

2. La modulistica

Il sistema di notifica obbligatoria delle malattie infettive (SIMI) consente di definire e confrontare fra le diverse ASL e con le altre regioni o i diversi Paesi, l'incidenza delle malattie infettive.

L'analisi epidemiologica condotta sui dati rilasciati dal sistema SIMI si limita però allo studio dell'andamento nel tempo della malattia o all'analisi di alcuni possibili determinanti come l'età, il sesso o la residenza dei soggetti colpiti.

Nel caso di alcune malattie infettive, come ad esempio le epatiti virali, la tubercolosi o altre malattie meno frequenti è importante per l'analisi epidemiologica conoscere i fattori di rischio o, nel caso delle meningiti batteriche, il quadro clinico.

Al fine di poter soddisfare questi bisogni conoscitivi ed attivare una efficace azione preventiva è importante compilare, oltre alle schede del sistema SIMI, anche quelle relative alle sorveglianze speciali predisposte dalle autorità competenti ed assolvere con puntualità i debiti informativi verso le istituzioni centrali.

Di seguito vengono elencati i moduli che devono essere correttamente compilati per un'attenta azione di sorveglianza da parte dei medici competenti.

SCHEDA DI DENUNCIA OBBLIGATORIA DI MALATTIA INFETTIVA - Classe II

Regione _____ Provincia _____

Comune _____ USL _____

Caso di _____ CRITERIO 1 2 3 4¹⁾
compilare per esteso il nome della malattia

Barrare la casella corrispondente

- | ICD-9 | ICD-9 |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 023 Brucellosi | <input type="checkbox"/> 100 Leptosirosi |
| <input type="checkbox"/> 002.0 Febbre tifoide | <input type="checkbox"/> 073 Ornitosi |
| <input type="checkbox"/> 003 Altre salmonellosi | <input type="checkbox"/> 085 Leishmaniosi cutanea |
| <input type="checkbox"/> 034.1 Scarlattina | <input type="checkbox"/> Leishmaniosi viscerale |
| <input type="checkbox"/> 055 Morbillo | <input type="checkbox"/> 070.1 Epatite A |
| <input type="checkbox"/> 072 Parotite epidemica | <input type="checkbox"/> 070.3 Epatite B |
| <input type="checkbox"/> 033 Pertosse | <input type="checkbox"/> 070.9 Epatite NANB |
| <input type="checkbox"/> 056 Rosolia | <input type="checkbox"/> 070. Epatite virale non spec. |
| <input type="checkbox"/> 052 Varicella | <input type="checkbox"/> 482.8 Legionellosi |
| <input type="checkbox"/> 036 Meningite meningococcica | <input type="checkbox"/> Rickettsiosi
(diverse da Tifo Esantematico) |
| <input type="checkbox"/> 090 Sifilide | <input type="checkbox"/> 098 Biancorragia |
| <input type="checkbox"/> 021 Tularemia | |

SEZIONE A

Cognome _____ Nome _____ Sesso M F

Codice SSN _____

Professione _____

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

Domicilio abituale _____

Età compiuta all'inizio della malattia:

< 1 anno. Da 00 a 11 mesi
 ≥ 1 anno. Da 1 a 99 anni > 99 indicare sempre 99

Data inizio primi sintomi:
gg mm aa Comune inizio primi sintomi _____

Ricovero in luogo di cura Si No Se sì, specificare dove _____

Comune presunto del contagio²⁾ _____

Stato vaccinale nei confronti della malattia: Non vaccinato Non noto Vaccinato anno
aa

Data di denuncia
gg mm aa Sanitario che ha compilato la denuncia _____

Recapito _____ Tel. _____

1) Riportare i codici dei criteri riscontrati per definire il caso secondo le istruzioni sul retro.
 2) Compilare solo per Leishmaniosi o Tularemia.

