e il controllo della legionellosi".

Per la Sorveglianza della legionellosi deve essere osservato un flusso specifico come da Linee-guida per la prevenzione e il controllo della legionellosi - Conferenza Stato- Regioni-Province autonome di Trento e Bolzano - Maggio 2000

Per i casi di legionellosi, secondo le disposizioni ministeriali del 29 dicembre 1993 è stata introdotta un'apposita Scheda di Sorveglianza (**ALL.5**) che deve essere compilata dal medico che pone la diagnosi.

Questa deve essere inviata a cura della Direzione Medica Ospedaliera, al Servizio di Igiene dell'ASP e all'ISS - Reparto

ARNAS GARIBALDI CATANIA 	Direzioni Mediche dei PP.OO. ARNAS Garibaldi	PROCEDURA PER LA NOTIFICA DELLE MALATTIE INFETTIVE	REV.1	Pag. 10 PROSEGNMALINF
---	--	---	-------	-------------------------------------

Malattie Batteriche, Respiratorie e Sistemiche- Dipartimento Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate - Registro Centrale dell Legionellosi.

Al succitato **Laboratorio**, insieme alla scheda, devono essere inviati i ceppi di Legionella eventualmente isolati, e quanto possibile un campione di siero prelevato a distanza di 15-20 giorni dall'inizio della sintomatologia.

- e) **TUBERCOLOSI e MICOBATTERIOSI NON TUBERCOLARE**: Nota del Ministero della Sanità n. 400/34.1/2022 del 27/3/95.
La segnalazione da parte del medico curante di tutti i casi di tubercolosi sospetti o accertati al Servizio di Igiene Pubblica della ASP di diagnosi, deve essere fatta entro 3 giorni (ALL.8).
Nel caso in cui l'ASP di diagnosi, sia diversa da quella di residenza o di domicilio abituale del paziente, le informazioni disponibili dovranno essere immediatamente comunicate a quest'ultima, al fine di permettere la messa in atto degli interventi di prevenzione e controllo.
N.B.: devono essere notificati tutti i nuovi casi e le recidive di T.B.C. attiva polmonare ed extrapolmonare, indipendentemente dalla contagiosità, inclusi i casi di complesso primario attivo (cioè non calcifico).
- f) **MORBILLO/ROSOLIA**: la sorveglianza deve essere effettuata come da Sistema di Sorveglianza speciale (Ministero della Salute-Ufficio V - Malattie Infettive e Profilassi Internazionale - Aprile 07. (ALL.9).

II. ALTRE MALATTIE (SEGNALAZIONE ENTRO 48 ORE)

- a) **MALARIA**: Circolare del Ministero della Sanità n.22 del 12 maggio 1992.
Deve essere osservato il seguente flusso informativo: il Medico U.O. segnala il caso entro 24/48 ore dalla diagnosi compilando e inviando l'ALL.7.
- b) **ROSOLIA IN GRAVIDANZA/CONGENITA**: la sorveglianza deve essere effettuata come da Sistema di Sorveglianza speciale (Ministero della Salute-Ufficio V - Malattie Infettive e Profilassi Internazionale - Aprile 07). (ALL.10 E ALL. 10 bis).

Al sistema PREMAL fanno eccezione:

- **l'AIDS**, notificato direttamente all'Assessorato Regionale alla Sanità e all'ISS dal medico che accerta il caso (DGR 3803 del 14/06/85 e successivo DGR n. 8358 del 13/09/88)
Per la notifica dei casi di AIDS e di infezione da HIV rimangono valide le disposizioni contenute nel DGR 3803 del 14/06/85 e successivo DGR n. 8358 del 13/09/88 che prevedono un flusso informativo differenziato, tramite modulistica specifica, con la trasmissione dei dati direttamente dal laboratorio che effettua la diagnosi all'ASP (ALL.6);
- **FEBBRI EMORRAGICHE VIRALI (Ebola)**: Nota del Ministero della Sanità 100/673/01 /4266 del 26 maggio 1995. "Aggiornamento linee guida per la gestione dei soggetti con sospetta infezione da virus Ebola".
Tutti i casi sospetti o accertati di FEV vanno immediatamente notificati, secondo la normativa vigente.
- **SISTEMA DI SORVEGLIANZA AFP**

ARNAS GARIBALDI CATANIA 	Direzioni Mediche dei PP.OO. ARNAS Garibaldi	PROCEDURA PER LA NOTIFICA DELLE MALATTIE INFETTIVE	REV.1	Pag. 10
			PROSEGNMALINF	

6. ALLEGATI

- **ALL. 1: Scheda di segnalazione di malattia infettiva;**
- **ALL. 2: Scheda di segnalazione di caso di botulismo (composto da 3 pagine);**
- **ALL. 3: Scheda di segnalazione e sorveglianza epidemiologica della Malattia di Creutzfeldt-Jacob;**
- **ALL. 4: Scheda di segnalazione e sorveglianza delle malattie infettive invasive da: Meningococco, Pneumococco, Emofilo e delle Meningiti batteriche (composto da 6 pagine);**
- **ALL. 5: Scheda di segnalazione e sorveglianza della Legionellosi (composto da 2 pagine);**
- **ALL. 6: Scheda di notifica di caso adulto (età > 12 anni) di AIDS (composto da 2 pagine);**
- **ALL. 7: Scheda di segnalazione e sorveglianza di caso di Malaria;**
- **ALL. 8: Scheda di segnalazione e sorveglianza di caso di Tubercolosi (composto da 2 pagine);**
- **ALL. 9: Scheda di segnalazione e sorveglianza per casi di Morbillo/Rosolia (composto da 4 pagine);**
- **ALL. 10: Scheda di segnalazione di caso di Rosolia in gravidanza (composto da 3 pagine)**
- **ALL. 10 bis: Scheda di segnalazione di caso di Rosolia congenita (composto da 3 pagine)**
- **ALL. 11: Scheda di segnalazione iniziale e sorveglianza AFP (paralisi flaccida)**

ARNAS GARIBALDI CATANIA  ARNAS GARIBALDI AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE	Direzioni Mediche dei PP.OO. ARNAS Garibaldi	PROCEDURA PER LA NOTIFICA DELLE MALATTIE INFETTIVE	REV.1	Pag. 10
			PROSEGNMALINF	

7. RIFERIMENTI NORMATIVI

- DECRETO del 7 marzo 2022 **"Revisione del Sistema di segnalazione delle malattie infettive (PREMAL)"**, successivamente modificato con il Decreto del Ministero della salute del 22 luglio 2022.
- D.M. del 15 Dicembre 1990;
- Circolare del Ministero n. 9, 1° luglio 1996. Circolare Ministero della Salute DGPRES 0021834 del 12/10/2012 (BOTULISMO);
- Ordinanza 12 febbraio 2001. "Ordinanza contingibile ed urgente per la sorveglianza della Malattia di Creutzfeldt-Jakob".
- Circolare del Ministero della Sanità n. 400.2/9/5708 del 29 dicembre 1993; Documento 4 Aprile 2000: "Linee-guida per la prevenzione e il controllo della legionellosi".
- DGR 3803 del 14/06/85 e successivo DGR n. 8358 del 13/09/88. (AIDS) -
- Nota del Ministero della Sanità 100/673/01 /4266 del 26 maggio 1995. "Aggiornamento linee guida per la gestione dei soggetti con sospetta infezione da virus Ebola".
- Circolare del Ministero della Sanità n.22 del 12 maggio 1992 (MALARIA).
- Nota del Ministero della Sanità n.400/34.1/2022 del 27/3/95 (TUBERCOLOSI).

SEGNALAZIONE DI CASO DI MALATTIA INFETTIVA DATI RELATIVI AL PAZIENTE

ALLEGATO 1

MALATTIA: Sospetta ☐ Accertata ☐

Barrate la casella che interessa:

- ☐ Antrace ☞
- ☐ Borreliosi ☞
- ☐ Botulismo ☞
- ☐ Brucellosi ☞
- ☐ Chikungunya ☞
- ☐ Colera ☞
- ☐ Criptosporidiosi ☞
- ☐ Dengue ☞
- ☐ Dermatofitosi ☞
- ☐ Differite ☞
- ☐ Echinococcosi ☞
- ☐ Encefalite virale da zecche ☞
- ☐ Encefalite virale trasmessa da artropodi ☞
- ☐ Epatite virale A ☞
- ☐ Epatite virale B ☞
- ☐ Epatite virale C ☞
- ☐ Epatite virale D ☞
- ☐ Epatite virale E ☞
- ☐ Epatiti virali acute altre ☞
- ☐ Febbre emorragica virale ☞
- ☐ Febbre gialla ☞
- ☐ Febbre Q ☞
- ☐ Febbre ricorrente epidemica ☞
- ☐ Febbre tifoide e paratifoide ☞
- ☐ Febbre virale West Nile ☞
- ☐ Giardiasi ☞
- ☐ Herpes zoster ☞
- ☐ Infezione da Chlamydia ☞
- ☐ Infezione gonococcica (Blenorragia) ☞
- ☐ Infezione intestinale da Campylobacter ☞
- ☐ Infezione intestinale da Escherichia Coli produttore della Shiga/Verocitossina (STEC/VTEC) inclusa SEU ☞
- ☐ Infezioni da enterobatteri produttori di Carbapene masi (CPE) ☞
- ☐ Infezione intestinale da Yersinia Enterocolitica ☞
- ☐ Infezioni da Salmonella ☞
- ☐ Influenza ☞ (forma grave)
- ☐ Influenza aviaria ☞
- ☐ Lebbra ☞
- ☐ Legionellosi ☞
- ☐ Leishmaniosi cutanea ☞
- ☐ Leishmaniosi viscerale ☞
- ☐ Leptospirosi ☞
- ☐ Linfogranuloma venereo ☞
- ☐ Listeriosi ☞
- ☐ Malaria ☞
- ☐ Malattia batterica invasiva ☞
- ☐ Malattia di Creutzfeldt-Jakob ☞
- ☐ Meningiti virali ☞
- ☐ Micobatteriosi non tubercolare ☞
- ☐ Morbillo ☞
- ☐ Parotite epidemica ☞
- ☐ Pediculosi e ftiriasi ☞
- ☐ Pertosse ☞
- ☐ Peste ☞
- ☐ Poliomielite acuta ☞
- ☐ Polmonite da Psittacosi ☞
- ☐ Rabbia ☞
- ☐ Rickettsiosi ☞
- ☐ Rosolia ☞
- ☐ Rosolia congenita ☞
- ☐ Rosolia in gravidanza ☞
- ☐ Scabbia ☞
- ☐ Scarlattina ☞
- ☐ Shigellosi ☞
- ☐ Sindrome respiratoria medio orientale (Mers-CoV) ☞
- ☐ Sifilide ☞
- ☐ Sifilide congenita ☞
- ☐ Tetano ☞
- ☐ Tifo (epidemico) da pidocchi ☞
- ☐ Tossinfezioni di origine alimentare ☞
- ☐ Toxoplasmosi ☞
- ☐ Toxoplasmosi congenita ☞
- ☐ Trichinellosi ☞
- ☐ Tubercolosi ☞
- ☐ Tularemia ☞
- ☐ Vaiolo ☞
- ☐ Vaiolo delle scimmie (Monkeypox) ☞
- ☐ Varicella ☞
- ☐ Zika ☞
- ☐ Zika congenita ☞
- ☐ Infezioni correlate all'assistenza (ICA) – Sorveglianza non ancora attiva
- ☐ Altro (specificare) ☞

Cognome/Nome:

Data di nascita: __/__/__

Sesso: ☐ F ☐ M

Comune di nascita:

Domicilio: Via.....

Comune:..... Prov. |__|__|

Residenza (se diversa da domicilio): Via.....

Comune:..... Prov. |__|__|

Recapito telefonico.....

Professione.....

Collettività frequentata: (es: scuola materna, casa di riposo...)

Inizio sintomi: Data __/__/__ Comune.....

Viaggi/soggiorno all'estero: ☐ sì, spec.

Gravidanza.....

Precedentemente vaccinato.....

Criteri di diagnosi:

- ☐ Clinica
- ☐ Sierologia
- ☐ Esame diretto/istologico
- ☐ Esame culturale
- ☐ Altro

Legionellosi: ☐ struttura turistica ☐ struttura sanitaria ☐ terme

Meningite batterica: ☐ strutture a rischio ☐ età ≤ 24 anni ☐ personale scuole

TBC: ☐ collettività a rischio ☐ polmonare (operatore) ☐ polm. (paziente)

Malattia correlata a pratiche assistenziale ☐ sì ☐ no ☐ non so

Acquisita nel corso dell'assistenza sanitaria? ☐ sì ☐ no ☐ non so

Altri casi di malattia potenzialmente correlati?

Commenti:

DATI RELATIVI AL MEDICO (accettabile anche un timbro)

Cognome e Nome:

N° telefonico: Data: __/__/__

Firma del medico:

NB: Come segnalare al Dipartimento di Sanità Pubblica (DSP)

(tramite la Direzione Sanitaria o di Presidio, se medico ospedaliero o di casa di cura)

☞ **Segnalazione immediata** per esigenze di profilassi (al massimo entro 12 ore), per telefono: da lunedì a venerdì, dalle 8,30 alle 13,30, tel. 095 2540126.

Inviare la segnalazione anche via mail: malattie.infettive@aspct.it o per Fax (n° 095 7170634, 095 7178103)

☞ **Segnalazione per via ordinaria** (di norma non oltre le 48 ore), per posta:

Servizio Epidemiologia e prevenzione -Via Tevere, 39 – 95027 Cerza – San Gregorio di CT).

☐ ALIMENTARE
☐ INFANTILE
☐ DA FERITA
☐ INTESTINALE ADULTO

La presente scheda va compilata **IN STAMPATELLO** a cura del competente Servizio dell'Azienda Sanitaria in cui sia stato diagnosticato il caso.

Regione _____	 	 	 	Provincia _____	
Comune _____	 	 	 	ASL _____	

ENTE OSPEDALIERO _____ REPARTO _____

Nome Medico Compilatore _____

Recapito Medico Compilatore _____

Cognome _____ Nome _____ Sesso M ☐ F ☐

Residenza (se non coincide con il domicilio abituale compilare anche la riga successiva) _____

Domicilio abituale _____

Occupazione _____

Età compiuta all'inizio della malattia:

<1 anno (da 0 a 11 mesi) >1 anno (da 1 a 99 anni) se > indicare sempre 99

Data inizio sintomi: ____/____/____ Comune inizio sintomi _____
gg mm aa

ALIMENTO SOSPETTO _____

☐ DI PRODUZIONE INDUSTRIALE ☐ DI PRODUZIONE CASALINGA

È DI CONSUMO ABITUALE sì ☐ NO ☐

NEL CASO DI CONSERVE, SONO STATE COTTE PRIMA DEL CONSUMO? sì ☐ NO ☐

I CARATTERI ORGANOLETTICI DELL'ALIMENTO ERANO ALTERATI? sì ☐ NO ☐

INGERITO QUANTO TEMPO PRIMA ORE

ALTRO ALIMENTO SOSPETTO _____

SPECIFICARE

• ALTRE PERSONE CHE HANNO CONSUMATO L'ALIMENTO SOSPETTO:

TOTALE PERSONE CON SINTOMI

DATI CLINICI

SINTOMATOLOGIA CLINICA (barrare i sintomi se presenti)

☐ DIPLOPIA gg mm aa / / / ☐ DISFAGIA gg mm aa / / / ☐ SECCHENZA DELLE FAUCI gg mm aa / / / ☐ STIPSI gg mm aa / / / ☐ MIDRIASI gg mm aa / / / ☐ RITENZIONE URINARIA gg mm aa / / /	☐ NAUSEA gg mm aa / / / ☐ VOMITO gg mm aa / / / ☐ DIARREA gg mm aa / / / ☐ INSUFF. RESPIRATORIA gg mm aa / / / ☐ COMA gg mm aa / / / ☐ ALTRO gg mm aa / / /
--	--

DIAGNOSI STRUMENTALE

☐ ELETTROMIOGRAFIA gg mm aa / / / ☐ ALTRI gg mm aa / / /	Referto _____ Referto _____
---	--------------------------------

DECORSO

DATA DI RICOVERO / /
 gg mm aa

È STATO IMPIEGATO SIERO ANTI-BOTULINICO Sì ☐ NO ☐

SE SÌ DOPO QUANTO TEMPO DOPO L'ESORDIO: ORE /

QUANTE UNITÀ DI SIERO ANTI-BOTULINICO? _____

ALTRE TERAPIE Sì ☐ NO ☐

SE SÌ QUALI _____

INDAGINI DI LABORATORIO

RICERCA DELLE TOSSINE BOTULINICHE ESEGUITA SU:

SIERO	Sì ☐	NO ☐	Risultato	Positivo ☐	Negativo ☐
FECI	Sì ☐	NO ☐	Risultato	Positivo ☐	Negativo ☐
REPERTI AUTOPTICI	Sì ☐	NO ☐	Risultato	Positivo ☐	Negativo ☐
ALIMENTI	Sì ☐	NO ☐	Risultato	Positivo ☐	Negativo ☐

RICERCA DEI CLOSTRIDI PRODUTTORI DI TOSSINE ESEGUITA SU:

FECI	Sì ☐	NO ☐	Risultato	Positivo ☐	Negativo ☐
REPERTI AUTOPTICI	Sì ☐	NO ☐	Risultato	Positivo ☐	Negativo ☐
ALIMENTI	Sì ☐	NO ☐	Risultato	Positivo ☐	Negativo ☐
ALTRO _____			Risultato	Positivo ☐	Negativo ☐

LABORATORIO CHE EFFETTUA L'ANALISI _____

INDIRIZZO _____ N° TELEFONICO _____

DATA DI COMPILAZIONE ____/____/____ FIRMA DEL COMPILATORE _____

La scheda va compilata in **stampatello** in ogni sua parte e va inviata a:

Ministero della Salute Dip. SPI – D.G. Prevenzione Uff. 05 Mal. Inf. e Prof. Int. Fax 06.5994.3096 e-mail: malinf@sanita.it	Ministero della Salute Dip. SPVSA D. G. Igiene e la sicurezza degli alimenti e la nutrizione Fax 06.5994.3598 e-mail: dav.allerta@sanita.it	Istituto Superiore di Sanità Reperto Epidemiologia delle Malattie Infettive - CNESPS Fax 06 4423.2444 e-mail: outbreak@iss.it	Istituto Superiore di Sanità Centro Nazionale di Riferimento per il Botulismo -Dip. SPVSA Fax 06.4990.2045 e-mail: cnr.botulismo@iss.it
---	---	---	--

SCHEDA PER LA SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA DELLA MALATTIA DI CREUTZFELDT-JAKOB

medico segnalatore:
 indirizzo dell'ospedale:
 tel:
 fax:
 e-mail:
 firma del medico segnalatore