**SCHEDA DI NOTIFICA DI MALATTIA INFETTIVA
- CLASSE III -**

TUBERCOLOSI
 MICOBATTERIOSI NON TUBERCOLARE

Regione _____ Provincia _____
Comune _____ ASL _____

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

Cognome _____ E' senza fissa dimora? si no non noto
Nome _____ Vive in collettività si no non noto
Sesso M F Data di nascita _____ se si, specificare: _____
g m a
Paese di nascita _____
se nato all'estero, anno di arrivo in Italia _____
E' iscritto al SSN? si no non noto
Professione:
 studente
 pensionato/invalido
 casalinga
 disoccupato
 occupato _____ specificare
Domicilio:
Regione _____
Provincia _____
Comune _____
CODICE ISTAT _____
Data di inizio della terapia antitubercolare (se diagnosi post-mortem, data di decesso) _____
g m a

CRITERI DIAGNOSTICI

Ha avuto diagnosi di tubercolosi in passato? si _____ mese _____ anno no non noto

Classificazione in relazione a precedenti trattamenti:

- nuovo caso paziente mai trattato per TBC
 recidiva paziente trattato per TBC in passato e dichiarato guarito

Agente eziologico (solo casi con coltura positiva)

- M. tuberculosis complex Micobatterio non tubercolare
 M. tuberculosis
 M. bovis _____ specificare
 M. africanum

Diagnosi basata su: (rispondere a tutte le voci)

Esame colturale escreato positivo negativo non effettuato non noto
Esame colturale altro materiale positivo negativo non effettuato non noto se positivo, specificare il tipo di materiale
Esame diretto escreato positivo negativo non effettuato non noto
Esame diretto altro materiale (inclusi esami istologici ricerca micobatteri) positivo negativo non effettuato non noto se positivo, specificare il tipo di materiale
Clinica positivo negativo non noto
Mantoux positivo negativo non effettuato non noto
Rx torace/ Esami strumentali positivo negativo non effettuato non noto
Risposta alla terapia antitubercolare positivo negativo non noto
Riscontro autoptico di TB attiva positivo negativo non effettuato non noto

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

- polmonare/trachea/bronchi
 extrapolmonare 1. _____ ICD IX _____
2. _____ ICD IX _____
 disseminata (più di 2 localizzazioni, miliare, isolamento da sangue)

Timbro e firma di chi ha compilato la notifica _____

Data notifica _____

gg m a

Recapito telefonico _____

Recapito telefonico _____

SCHEDA DI DENUNCIA OBBLIGATORIA DI FOCOLAIO EPIDEMICO - Classe IV

Regione _____ [][] Provincia _____ [][]
Comune _____ [][][] USL _____ [][]

Focolaio epidemico di _____
compilare per esteso il nome della malattia

Barrare la casella corrispondente

ICD-9

132.0 Pediculosi

133.0 Scabbia

Dermatofitosi (Tigna)

005 Infezioni, tossinfezioni, infestazioni di origine alimentare

SEZIONE A

Comunità coinvolta: Famiglia Scuola Caserma altro spec.

N° totale persone a rischio (1) [][][]

Indirizzo della comunità _____

Agente eziologico _____ Identificato Sospetto

Veicolo _____ Identificato Sospetto

Data inizio epidemia (2) [][] gg [][] mm [][] aa se l'epidemia si è esaurita, indicare la durata (3) [][][] giorni

N° di casi (4) [][][]

Presunto luogo di origine dell'epidemia: _____
Se in Italia indicare USL e Regione; se all'estero indicare Stato

Data di denuncia [][] gg [][] mm [][] aa Sanitario che ha compilato la denuncia _____

Recapito _____ Tel. _____

SEGNALAZIONE CASO DI BOTULISMO

ALIMENTARE
 INFANTILE
 DA FERITA

La presente scheda va compilata a cura del Servizio di Igiene Pubblica dell'Unità Sanitaria Locale in cui sia stato diagnosticato un caso di botulismo. Il Serv. Ig. Pub. dovrà avvalersi delle informazioni registrate sulla cartella clinica o raccolte presso il medico che ha diagnosticato il caso.

La scheda va compilata in stampatello in ogni sua parte e va inviata al Ministero della Sanità, Dip. degli Alimenti e Nutrizione e della Sanità Pubblica Veterinaria, Ufficio Centrale Vigilanza, piazza Marconi 1, 00144 Roma. Copie della scheda vanno inviate all'Istituto Superiore di Sanità - Laboratorio Alimenti, viale Regina Elena, 299 - 00161 Roma, e al Dipartimento Prevenzione e Farmaci.

Per eventuali informazioni rivolgersi alla Dip. degli Alimenti e Nutrizione e della Sanità Pubblica Veterinaria Tel. 06/5994 3556 - 3207, oppure all'Istituto Superiore di Sanità, Lab. Alimenti Tel. 06/4990 2254 - 2319.

Regione _____	Provincia _____
Comune _____	USL _____
ENTE OSPEDALIERO _____	REPARTO _____
INDIRIZZO _____	

DATI ANAGRAFICI

Cognome _____	Nome _____	Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Residenza (Se non coincide con il domicilio abituale compilare anche la n. g. successiva) _____		
Domicilio abituale _____		
Occupazione _____		
Età compiuta all'inizio della malattia:		
< 1 anno. Da 00 a 11 mesi <input type="checkbox"/>	≥ 1 anno. Da 1 a 99 anni <input type="checkbox"/>	> 99 indicare sempre 99
Data inizio primi sintomi: <input type="checkbox"/> gg <input type="checkbox"/> mm <input type="checkbox"/> aa	Comune inizio primi sintomi _____	

FONTE DI CONTAGIO

ALIMENTO SOSPETTO: _____	
<input type="checkbox"/> DI PRODUZIONE INDUSTRIALE	<input type="checkbox"/> DI PRODUZIONE CASALINGA
E' DI CONSUMO ABITUALE?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
SE SI TRATTA DI CONSERVE ALIMENTARI, SONO STATE COTTE PRIMA DEL CONSUMO?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
I CARATTERI ORGANOLETTICI ERANO ALTERATI?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
INGERITO QUANTO TEMPO PRIMA DELLA COMPARSA DEI SINTOMI?	ore <input type="checkbox"/>
ALTRO ALIMENTO SOSPETTO: _____	
SPECIFICARE	
BOTULISMO INFANTILE <input type="checkbox"/>	BOTULISMO DA FERITA <input type="checkbox"/>

ALTRE PERSONE CHE HANNO CONSUMATO L'ALIMENTO SOSPETTO

TOTALE N°

PERSONE CON SINTOMI N°

DATI CLINICI

SINTOMATOLOGIA CLINICA (barrare i sintomi presenti)

- | | | | |
|---|--|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> DIPLOPIA | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> CONVULSIONI | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> DISFAGIA | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> NAUSEA | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> SECCHENZA DELLE FAUCI | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> VOMITO | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> INSUFFICIENZA RESPIRATORIA | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> CEFALEA | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> STIPSI | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> COMA | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> PARALISI FACCIALE | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> ALTRI | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |

DIAGNOSI STRUMENTALE

- ELETTROMIOGRAFIA Referto: _____
- ALTRI Referto: _____

DECORSO

DATA DI RICOVERO

E' STATO IMPIEGATO SIERO ANTIBOTULINICO? Si No SE SI, QUANTO TEMPO DOPO L'ESORDIO? ore

POLIVALENTE MONOSPECIFICO

QUANTE UNITA'

ALTRE TERAPIE? Si No

SE SI, QUALI? _____

RICERCA DELLA TOSSINA

ESEGUITA SU:

- | | | | | | | |
|-------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------|-------------------------------|-------------------------------|-------------|
| SIERO | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | risultato | Pos. <input type="checkbox"/> | Neg. <input type="checkbox"/> | Tipo: |
| FECI | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | risultato | Pos. <input type="checkbox"/> | Neg. <input type="checkbox"/> | Tipo: |
| REPERTI AUTOPTICI | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | risultato | Pos. <input type="checkbox"/> | Neg. <input type="checkbox"/> | Tipo: |
| ALIMENTI | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | risultato | Pos. <input type="checkbox"/> | Neg. <input type="checkbox"/> | Tipo: |