Iniziali del paziente: sesso

numero cartella clinica _____
 data di nascita del paziente _____
 data di esordio della malattia: _____

(mese/anno)

Sintomo di esordio: _____

segnalare la presenza di:

- disturbi psichiatrici nelle prime fasi della malattia	SI ☐	NO ☐
- decadimento intellettivo-demenza	SI ☐	NO ☐
- mioclono	SI ☐	NO ☐
- altri movimenti involontari	SI ☐	NO ☐
- segni piramidali	SI ☐	NO ☐
- segni extrapiramidali	SI ☐	NO ☐
- segni cerebellari	SI ☐	NO ☐
- segni visivi	SI ☐	NO ☐
- mutismo acinetico	SI ☐	NO ☐
- parestesie	SI ☐	NO ☐
- disestesie dolorose	SI ☐	NO ☐
- EEG caratteristico*	SI ☐	NO ☐ NON ESEGUITO ☐
- Esame liquorale (proteina 14-3-3)	SI ☐	NO ☐ NON ESEGUITO ☐

* (complessi trifasici per iodici punta o nda, 1-2 c/s. Qu esto tracciato compare nella maggior p arte dei paz ienti con malattia diCreutzfeldt-Jakob. Può ess ere assente nelle fasi in iziali o terminali della malattia. Qualora l'EEG non fosse tipico, s i consigliano ripetute e prolungate registrazioni)

Altri esami strumentali effettuati

TC CEREBRALE

SI ☐ NO ☐

RMN CEREBRALE

SI ☐ NO ☐

Fattori di rischio**

(** esempi: registrazioni EEG con elettrodi corticali, interventi neurochirurgici, terapia con ormone della crescita di tipo estrattivo, impianto di dura madre, trapianto di cornea).

Professioni esercitate dal paziente: _____

La presente scheda compilata in tutte le sue parti, va inviata **contemporaneamente**, a:

Ministero della Salute
 Dipartimento della Prevenzione
 Ufficio III - Malattie Infettive
 via Sierra Nevada, 60 - 00144 Roma
 fax 06 59944242 - 59944320
 e-mail : dpv.oemi@sanita.it

Istituto Superiore di Sanità
 Laboratorio di Virologia
 R.N. Malattia di Creutzfeldt-Jakob
 e Sindromi Correlate
 Viale Regina Elena 299, 00161 Roma
 fax 06 4990 3012
 e-mail: rest@iss.it

DATA:

Allegato sorveglianza delle malattie invasive da meningococco, pneumococco, emofilo e delle meningiti batteriche (v 11/04/2016)

SCHEDA DI SEGNALAZIONE

SORVEGLIANZA DELLE MALATTIE INVASIVE DA MENINGOCOCCO, PNEUMOCOCCO, EMOFILO E DELLE MENINGITI BATTERICHE

Questa scheda va utilizzata per segnalare al Servizio di Igiene pubblica di competenza (entro 12 ore dalla diagnosi) i casi di malattie batteriche invasive causate da *Neisseria meningitidis*, *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* e di meningite batterica da altro agente.

L'invio di questo modello non esonera dall'obbligo di segnalazione mediante il modello 15 del sistema di notifiche delle malattie infettive attualmente in vigore in Italia (il decreto 15/12/1990 prevede in classe II la segnalazione delle meningiti da *N. meningitidis* e in classe V le altre malattie batteriche invasive).

DATI RELATIVI COMPILATORE

Regione: _____

Data compilazione: ____/____/____

Ospedale: _____ Comune: _____

Segnalato da: Sig/Dr: _____

Telefono: ____/____/____ Fax: ____/____/____

E-mail: _____@_____

DATI DEL PAZIENTE:

Nome: _____ Cognome: _____

Sesso: ☐ M ☐ F Data di nascita: ____/____/____ Comune di residenza: _____

Codice fiscale o STP: _____ Nazionalità: _____

Data inizio sintomi: ____/____/____ Comune inizio sintomi: _____ Provincia: _____

Quadro Clinico: ☐ sepsi ☐ meningite ☐ polmonite batteriemia ☐ cellulite ☐ epiglottite
(anche più di uno) ☐ peritonite ☐ pericardite ☐ artrite settica/osteomielite

Ricoverato: ☐ Sì ☐ No se sì Data di Ricovero ____/____/____

Al momento della segnalazione il paziente è:

☐ guarito

☐ deceduto

☐ ancora in trattamento

AGENTE EZIOLOGICO PER MALATTIA BATTERICA INVASIVA:

☐ *Neisseria meningitidis* ☐ *Streptococcus pneumoniae* ☐ *Haemophilus influenzae*

Altro agente eziologico causante meningite batterica:

☐ Micobatterio tubercolare

☐ Streptococco di gruppo B

☐ Listeria

☐ Altro agente batterico (specificare): _____

☐ Non identificato (solo meningiti con liquor torbido o purulento)

FATTORI PREDISPONENTI LA MALATTIA BATTERICA INVASIVA:

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Asplenia anatomica/funzionale | ☐ Fistole liquorali | ☐ Tossicodipendenza ev |
| ☐ Immunodeficienza congenita | ☐ Immunodeficienza acquisita | ☐ Alcolismo |
| ☐ Leucemie/linfomi | ☐ Insuffici. renale cronica/Dialisi | ☐ Tabagismo |
| ☐ Altre neoplasie | ☐ Diabete mellito | ☐ Deficit fattori del complemento |
| ☐ Terapie immuno-soppressive | ☐ Epatopatia | ☐ Emoglobinopatie |
| ☐ Trapianto d'organo o di midollo | ☐ Cardiopatie | ☐ Altre malattie polmon. croniche |
| ☐ Impianto cocleare | ☐ Asma/enfisema | |
| ☐ Altra Condizione (_____) | | |

ESITO CONOSCIUTO DELLA MALATTIA A 14 GIORNI:

☐ guarito	☐ deceduto	☐ ancora in trattamento
----------------------------------	-----------------------------------	--

SEQUELE A 30 GIORNI DALLA DATA DI SEGNALAZIONE (solo se malattia invasiva da *S. pneumoniae*, *N. meningitidis*, *H. influenzae*):

- ☐ Perdita anche parziale dell'udito
- ☐ Perdita anche parziale della vista
- ☐ Danni neurologici compresi quelli motori
- ☐ Amputazioni
- ☐ Necrosi e cicatrici a livello cutaneo
- ☐ Altro, specificare (_____)

CONTATTI E FOCOLAIO EPIDEMICO (solo se malattia batterica invasiva da *N. meningitidis* o *H. influenzae*):

Nei 10 giorni precedenti l'inizio dei sintomi, il paziente:

è stato a contatto con un altro caso della stessa malattia? ☐ No ☐ Si (confermato) ☐ Si (sospetto)

Probabile contagio fuori dall'area di domicilio abituale?

☐ No ☐ Si Se, sì, dove: _____

Il caso fa parte di un focolaio epidemico conosciuto?

☐ No ☐ Si Se, sì, quale _____

Comunità frequentate:

☐ Nido ☐ Scuola materna ☐ Scuola ☐ Ospedale ☐ Caserma

☐ Altra comunità _____

STATO VACCINALE (solo se malattia invasiva da *S. pneumoniae*, *N. meningitidis*, *H. influenzae*)

Vaccinato per l'agente in causa? ☐No ☐Si regolarmente o parzialmente ☐Informazione non disponibile

Se "SI regolarmente o parzialmente", compilare la tabella seguente solo per la vaccinazione contro l'agente responsabile del caso.

N. della dose	Data somministrazione	Nome commerciale

Note relative alla vaccinazione:

Vaccinato regolarmente si intende un individuo che ha effettuato il ciclo completo di vaccinazione e i relativi richiami (se necessari) e che si ritiene quindi potenzialmente protetto. L'informazione deve essere controllata sull'anagrafe vaccinale o equivalente. In caso di dubbio inserire nelle note.

DIAGNOSI DI LABORATORIO

Persona di contatto nel laboratorio di diagnosi: _____ Tel. _____

Email: _____ @ _____

Ospedale/laboratorio: _____

Data prelievo del primo campione risultato positivo : ____/____/____

Diagnosi eseguita (test positivi) su:

<i>Neisseria meningitidis</i>			
☐ liquor	☐ coltura	☐ ricerca antigene	☐ PCR ☐ esame microscopico diretto
☐ sangue	☐ coltura		☐ PCR
☐ liquido pleurico	☐ coltura		☐ PCR
☐ liquido peritoneale	☐ coltura		☐ PCR
☐ liquido pericardio	☐ coltura		☐ PCR
☐ liquido sinoviale	☐ coltura		☐ PCR
☐ placenta	☐ coltura		☐ PCR
☐ petecchie cutanee	☐ coltura		☐ PCR
☐ materiale autoptico da sito sterile	☐ coltura		☐ PCR
<i>Streptococcus pneumoniae</i>			
☐ liquor	☐ coltura	☐ ricerca antigene	☐ PCR
☐ sangue	☐ coltura		☐ PCR
☐ liquido pleurico	☐ coltura	☐ ricerca antigene	☐ PCR
☐ liquido peritoneale	☐ coltura	☐ ricerca antigene	☐ PCR
☐ liquido pericardio	☐ coltura	☐ ricerca antigene	☐ PCR
☐ liquido sinoviale	☐ coltura	☐ ricerca antigene	☐ PCR
☐ placenta	☐ coltura	☐ ricerca antigene	☐ PCR
☐ materiale autoptico da sito sterile	☐ coltura		☐ PCR
<i>Haemophilus influenzae</i>			
☐ liquor	☐ coltura		☐ PCR
☐ sangue	☐ coltura		☐ PCR
☐ liquido pleurico	☐ coltura		☐ PCR
☐ liquido peritoneale	☐ coltura		☐ PCR
☐ liquido pericardio	☐ coltura		☐ PCR
☐ liquido sinoviale	☐ coltura		☐ PCR
☐ placenta	☐ coltura		☐ PCR
☐ materiale autoptico da sito sterile	☐ coltura		☐ PCR
<i>Qualunque altro agente causante meningite batterica</i>			
☐ liquor	☐ coltura	☐ ricerca antigene	☐ PCR

E' stata eseguita la tipizzazione? (solo se malattia invasiva da *N. meningitidis*, *S. pneumoniae*, *H.influenzae*)

☐ SI ☐ NO se SI siero gruppo/sierotipo _____

In quale laboratorio è stata effettuata?