RICERCA DI CLOSTRIDI PRODUTTORI DI TOSSINA

ESEGUITA SU:

- | | | | | | | |
|-------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------|-------------------------------|-------------------------------|-------------|
| FECI | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | risultato | Pos. <input type="checkbox"/> | Neg. <input type="checkbox"/> | Tipo: |
| REPERTI AUTOPTICI | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | risultato | Pos. <input type="checkbox"/> | Neg. <input type="checkbox"/> | Tipo: |
| ALIMENTI | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | risultato | Pos. <input type="checkbox"/> | Neg. <input type="checkbox"/> | Tipo: |
| ALTRO | | | risultato | Pos. <input type="checkbox"/> | Neg. <input type="checkbox"/> | Tipo: |

SPECIFICARE

LABORATORIO CHE HA EFFETTUATO L'ANALISI:

INDIRIZZO N. TELEFONICO

DATA DI COMPILAZIONE FIRMA DEL COMPILATORE.....

SCHEDA DI SORVEGLIANZA DELLA LEGIONELLOSI

N. Scheda	_____	Data	_____
Ospedale Notificante			

Cognome Nome del paziente:.....			
Data di nascita	_____	Sesso:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Indirizzo di residenza			
Occupazione.....presso			
Data Insorgenza sintomi	_____		
Data Ricovero ospedaliero	_____		
Data Dimissione	_____	Esito	
		- Miglioramento/Guarigione	<input type="checkbox"/>
		- Decesso	<input type="checkbox"/>
		- Non noto	<input type="checkbox"/>

Manifestazioni cliniche (barrare la casella che interessa)

	SI	NO	NON SO		SI	NO	NON SO
Febbre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nausea/Vomito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brividi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolori addome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cefalea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tosse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Peritonite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Espettorazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Confusione mentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dispnea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Atassia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emoftoe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Afasia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toracoalgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extrapiramidale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Versamento pleurico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aritmia cardiaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ipossia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pericardite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opacità polmonare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteartromialgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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:

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 |_|_|_|_|_|_|_|

Frequenzazione 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	<input type="checkbox"/>	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 |_|_|_|_|_|_|_|

N.B. La presente scheda non sostituisce il mod. 15 di classe II per i casi accertati e va inviata dalla Direzione Sanitaria o dal SISP dell'Azienda USSL di competenza a:

- I.S.S - Lab BMM - tel 06/49902856 - fax 06/49387112

- Lab. EB - tel 06/49902273 - fax 06/49387292

Viale Regina Elena, 299 - 00161 Roma

- Regione di competenza, mensilmente da parte del SISP

e dalla Regione al:

- Ministero della Sanità, Ufficio III - MIPI - OEN - tel 06/59944211 - fax 06/59944242

Via della Sierra Nevada, 60 - 00144 Roma

- I.S.S. quale completamento delle informazioni già trasmesse.



ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ'
 Lab. B.M.M. - V.le R. Elena, 299
 00161 Roma - Tel. (06) 44700882 - Fax (06) 491723



MINISTERO DELLA SANITÀ'
 D.G.S.I.P. - Via Sierra Nevada, 60
 00144 Roma - Tel. (06) 59.94.42.85 - Fax (06) 59.64.73.35

SORVEGLIANZA DELLE MENINGITI BATTERICHE

N° SCHEDA N° CEPPO

La presente scheda va compilata per tutti i casi di meningite in cui sia stata accertata un'etiologia batterica. Nei casi ad etiologia da *Neisseria meningitidis*, viene richiesta la segnalazione anche per le forme di infezione invasiva senza meningite. La presente scheda, una volta compilata in tutte le sue parti va inviata per vie brevi al locale Assessorato alla Sanità, al Ministero della Sanità (Direzione Generale Servizi Igiene Pubblica), all'Istituto Superiore di Sanità (Laboratorio di Bacteriologia e Micologia Medica). Nel caso di malattie batteriche invasive da *Neisseria meningitidis* o *Haemophilus influenzae* viene richiesto anche l'invio del ceppo batterico isolato al Lab. B.M.M. dell'Istituto Superiore di Sanità. I recapiti sono riportati nell'intestazione della scheda.