☐ Laboratorio Riferimento regionale

☐ Altro, specificare (_____)

INDICAZIONE TECNICHE PER LA PREPARAZIONE ED INVIO DEGLI ISOLATI E CAMPIONI CLINICI AL
LABORATORIO DI RIFERIMENTO DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

CEPPI BATTERICI

Si rende disponibile un corriere prepagato per il ritiro presso i laboratori collaboranti alla sorveglianza, dei ceppi di meningococco, *H. influenzae* e pneumococco.

Neisseria meningitidis/*Haemophilus influenzae*

Seminare il ceppo in piastra di agar cioccolato. La coltura deve essere tenuta in incubazione 18-24 ore in atmosfera arricchita di CO₂. A crescita avvenuta, la piastra deve essere immediatamente spedita affinché il ceppo resti vitale.

Streptococcus pneumoniae

E' consigliato effettuare l'invio dei ceppi su tamponi con terreno di trasporto oppure su piastre di coltura. Se conservato congelato, il ceppo deve essere seminato su piastra almeno 2 giorni prima della spedizione. La coltura deve essere tenuta in incubazione per non più di 18-20 ore. Il giorno della spedizione prelevare la crescita batterica dalla piastra con il tampone e inserire il tampone nel terreno di trasporto.

Nel caso i tamponi con trasporto non fossero disponibili, inviare due piastre di Agar Sangue per ogni ceppo: una seminata da non più di 24 ore ed una piastra appena seminata ma non incubata (è un backup in caso di ritardo nella arrivo della spedizione; può essere omessa per spedizioni in ambito locale).

CONFEZIONAMENTO DEL MATERIALE DA SPEDIRE

Confezionare il pacco utilizzando contenitori adeguati a norma di legge (circolare n.3 dell'8 maggio 2003 del Ministero della Salute) per l'invio di materiale biologico, categoria B codice UN3373. E' fatto obbligo di utilizzare un triplo imballaggio, formato da un imballo esterno, uno intermedio ed uno interno a tenuta stagna, conformi alle disposizioni vigenti, in modo da impedire la fuoriuscita del contenuto anche in caso di incidente durante il trasporto. Il pacco deve essere provvisto di un'etichetta che riporti sia il mittente (nominativo, indirizzo, telefono, e-mail) sia il destinatario (specificando nome e cognome del contatto per quel patogeno e l'indirizzo in ISS come da lista in fondo a questa scheda).

Il campione dovrà essere accompagnato da una copia della scheda di segnalazione. Il pacco deve pervenire entro 24 ore dall'invio ed entro le ore 16.30 del venerdì ai destinatari dell'ISS per non compromettere la vitalità del ceppo batterico. In caso di isolamento del ceppo il sabato, non effettuare l'invio ma, ripassare il ceppo su una nuova piastra alla riapertura del laboratorio il lunedì seguente. Da questa nuova coltura eseguire le procedure per l'invio secondo quanto sopra esposto in A e B. Il pacco deve essere trasportato a temperatura ambiente. Se il centro di riferimento regionale conserva i ceppi congelati, può inviarli direttamente congelati con spedizione periodiche in ghiaccio secco.

CAMPIONI CLINICI IN CASO DI SOSPETTA MALATTIA BATTERICA

I campioni di sangue e liquor prelevati da casi di sospetta malattia batterica invasiva saranno inviati in provette chiuse ermeticamente e seguendo le stesse modalità di confezionamento e di spedizione indicate sopra per i ceppi batterici.

ELENCO DEI REFERENTI ISS PER L'EPIDEMIOLOGIA

Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS)
Reparto Epidemiologia delle Malattie Infettive
Istituto Superiore di Sanità - Viale Regina Elena 299 00161 Roma
PEC: sorveglianza.epidemiologica@pec.iss.it
E-mail: malbattinvasive@iss.it

Fortunato D'Ancona, dancona@iss.it, tel 06 4990 4274, fax 06 4938 2444
Maria Grazia Caporali, mariagrazia.caporali@iss.it, tel 06 4990 4275, fax 06 4938 2444
Cristina Giambi, cristina.giambi@iss.it, tel 06 4990 4268, fax 06 4938 2444

ELENCO DEI REFERENTI ISS PER LA MICROBIOLOGIA

Dipartimento Malattie Infettive, Parassitarie ed Immuno-mediate
Istituto Superiore di Sanità
Via Castro Laurenziano 25 00161, Roma
PEC : mipi@pec.iss.it

- *Neisseria meningitidis* e campioni biologici
Paola Stefanelli, paola.stefanelli@iss.it, tel.0649902126, Fax 06 49387112
- *Streptococcus pneumoniae*
Annalisa Pantosti, annalisa.pantosti@iss.it, tel 06 4990 2852, Fax: 06 49387112
Romina Camilli, romina.camilli@iss.it , tel 06 4990 2331, Fax : 06 49387112
Contatto per l'invio dei ceppi: Fabio D'Ambrosio, tel. 06 4990 2331
- *Haemophilus influenzae*
Marina Cerquetti
marina.cerquetti@iss.it tel.06 4990 3505/2343 Fax: 06 49387112

REGIONE
Assessorato alla Sanità

MINISTERO DELLA SANITA'
Dipartimento della Prevenzione

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'
Registro Nazionale delle Legionellosi

SCHEDA DI SORVEGLIANZA DELLA LEGIONELLOSI

N. Scheda | | | | |

Data | | | | |

Ospedale Notificante | | | | |

Cognome Nome del paziente:

Data di nascita | | | | |

Sesso: ☐ M ☐ F

Indirizzo di residenza

Occupazione presso

Data Insorgenza sintomi | | | | |

Data Ricovero ospedaliero | | | | |

Data Dimissione | | | | |

Esito

- Miglioramento/Guarigione ☐

- Decesso ☐

- Non noto ☐

Manifestazioni cliniche (barrare la casella che interessa)

	SI	NO	NON SO		SI	NO	NON SO
Febbre	☐	☐	☐	Nausea/Vomito	☐	☐	☐
Brividi	☐	☐	☐	Dolori addome	☐	☐	☐
Cefalea	☐	☐	☐	Diarrea	☐	☐	☐
Tosse	☐	☐	☐	Peritonite	☐	☐	☐
Espettorazione	☐	☐	☐	Confusione mentale	☐	☐	☐
Dispnea	☐	☐	☐	Atassia	☐	☐	☐
Emofioe	☐	☐	☐	Afasia	☐	☐	☐
Toracoalgie	☐	☐	☐	Extrapiramidale	☐	☐	☐
Versamento pleurico	☐	☐	☐	Aritmia cardiaca	☐	☐	☐
Ipossia	☐	☐	☐	Pericardite	☐	☐	☐
Opacità polmonare	☐	☐	☐	Osteartromialgie	☐	☐	☐

Altre manifestazioni cliniche rilevanti ☐ SI ☐ NO

Specificare:

Malattie concomitanti ☐ SI ☐ NO

Specificare:

In terapia sistemica con corticosteroidi o immunosoppressori: ☐ SI ☐ NO

Antibiotici (e dosi) assunti durante il ricovero: ☐ SI ☐ NO

Specificare:

ALLEGATO 5

Cure odontoiatriche nelle due settimane precedenti l'esordio

☐ SI ☐ NO

Ricovero ospedaliero nelle due settimane precedenti l'esordio

☐ SI ☐ NO

Ospedale: Reparto:

Periodo: da a

Soggiorno nelle due settimane precedenti l'esordio, in luoghi diversi dalla propria abitazione

☐ SI ☐ NO

- Specificare tipo di struttura recettiva: (es. albergo, terme, campeggio, nave, ecc.).....
- Nome e località..... n. stanza.....
- Eventuale operatore turistico.....
- In gruppo ☐ Individuale ☐
- Periodo: da | | | | | a | | | | |

Frequentazione di piscine nelle due settimane precedenti l'esordio

☐ SI ☐ NO

Abitudine al fumo di sigaretta ☐ SI ☐ NO

Specificare da quanto tempo

quantità

Abitudine all'alcool ☐ SI ☐ NO

Specificare quantità

Diagnosi di legionellosi basata su:

Isolamento del germe ☐ Specificare da quale materiale patologico:

Sierologia	gg da inizio sintomi	titolo	Specie e Sierogruppo
1° siero			
2° siero			
3° siero			

Rilevazione antigene urinario ☐ SI ☐ NO

Indagine Ambientale

☐ SI ☐ NO Se SI specificare materiale analizzato

Se SI ☐ Positiva ☐ Negativa

Se Positiva specificare Specie e Sierogruppo

Nome e recapito del medico compilatore:

Nome: Cognome:

Ospedale: Reparto:

Indirizzo: Tel.: Fax:

Data di compilazione

| | | | |

**SCHEMA DI NOTIFICA DI CASO ADULTO DI SINDROME
DA IMMUNODEFICIENZA ACQUISITA (ETÀ > 12 ANNI)**

SEZ.1		INFORMAZIONI ANAGRAFICHE	
(1) Cognome:..... Nome:.....		(2) Sesso <u>M</u> <u>F</u>	
(3) Comune di nascita o stato estero.....	Prov. __	(4) Data di nascita __/__/__ gg mm aa	
(5) Nazionalità.....	(6) Occupazione.....		
Stato civile: Celibe/Nubile [] Coniugato/a [] Vedovo/a [] Separato/a []			
(7) Residenza anagrafica: Comune..... Prov. __			
(8) Diagnosi di AIDS effettuata sul paziente: Vivente [] Deceduto []			
Se la segnalazione di riferisce a un soggetto già deceduto, specificare: Data decesso __/__/__ (9) Comune di decesso..... Prov. __ gg mm aa			
(10) Decesso associato all'AIDS: Sì [] No []			
(11) Specificare la causa del decesso:.....			
SEZ.2		MALATTIE INDICATIVE DI IMMUNODEFICIENZA ACQUISITA (12)	
(12) Barrare per ogni caso al massimo 6 delle seguenti malattie			
	Data diagnosi (13) gg mm aaaa	Diagnosi (14)	
		Accertata	Presuntiva
[1] Candidosi bronchiale, tracheale o polmonare	__/__/__	[1]	non valida
[2] Candidosi esofagea	__/__/__	[1]	[2]
[3] Criptococchi, extrapolmonare	__/__/__	[1]	non valida
[4] Criptosporidiosi intestinale cronica	__/__/__	[1]	non valida
[5] Malattia da Cytomegalovirus	__/__/__	[1]	non valida
[6] Retinite da CMV	__/__/__	[1]	[2]
[7] Encefalopatia da HIV	__/__/__	[1]	non valida
[8] Herpes simplex: ulcera cronica (> 1 mese) bronchite, polmonite o esofagite	__/__/__	[1]	non valida
[9] Isosporidiosi, cronica intestinale (> 1 mese)	__/__/__	[1]	non valida

Specificare: _____

Cure odontoiatriche nelle due settimane precedenti l'esordio: ☐ SI ☐ NO

Ricovero ospedaliero nelle due settimane precedenti l'esordio: ☐ SI ☐ NO

Ospedale: _____ Reparto: _____

Periodo: da _____ a _____

Soggiorno nelle due settimane precedenti l'esordio, in luoghi diversi dalla propria abitazione ☐ SI ☐ NO

Specificare tipo di struttura recettiva: (es. albergo, terme, campeggio, nave, ecc.) _____ n. stanza _____

• Nome e località _____

• Eventuale operatore turistico _____

• In gruppo ☐ individuale ☐

• Periodo: da _____ a _____

Frequentazione di piscine nelle due settimane ☐ SI ☐ NO

Abitudine al fumo di sigaretta ☐ SI ☐ NO quantità _____

Specificare da quanto tempo _____

Abitudine all'alcool: ☐ SI ☐ NO

Specificare quantità: _____

Diagnosi di legionellosi basata su:

isolamento del germe ☐

Specificare da quale materiale patologico: _____

Sierologia	gg. da inizio sintomi	titolo	Specie e sierogruppo
1° siero	_____	_____	_____
2° siero	_____	_____	_____
3° siero	_____	_____	_____

Rilevazione antigene urinario ☐ SI ☐ NO

Indagine ambientale ☐ SI ☐ NO

Se SI specificare materiale analizzato _____

Se SI ☐ Positiva ☐ Negativa

Se Positiva specificare Specie e Sierogruppo _____

Nome e recapito del medico compilatore:

Nome: _____ Cognome: _____

Ospedale: _____ Reparto: _____

Indirizzo: _____ Tel.: _____ Fax: _____

Data di compilazione _____

IL DIRETTORE SANITARIO

ALLEGATO 7

Inviare a:

Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Regione, Autorità sanitaria locale

Mod.15 - Sanità Pubblica - modificato
Classe III

SCHEDA PER LA NOTIFICA E L'INCHIESTA EPIDEMIOLOGICA SU CASO DI MALARIA

☐ IMPORTATA ☐ INDOTTA ☐ AUTOCTONA

REGIONE _____	PROVINCIA _____
COMUNE _____	COD.ASL _____

Sezione A

COGNOME _____	NOME _____	SESSO ☐ maschio ☐ femmina
ETA' COMPIUTA ALL'INIZIO DELLA MALATTIA: [____] [____]		
< 1 anno. Da 0 a 11 mesi ≥ 1 anno. Da 1 a 99 anni >99 indicare 99		
CITTADINANZA _____		
CODICE SSN 	PROFESSIONE _____	
INDIRIZZO DOMICILIO ABITUALE _____		
STATO DI RESIDENZA _____		
SE RESIDENTE IN ITALIA INDICARE COMUNE _____		PROV. [____]
ASL DI RESIDENZA _____		COD. ASL RES _____

Sezione B

PAESE VISITATO _____	CONTINENTE _____
MOTIVO DEL VIAGGIO ☐ lavoro ☐ turismo ☐ rientro Paese d'origine	
☐ immigrazione ☐ missione religiosa ☐ missione militare	
☐ non noto ☐ altro specificare _____	
DATA PARTENZA DALL'ITALIA ____/____/____	DATA RIENTRO IN ITALIA ____/____/____
DATA INIZIO SINTOMI ____/____/____	RICOVERO ☐ no ☐ si
RICOVERATO PRESSO OSPEDALE DI _____	REPARTO _____
DATA RICOVERO ____/____/____	DATA DIAGNOSI CLINICA ____/____/____
DATA DIAGNOSI EMOSCOPICA ____/____/____	
ESITO ☐ guarigione ☐ decesso	DATA DIMISSIONE/DECESSO ____/____/____
SPECIE DI PLASMODIO ☐ P. falciparum ☐ P. vivax ☐ P. malariae ☐ P. ovale	
☐ forme miste specificare _____ ☐ non specificabile	
TERAPIA _____	FARMACORESISTENZA A _____
CHEMIOPROFILASSI ☐ no ☐ si ☐ si, incompleta	
Se si specificare tipo chemioprolassi _____	
Note: indicare eventuale stato di gravidanza o concomitanza di altre patologie, casi di recidiva e recrudescenza _____	
Medico _____	Data compilazione ____/____/____

Sezione C (riservata all'Istituto Superiore di Sanità)

Emoscopia pervenuta _____	Emoscopia di controllo _____
---------------------------	------------------------------

Inviare a:

Ministero della Salute, Direzione Generale Prevenzione Sanitaria, Ufficio 5 - Prevenzione delle malattie trasmissibili e profilassi internazionale,
Viale Giorgio Ribotta, 5, Roma-00144. Indirizzo di posta elettronica: malinf@sanita.it

Istituto Superiore di Sanità, Dipartimento di Malattie infettive, Viale Regina Elena, 299, 00161-Roma, specificando nell'intestazione "Notifica per malaria". Indirizzo di posta elettronica: sorveglianza.malaria@iss.it

Assessorato Sanità Regionale
Autorità Sanitaria Locale

Scheda di notifica di classe III per TUBERCOLOSI – MICOBATTERIOSI

☐ T Tubercolosi☐ M Micobatteriosi non tubercolareRegione: **VENETO**

Provincia

Dati anagrafici del paziente

Cognome	Nome
---------	------

Sesso

☐ M☐ F

Età

Data di nascita

gg

mm

aa

Paese di nascita

se nato all'estero, arrivo in Italia

mm

aa

Professione

☐ 1

Pensionato/invalido

☐ 2

Studente

☐ 3

Casalinga

☐ 4

Disoccupato

☐ 5

Occupato: (specificare)

E' iscritto al SSN?

☐ si☐ no☐ non noto

E' senza fissa dimora?

☐ si☐ no☐ non noto

Vive in collettività?

☐ si☐ no☐ non noto

se si specificare

Domicilio

Regione

Provincia

Comune

Codice ISTAT

Caratteristiche della malattia

Data di inizio della terapia antitubercolare (se diagnosi post mortem; data di decesso)

Ha avuto diagnosi di tubercolosi in passato?

☐ si☐ no☐ non noto

mm

aa

Classificazione in relazione a precedenti trattamenti

☐

Nuovo caso

Paziente mai trattato per TBC

☐

Recidiva

Paziente trattato per TBC in passato e dichiarato guarito

Agente etiological (solo nei casi di coltura positiva)

☐

M. tuberculosis complex

☐

M. tuberculosis

☐

M. bovis

☐

M. africanum

☐altro¹.....☐

M. non tubercolare

specificare:.....