Segnalazione effettuata da: Regione USL: Data compilazione:

Nome compilatore: Recapito:

Ospedale di ricovero: Reparto:

Indirizzo:

INFORMAZIONI SUL PAZIENTE

Cognome: Nome:

Sesso: M F Età: Se inferiore ad un anno, in mesi:

Comune di domicilio abituale e indirizzo:

Comune inizio primi sintomi:

Occupazione: Studente 1 Militare 2 Sanitario 3 Altro (specificare) 4

Vaccinato contro la specifica patologia: S SI N NO I IGNOTO

Data di inizio dei sintomi: Stato di immunodepressione: SI NO

Contatto con un caso di meningite nei 30 giorni prima dell'inizio dei sintomi: SI NO

Quadro clinico: 1 Meningite 2 Sepsì 4 Altro (specificare)

Esame liquor: 1 Purulento 2 Torbido 3 Limpido 4 Non eseguito

Diagnosi: 1 Clinica 2 Clinica+isolamento culturale 3 Clinica+esame microscopico/ricerca antigenica

Agente eziologico: 1 Streptococco* 2 Pneumococco* 3 Meningococco
 (specificare il sierogruppo) 4 Haemophilus influenzae 5 Micobatterio tubercolare 6 Listeria
 8 Altro (specificare) 9 Non identificato

Materiale di isolamento: 1 Liquor 2 Sangue 8 Altro (specificare)

Condizioni del paziente al momento della segnalazione: S Deceduto N In trattamento

SOLO PER IL MENINGOCOCCO

E' stata effettuata profilassi dei contatti: N NO Se si: 1 Entro 24 h dalla diagnosi 2 Tra 24-48h 3 Dopo 48h

Con: 1 Sulfamidici 2 Rifampicina 8 Altro (specificare)

Sierogruppo

Sensibilità a: Sulfamidici Penicillina Cefalosporine III gen
 Rifampicina Ampicillina Cloramfenicolo

Compilare con:
 S = Sensibile
 I = Intermedio
 R = Resistente

QUESTIONARIO DI UN CASO NOTIFICATO DI EPATITE VIRALE ACUTA

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA' - ROMA tel. 06/49902982



A.S.L. REGIONE..... N° CASO

Data intervista --
gg mm aa

STRETTAMENTE RISERVATO!

Si prega di dare uguale rilievo a tutte le domande e segnare o scrivere le risposte nelle apposite caselle

COGNOME (iniziale) NOME (iniziale) Comune di domicilio abituale

Età Sesso M F Attività

Titolo di studio più alto conseguito (del capofamiglia, se il caso é minorenni).....

IMPORTANTE

EFFETTUARE L'INTERVISTA IN UN CLIMA DI ASSOLUTA RISERVATEZZA.

Intervistare il paziente senza aspettare i risultati di laboratorio da aggiungere appena