Sede anatomica (la localizzazione polmonare deve essere sempre barrata anche se secondaria o disseminata)

☐

Polmone/trachea/bronchi

☐

Extrapolmonare

1

ICD IX

2

ICD IX

☐

Disseminata (più di due localizzazioni, miliare, isolamento da sangue)

¹ Il M. tuberculosis complex comprende anche le specie M. canettii, di raro riscontro e M. microti, M. caprae, M. pinnipedii

Caratteristiche della diagnosi

Criteri. Diagnosi basata su: (rispondere a tutte le voci)

Esame colturale escreato	☐ Positivo	☐ Negativo	☐ Non eseguito	☐ Non noto
Esame colturale altro materiale	☐ Positivo	☐ Negativo	☐ Non eseguito	☐ Non noto

se positivo, specificare il tipo di materiale

Esame diretto escreato	☐ Positivo	☐ Negativo	☐ Non eseguito	☐ Non noto
Esame diretto altro materiale	☐ Positivo	☐ Negativo	☐ Non eseguito	☐ Non noto

(inclusi esami istologici)

se positivo, specificare il tipo di materiale

Clinica	☐ Positivo	☐ Negativo	☐ Non eseguito	☐ Non noto
Mantoux	☐ Positivo	☐ Negativo	☐ Non eseguito	☐ Non noto
Rx torace/esami strumentali	☐ Positivo	☐ Negativo	☐ Non eseguito	☐ Non noto
Risposta alla terapia	☐ Positivo	☐ Negativo	☐ Non eseguito	☐ Non noto
Riscontro autoptico TB attiva	☐ Positivo	☐ Negativo	☐ Non eseguito	☐ Non noto

Motivo dell'iter diagnostico: ☐ Sospetto clinico ☐ Caso individuato in corso di screening

☐ Screening contatti
 ☐ Conviventi
 ☐ Comunità
 ☐ Personale sanitario
☐ Gruppi a rischio (specificare) ☐ / ☐ ☐ ³ Generico di popolazioni a rischio

Fattori di rischio

A Rischio medico

- ☐ 1 Esiti radiografici di tubercolosi
- ☐ 2 Grave immunodeficienza acquisita
- ☐ 3 Terapia immunosoppressiva
- ☐ 4 Deperimento organico grave
- ☐ 5 Recente viraggio tubercolinico
- ☐ 6 Diabete scarsamente controllato
- ☐ 7 Silicosi
- ☐ 8 Insufficienza renale cronica
- ☐ 9 Gastrectomia
- ☐ 10 Altro: _____

B Altri fattori

- ☐ 1 Contatto con malato
- ☐ 2 Tossicodipendenza
- ☐ 3 Immigrazione
- ☐ 4 Carcere
- ☐ 5 Alcoolismo
- ☐ 6 Senza fissa dimora
- ☐ 7 Personale sanitario
- ☐ 8 Altro: _____

Timbro di chi ha compilato la scheda _____

Firma di chi ha compilato la scheda _____

Recapito telefonico _____ / _____

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 Datadi 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
☐ Scuola	Personale scolastico ☐	Studente ☐		
☐ Ospedale	Personale Sanitario ☐	Ricoverato ☐		
☐ Struttura recettiva	Personale Struttura ☐	Ospite ☐		
☐ Altro, specificare 	Personale Struttura ☐	Ospite ☐		
☐ Campo nomadi				

STATO VACCINALE

Precedente vaccinazione contro il morbillo: ☐ Si ☐ No ☐ Non ricordose 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 sì, 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 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

MORBILLO				
Tipo di Esame		Data raccolta campione	Esito	Tipo di campione
☐	Ricerca IgM ☐ Elisa ☐ ☐ Altro		Pos ☐ Neg ☐ Borderline/Indeterminato ☐	Siero o Sangue ☐ Saliva o Fluidi orali ☐ Altro
☐	Ricerca IgG* ☐ Elisa ☐ ☐ Altro	1°: 2°:	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	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

ROSOLIA		Data raccolta campione	Esito	Tipo di campione
☐	Ricerca IgM Elisa ☐ Altro ☐	☐ ☐ ☐	Pos ☐ Neg ☐ Borderline/Indeterminato ☐	Siero o Sangue ☐ Saliva o Fluidi orali ☐ Altro ☐
☐	Ricerca IgG* Elisa ☐ Altro ☐	1°: ☐ ☐ 2°: ☐ ☐	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	☐ : Sì ☐ 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.

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	☐ Sì ☐ No	cherato-congiuntivite	☐ Sì ☐ No
polmonite	☐ Sì ☐ No	laringotracheobronchite (croup)	☐ Sì ☐ No
insufficienza respiratoria	☐ Sì ☐ No	encefalite acuta	☐ Sì ☐ No
diarrea	☐ Sì ☐ No	convulsioni	☐ Sì ☐ No
stomatite	☐ Sì ☐ No	epatite/aumento transaminasi	☐ Sì ☐ No
trombocitopenia	☐ Sì ☐ 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 ☐ Sì

Data di Ricovero: ☐ ☐ ☐ Data di Dimissione: ☐ ☐ ☐

ORIGINE DEL CONTAGIO

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: | | | |

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: | | | |

SCHEMA DI NOTIFICA DI CASO DI INFEZIONE DA VIRUS DELLA ROSOLIA IN GRAVIDANZA

☐ Primo invio ☐ Aggiornamento del ____ / ____ / ____ (gg/mm/aa)

Regione _____ ASL _____ Comune _____

Sezione 1 - INFORMAZIONI ANAGRAFICHE DELLA PAZIENTE

Cognome _____		Nome _____	
CF			
Luogo di nascita _____		data di nascita ____ / ____ / ____ (gg/mm/aa)	
Regione di domicilio _____	Provincia _____	Comune _____	
Residenza (se diversa dal domicilio) _____			
Regione _____	Provincia _____	Comune _____	
Cittadinanza Italiana ☐	Altra _____ (specificare)	Se altra, anno arrivo in Italia	
Occupazione al momento del concepimento: ☐ operatore sanitario ☐ personale scolastico ☐ altro			

Sezione 2 - INFORMAZIONI OSTETRICHE E CLINICHE

Rubeotest eseguito prima della gravidanza Si ☐ No ☐ Non Noto ☐		Se SI, anno esecuzione	
		Risultato: ☐ Immune ☐ Suscettibile ☐ Dubbio	
Rubeotest eseguito durante questa gravidanza Si ☐ No ☐ Non Noto ☐		Data primo rubeotest ____ / ____ / ____ (gg/mm/aa)	
		Risultato: ☐ Immune ☐ Suscettibile ☐ Dubbio	
N.precedenti gravidanze*	N.parti*	N.nati viventi	(*esclusa la presente gravidanza)
Precedente vaccinazione contro la rosolia Si ☐ No ☐ Non Noto ☐		se SI, data vaccinazione ____ / ____ / ____ (gg/mm/aa)	
Verificato da certificato vaccinale Si ☐ No ☐			
Data ultima mestruazione ____ / ____ / ____ (gg/mm/aa) Non Noto ☐			
Durante questa gravidanza ha avuto una malattia simile a rosolia? Si ☐ No ☐ Non Noto ☐			
Se SI, data di comparsa sintomi ____ / ____ / ____ (gg/mm/aa)			
Caratteristiche cliniche della malattia: Si No Non Noto			
esantema maculopapulare	☐	☐	☐
febbre	☐	☐	☐
adenopatia cervicale	☐	☐	☐
adenopatia sub occipitale	☐	☐	☐
adenopatia retro auricolare	☐	☐	☐
artralgia/artrite	☐	☐	☐
altro, specificare _____			
C'è stato contatto con un caso di rosolia/esantema maculopapulare? Si ☐ No ☐ Non Noto ☐			
Se SI, il caso è stato confermato in laboratorio? Si ☐ No ☐ Non Noto ☐			
Data in cui è avvenuta l'esposizione ____ / ____ / ____ (gg/mm/aa) o età gestazionale (in settimane)			
Dove? Italia ☐ specificare regione _____			
Esterio ☐ specificare nazione _____			
Se l'origine del contagio non è nota, ha viaggiato all'estero durante il presunto periodo d'incubazione della malattia? ☐ Si ☐ No ☐ NN			
Se SI, specificare Nazione _____ da ____ / ____ / ____ a ____ / ____ / ____ (gg/mm/aa)			

Sezione 3 - ESAMI DI LABORATORIO

effettuati per confermare/escludere la diagnosi

Ricerca degli anticorpi IgM rosolia-specifici

☐ Non effettuato

Se effettuato:

Tipo di campione	Data prelievo	Laboratorio	Metodo	Risultato
siero/sangue ☐	/ /	lab. rif. nazionale ☐	ELISA ☐	positivo ☐
saliva ☐		lab. rif. regionale ☐	altro ☐	negativo ☐
altro ☐ specificare _____		altro ☐ specificare _____		dubbio ☐
siero/sangue ☐	/ /	lab. rif. nazionale ☐	ELISA ☐	positivo ☐
saliva ☐		lab. rif. regionale ☐	altro ☐	negativo ☐
altro ☐ specificare _____		altro ☐ specificare _____		dubbio ☐
siero/sangue ☐	/ /	lab. rif. nazionale ☐	ELISA ☐	positivo ☐
saliva ☐		lab. rif. regionale ☐	altro ☐	negativo ☐
altro ☐ specificare _____		altro ☐ specificare _____		dubbio ☐
siero/sangue ☐	/ /	lab. rif. nazionale ☐	ELISA ☐	positivo ☐
saliva ☐		lab. rif. regionale ☐	altro ☐	negativo ☐
altro ☐ specificare _____		altro ☐ specificare _____		dubbio ☐

Ricerca anticorpi IgG rosolia-specifici

☐ Non effettuato

Se effettuato:

Tipo di campione	Data prelievo	Laboratorio	Metodo e valori di riferimento	Risultato
siero/sangue ☐	/ /	lab. rif. nazionale ☐		
altro ☐ specificare _____		lab. rif. regionale ☐		
siero/sangue ☐	/ /	lab. rif. nazionale ☐		
altro ☐ specificare _____		lab. rif. regionale ☐		
siero/sangue ☐	/ /	lab. rif. nazionale ☐		
altro ☐ specificare _____		lab. rif. regionale ☐		
siero/sangue ☐	/ /	lab. rif. nazionale ☐		
altro ☐ specificare _____		lab. rif. regionale ☐		

Aumento titolo IgG di almeno 4 volte in 2 campioni analizzati nella stessa seduta analitica Si ☐ No ☐ Non effettuato ☐

Test avidità IgG specifiche

Tipo di campione _____ Data prelievo _____

siero/sangue ☐

saliva ☐

altro ☐ specificare _____

☐ Non effettuato

Se effettuato:

Laboratorio _____ Risultato _____

lab. rif. nazionale ☐

lab. rif. regionale ☐

altro ☐ specificare _____

_____ % alta ☐ bassa ☐ dubbio ☐

ImmunoBlotting

Tipo di campione _____ Data prelievo _____

siero/sangue ☐

saliva ☐

altro ☐ specificare _____

☐ Non effettuato

Se effettuato:

Laboratorio _____ Risultato _____

lab. rif. nazionale ☐

lab. rif. regionale ☐

altro ☐ specificare _____

anti-E1 positivo ☐ negativo ☐

anti-E2 positivo ☐ negativo ☐

Isolamento virale da liquidi biologici

Tipo di campione _____ Data prelievo _____

siero/sangue ☐

saliva ☐ urine ☐

altro ☐ specificare _____

☐ Non effettuato

Se effettuato:

Laboratorio _____ Risultato _____

lab. rif. nazionale ☐

lab. rif. regionale ☐

altro ☐ specificare _____

positivo ☐ negativo ☐

Identificazione del genoma virale (RT-PCR)

Tipo di campione _____ Data prelievo _____

siero/sangue ☐

saliva ☐ urine ☐

altro ☐ specificare _____

☐ Non effettuato

Se effettuato:

Laboratorio _____ Risultato _____

lab. rif. nazionale ☐

lab. rif. regionale ☐

altro ☐ specificare _____

positivo ☐ negativo ☐

Genotipizzazione

Si ☐ No ☐ Ceppo _____

Sezione 4 - ESITO DELLA GRAVIDANZA

Nato vivo ☐

Nato morto ☐

Interruzione volontaria ☐ (Settimane età gestazionale)

Aborto spontaneo ☐ (Settimane età gestazionale)

Sezione 5 - CLASSIFICAZIONE DEL CASO

CLASSIFICAZIONE INIZIALE (QUESTA SEZIONE VA COMPILATA DAL SANITARIO CHE NOTIFICA IL CASO)

Possibile ☐ Probabile ☐ Confermato ☐

CLASSIFICAZIONE FINALE (QUESTA SEZIONE E' RISERVATA AL MINISTERO DELLA SALUTE/ISS)

Possibile ☐ Probabile ☐ Confermato ☐ No rosolia ☐ Non classificabile ☐

Importato ☐ Collegato a un caso importato ☐ Non importato, non collegato a un caso importato ☐

Data di classificazione finale ____/____/____ (gg/mm/aaaa)

Note: _____

data di notifica ____/____/____ (gg/mm/aa) Sanitario che ha compilato la notifica _____
(timbro e firma)

recapito _____ telefono _____ fax _____ e-mail _____

NOTE PER LA NOTIFICA

La scheda di notifica va compilata per qualsiasi donna gravida con rosolia possibile, probabile o confermata sulla base di segni/sintomi, di esami di laboratorio o di un collegamento epidemiologico.

Il flusso di notifica è il seguente: Medico segnalatore → ASL → Regione/PP.AA. → Ministero Salute/ ISS - ISTAT

Notifica dei casi di rosolia, sindrome/infezione da rosolia congenita o di infezione da rosolia in gravidanza



a = segnalazione (entro 2 giorni)

b = scheda di notifica

c = schede di notifica (cadenza mensile)

d = riepilogo mensile per ASL

e = riepiloghi mensili regionali per ASL, provincia, età e sesso

Contatti:

Per gli aspetti di laboratorio: rosolia.mipi@iss.it

Per gli aspetti epidemiologici: cnesps.pnemorc@iss.it

SCHEMA DI NOTIFICA DI CASO DI SINDROME/INFEZIONE DA ROSOLIA CONGENITA

☐ Primo invio ☐ Aggiornamento del ____/____/____ (gg/mm/aa)

Regione _____ ASL _____ Comune _____

Sezione 1 - INFORMAZIONI ANAGRAFICHE DEL PAZIENTE

Cognome _____		Nome _____		sesso M ☐ F ☐	
CF		Cittadinanza _____			
Luogo di nascita _____		data di nascita ____/____/____ (gg/mm/aa)			
Peso alla nascita (in grammi)		Non Noto ☐		Età Gestazionale alla nascita (in settimane)	
Non Nota ☐					
Regione di domicilio _____		Provincia _____		Comune _____	
Età in cui è stata diagnosticata la rosolia congenita: < 1 mese Mesi Anni Non Noto ☐					
Data diagnosi ____/____/____ (gg/mm/aa)					

Sezione 2 - CARATTERISTICHE CLINICHE

Bambino in vita ☐ Sì ☐ No ☐					
Se NO, data di decesso ____/____/____ (gg/mm/aa)					
Autopsia eseguita ☐ Sì ☐ No ☐ Referto anatomopatologico finale : _____					
Causa di morte (dal relativo certificato) 1: _____ (iniziale)					
2: _____ (intermedia)					
3: _____ (finale)					
Se SI, data ultima valutazione del bambino ____/____/____ (gg/mm/aa)					
Segni e sintomi di Categoria A					
	Sì	No	Non Noto		
ipoacusia/sordità	☐	☐	☐		
cataratta	☐	☐	☐		
glaucoma congenito	☐	☐	☐		
retinopatia pigmentosa	☐	☐	☐		
cardiopatía congenita	☐	☐	☐		
<i>Se cardiopatía congenita, barrare la voce che interessa:</i>					
pervietà dotto arterioso	☐	☐	☐		
stenosi polmonare perifer.	☐	☐	☐		
card. congenita non nota	☐	☐	☐		
altra cardiopatía	☐	☐	☐		
se SI, specificare _____					
Altri segni e sintomi	☐	☐	☐		
se SI, specificare _____					
Bambino vaccinato contro la rosolia? SI ☐ NO ☐ se SI, data vaccinazione: ____/____/____ (gg/mm/aa)					
Segni e sintomi di Categoria B					
	Sì	No	Non Noto		
porpora	☐	☐	☐		
splenomegalia	☐	☐	☐		
microcefalia	☐	☐	☐		
ritardo sviluppo psicomotorio	☐	☐	☐		
meningoencefalite	☐	☐	☐		
radiolucenza ossa lunghe	☐	☐	☐		
ittero (che insorge entro 24 ore dalla nascita)	☐	☐	☐		

Sezione 3 - STORIA MATERNA

(se è già stata inviata la notifica di rosolia in gravidanza, compilare solo il cognome e nome della madre)

Cognome e Nome della madre _____	
Data ultima mestruazione ____/____/____ (gg/mm/aa)	Non Noto ☐
Data di nascita ____/____/____ (gg/mm/aa)	
Rubeotest eseguito prima della gravidanza	
Sì ☐ No ☐ Non Noto ☐	
Rubeotest eseguito durante questa gravidanza	
Sì ☐ No ☐ Non Noto ☐	
Se SI, anno esecuzione	
Risultato: ☐ Immune	
☐ Suscettibile	
☐ Dubbio	
Data primo rubeotest ____/____/____ (gg/mm/aa)	
Risultato: ☐ Immune	
☐ Suscettibile	
☐ Dubbio	

Occupazione al momento del concepimento: operatore sanitario ☐ operatore scolastico ☐ altro ☐

Numero gravidanze * numero parti* (*inclusa la presente gravidanza)

Vaccinata contro la rosolia Si ☐ No ☐ Non Noto ☐ se SI, data vaccinazione ____/____/____ (gg/mm/aa)

Durante la gravidanza :
 ha avuto una malattia simile alla rosolia? Si ☐ No ☐ Non Noto ☐ se SI, a quale settimana di gestazione?

Caratteristiche cliniche della malattia: Si ☐ No ☐ Non Noto ☐

esantema maculo papulare	☐	☐	☐	se SI, data comparsa esantema ____/____/____ (gg/mm/aa)
febbre	☐	☐	☐	
adenopatia cervicale	☐	☐	☐	
adenopatia sub occipitale	☐	☐	☐	
adenopatia retro auricolare	☐	☐	☐	
artralgia/artrite	☐	☐	☐	
altro	☐	☐	☐	
se SI, specificare _____	☐	☐	☐	

La diagnosi di rosolia è stata confermata in laboratorio? Si ☐ No ☐ se SI, a quale settimana di gestazione?

Se SI, con quali dei seguenti test?

Isolamento virale	☐
Identificazione acido nucleico del virus della rosolia (RT-PCR)	☐
Presenza IgM specifiche	☐
IgG specifiche (sieroconversione o aumento del titolo di almeno 4 volte)	☐
Test avidità IgG (avidità bassa)	☐
Immunoblotting	☐

La madre è stata esposta, durante la gravidanza, ad un caso di rosolia/esantema maculo papulare? Si ☐ No ☐ Non Noto ☐

Se SI, specificare a che settimana di età gestazionale

Luogo presumibile dell'esposizione al contagio (se all'estero, indicare la nazione) _____

La diagnosi di rosolia del contatto è stata confermata in laboratorio? Si ☐ No ☐

Se la fonte d'infezione non è nota, la madre ha viaggiato all'estero durante il presunto periodo d'incubazione della malattia?
 Si ☐ No ☐ Non Noto ☐ Se SI, specificare nazione _____
 da ____/____/____ a ____/____/____ (gg/mm/aa)

Sezione 4 - ESAMI DI LABORATORIO NEL BAMBINO

(effettuati per confermare/escludere la diagnosi)

Ricerca degli anticorpi IgM rosolia-specifici		Non effettuato ☐	Se effettuato:	
Tipo di campione	Data prelievo	Laboratorio	Metodo	Risultato
siero/sangue ☐	____/____/____	lab. rif. nazionale ☐	ELISA ☐	positivo ☐
saliva ☐		lab. rif. regionale ☐	altro ☐	negativo ☐
altro ☐ specificare _____		altro ☐ specificare _____		dubbio ☐
siero/sangue ☐	____/____/____	lab. rif. nazionale ☐	ELISA ☐	positivo ☐
saliva ☐		lab. rif. regionale ☐	altro ☐	negativo ☐
altro ☐ specificare _____		altro ☐ specificare _____		dubbio ☐
Ricerca anticorpi IgG rosolia-specifici		Non effettuato ☐	Se effettuato:	
Tipo di campione	Data prelievo	Laboratorio	Metodo e valori di riferimento	Risultato
siero/sangue ☐	____/____/____	lab. rif. nazionale ☐	_____	_____
altro ☐ specificare _____		lab. rif. regionale ☐	_____	_____
siero/sangue ☐	____/____/____	lab. rif. nazionale ☐	_____	_____
altro ☐ specificare _____		lab. rif. regionale ☐	_____	_____
siero/sangue ☐	____/____/____	lab. rif. nazionale ☐	_____	_____
altro ☐ specificare _____		lab. rif. regionale ☐	_____	_____
Isolamento virale da liquidi biologici		Non effettuato ☐	Se effettuato:	
Tipo di campione	Data prelievo	Laboratorio	Risultato	
siero/sangue ☐	____/____/____	lab. rif. nazionale ☐	positivo ☐ negativo ☐	
saliva ☐ urine ☐		lab. rif. regionale ☐		
biopsia tissutale ☐ specificare organo: _____		altro ☐ specificare _____		
altro ☐ specificare _____				
Identificazione del genoma virale (RT-PCR)		Non effettuato ☐	Se effettuato:	
Tipo di campione	Data prelievo	Laboratorio	Risultato	
siero/sangue ☐	____/____/____	lab. rif. nazionale ☐	positivo ☐ negativo ☐	
saliva ☐ urine ☐		lab. rif. regionale ☐		
altro ☐ specificare _____		altro ☐ specificare _____		
Genotipizzazione				
Si ☐ No ☐ Ceppo _____				

Sezione 5 - CLASSIFICAZIONE INIZIALE E FINALE del CASO

CLASSIFICAZIONE INIZIALE (QUESTA SEZIONE VA COMPILATA DAL SANITARIO CHE NOTIFICA IL CASO)				
sospetto ☐	probabile ☐	confermato ☐	sola infezione ☐	
CLASSIFICAZIONE FINALE (QUESTA SEZIONE E' RISERVATA AL MINISTERO DELLA SALUTE/ISS)				
probabile ☐	confermato SRC ☐	confermato IRC ☐	non rosolia congenita ☐	non classificabile ☐
Importato ☐	Collegato a un caso importato ☐	Non importato, non collegato a un caso importato ☐		
Data di classificazione finale (gg/mm/aa)				

Note: _____

data di notifica | | | | (gg/mm/aa) Sanitario che ha compilato la notifica _____
 (timbro e firma)

recapito _____ telefono _____ fax _____ e-mail _____

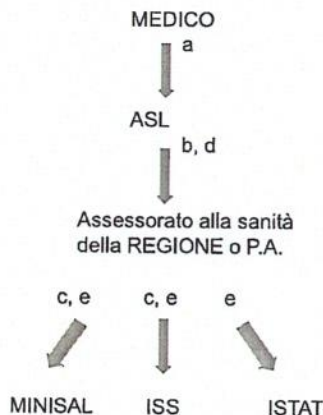
NOTE PER LA NOTIFICA

La scheda di notifica va compilata per:

- tutti i casi confermati o probabili di rosolia congenita, inclusi i nati morti e i feti abortiti a seguito di diagnosi prenatale di rosolia congenita;
- tutti i bambini nati da madre con infezione da rosolia in gravidanza (possibile, probabile o confermata), anche se asintomatici alla nascita (casi sospetti).

Il flusso di notifica è il seguente: Medico segnalatore → ASL → Regione/PP.AA. → Ministero Salute/ ISS - ISTAT

Notifica dei casi di rosolia, sindrome/infezione da rosolia congenita o di infezione da rosolia in gravidanza



a = segnalazione (entro 2 giorni)

b = scheda di notifica

c = schede di notifica (cadenza mensile)

d = riepilogo mensile per ASL

e = riepiloghi mensili regionali per ASL, provincia, età e sesso

Contatti:

Per gli aspetti di laboratorio: rosolia.mipi@iss.it
 Per gli aspetti epidemiologici: cneps.pnemorc@iss.it

Data ____/____/____

Sorveglianza AFP



Segnalazione iniziale

Regione _____ Provincia _____ ASL _____

Cognome e nome _____ Sesso _____

Luogo di nascita _____ Data ____/____/____

Domicilio _____

_____ Tel _____

Residenza (se diversa dal domicilio) _____

Affetto da _____ dal ____/____/____

Ricoverato presso _____ dal ____/____/____

Reparto _____ Indirizzo _____

febbre all'inizio della paralisi: si ☐ no ☐ non noto ☐progressione della paralisi entro 4 giorni dall'inizio dei sintomi: si ☐ no ☐ non noto ☐asimmetria della paralisi: si ☐ no ☐ non noto ☐localizzazione paralisi: arti ☐ arti e musc. respiratori ☐ bulbare ☐ facciali ☐ non noto ☐Vaccinazione antipolio (indicare data e tipo di vaccino per ciascuna dose) si ☐ no ☐ non noto ☐I dose ____/____/____
IPV ☐ OPV ☐II dose ____/____/____
IPV ☐ OPV ☐III dose ____/____/____
IPV ☐ OPV ☐IV dose ____/____/____
IPV ☐ OPV ☐**Nel più breve tempo possibile vanno inviati al laboratorio di riferimento:**

- Due campioni di feci (prelevati ad un intervallo minimo di 24 ore e massimo 48 uno dall'altro)

data I prelievo di feci ____/____/____ data II prelievo di feci ____/____/____

- Due campioni di siero (prelevati ad un intervallo di 15 giorni)

Si ricorda che 60 giorni dopo la comparsa dei sintomi andrà compilata la scheda di follow-up

Medico responsabile della notifica _____

Tel _____ fax _____ E-mail _____

La presente scheda va inviata via fax contemporaneamente a:

Ministero della Salute
Dir. Gen. Prev. San.
Ufficio V - Malattie Infettive
Via Giorgio Ribotta, 5
00144 Roma
Tel 06 59943856
Fax 06 59943096

Ist. Sup. di Sanità
CRIVIB
Viale Regina Elena 299
00161 Roma
Tel 06 49903237
Fax 06 49902082

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Data ____/____/____

Sorveglianza AFP



CONFERMA DEI PRELIEVI

Regione _____ Provincia _____ ASL _____

Cognome e nome _____ Sesso _____

Luogo di nascita _____ Data ____/____/____

Date di raccolta dei campioni:

I campione di feci ____/____/____

Il campione di feci ____/____/____

I campione di siero ____/____/____

Si ricorda che 60 giorni dopo la comparsa dei sintomi andrà compilata la scheda di follow-up

Medico responsabile della notifica _____

La presente scheda va inviata via fax contemporaneamente a:

Ministero della Salute
Dir. Gen. Prev. San.
Ufficio V - Malattie Infettive
Via Giorgio Ribotta, 5
00144 Roma
Tel 06 59943856
Fax 06 59943096

Ist. Sup. di Sanità
CRIVIB
Viale Regina Elena 299
00161 Roma
Tel 06 49903237
Fax 06 49902082

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Data ____/____/____

Sorveglianza AFP



Follow-up a 60 giorni

Regione _____ Provincia _____ ASL _____

Cognome e nome _____ Sesso _____

Luogo di nascita _____ Data ____/____/____

Paralisi presente dopo 60 giorni

no ☐

si ☐

Sito eventuale paralisi

gamba sinistra ☐
gamba destra ☐
braccio destro ☐
braccio sinistro ☐

musc. respiratori ☐
nervi cranici ☐
altro (specificare) _____

Miglioramento della paresi/paralisi rispetto alla fase acuta: no ☐ si ☐

Commenti sull'eventuale grado di miglioramento _____

Allegare, se disponibili, il rapporto neurologico e/o referti strumentali

Diagnosi finale

poliomielite ☐
sindrome di Guillain-Barré ☐
poliradiculoneurite/Sindrome di Landry ☐
mielite trasversa ☐
neuropatia traumatica ☐
meningite ☐
encefalite ☐
compressione spinale ☐
(da neoplasia, ascesso, ematoma) ☐
malattie sistemiche o metaboliche ☐
altro ☐

☐ specificare _____

☐ specificare _____

☐ specificare _____

Medico responsabile _____

Data del follow-up _____

La presente scheda va inviata via fax contemporaneamente a:

Ministero della Salute
Dir. Gen. Prev. San.
Ufficio V - Malattie Infettive
Via Giorgio Ribotta, 5
00144 Roma
Tel 06 59943856
Fax 06 59943096

Ist. Sup. di Sanità
CRIVIB
Viale Regina Elena 299
00161 Roma
Tel 06 49903237
Fax 06 49902082