- | | |
|--|--------|
| <p>1. Durante la sua recente malattia è diventato giallo? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> | 1-9 |
| <p>2. In che data è iniziata la malattia? <input type="text"/>-<input type="text"/>-<input type="text"/>
<small>gg mm aa</small></p> | 10-15 |
| <p>3. E' stato ospedalizzato per questa malattia? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p style="margin-left: 20px;">Se SI, quanti giorni è rimasto in ospedale? giorni <input type="text"/></p> | 16-20 |
| <p>4. DURANTE LE 6 SETTIMANE PRIMA DELL'INIZIO DELLA MALATTIA:</p> <p>a) Ha preso farmaci? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON SO <input type="checkbox"/></p> <p style="margin-left: 20px;">Se si, quali?</p> <p style="margin-left: 20px;">.....</p> <p style="margin-left: 20px;">Per quanto tempo? giorni <input type="text"/></p> <p style="margin-left: 20px;">Per quanto tempo? giorni <input type="text"/></p> <p>b) Ha consumato frutti di mare? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON SO <input type="checkbox"/></p> <p style="margin-left: 20px;">Se SI, i frutti di mare consumati erano tutti o in parte crudi? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON SO <input type="checkbox"/></p> <p>c) Ha bevuto acqua di pozzo o di sorgente? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON SO <input type="checkbox"/></p> <p>d) Ha trascorso almeno una o più notti fuori della sua città? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON SO <input type="checkbox"/></p> <p style="margin-left: 20px;">Se SI, dove?</p> <p style="margin-left: 20px;">Quando? <input type="text"/>-<input type="text"/>-<input type="text"/>
<small>gg mm aa</small></p> | 21 |
| <p>5. DURANTE I 6 MESI PRIMA DELL'INIZIO DELLA MALATTIA:</p> <p>a) Ha avuto somministrazione di sangue o plasma? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON SO <input type="checkbox"/></p> <p>b) Ha avuto somministrazione di altri derivati del sangue (fattori della coagulazione, immunoglobuline, etc.)? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON SO <input type="checkbox"/></p> <p>c) Ha avuto interventi chirurgici (compresa piccola chirurgia)? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON SO <input type="checkbox"/></p> <p style="margin-left: 20px;">Se SI: Specificare Ambulatorial <input type="checkbox"/> Con ricovero <input type="checkbox"/>
<small>(tipo di intervento)</small></p> <p>d) E' stato sottoposto ad endoscopia? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON SO <input type="checkbox"/></p> <p style="margin-left: 20px;">Se SI: Specificare Ambulatorial <input type="checkbox"/> Con ricovero <input type="checkbox"/>
<small>(tipo di endoscopia)</small></p> <p>e) E' stato ospedalizzato (incluso Day Hospital)? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON SO <input type="checkbox"/></p> <p style="margin-left: 20px;">Se SI: Ospedale Reparto Data <input type="text"/>-<input type="text"/>-<input type="text"/>
<small>gg mm aa</small></p> <p style="margin-left: 20px;">Ospedale Reparto Data <input type="text"/>-<input type="text"/>-<input type="text"/>
<small>gg mm aa</small></p> <p style="margin-left: 20px;">Ospedale Reparto Data <input type="text"/>-<input type="text"/>-<input type="text"/>
<small>gg mm aa</small></p> | 22 |
| | 23-28 |
| | 29 |
| | 30-31 |
| | 32 |
| | 3 3-38 |
| | 3 9-44 |
| | 45 |
| | 46 |
| | 47 |
| | 48 |
| | 49-57 |
| | 58 |
| | 59 |
| | 60 |
| | 61-64 |
| | 65 |
| | 66-69 |
| | 70 |
| | 71-82 |
| | 83-94 |
| | 95-106 |

5. (segue) DURANTE I 6 MESI PRIMA DELL'INIZIO DELLA MALATTIA:

f) Si é iniettato droghe?	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2	NON SO <input type="checkbox"/> 8	107
g) Ha avuto un trattamento dentario?	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2	NON SO <input type="checkbox"/> 8	108
h) Si é fatto i buchi alle orecchie?	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2	NON SO <input type="checkbox"/> 8	109
i) Si é fatto un tatuaggio?	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2	NON SO <input type="checkbox"/> 8	110
l) Le é stata praticata l'ago puntura?	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2	NON SO <input type="checkbox"/> 8	111
m) Si é rasato dal barbiere?	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2	NON SO <input type="checkbox"/> 8	112
n) Si é depilato con l'elettro coagulazione?	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2	NON SO <input type="checkbox"/> 8	113
o) E' stato dal callista o dal manicure?	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2	NON SO <input type="checkbox"/> 8	114
p) E' stato emodializzato?	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2	NON SO <input type="checkbox"/> 8	115
q) Ha effettuato una visita ginecologica?	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2	NON SO <input type="checkbox"/> 8	116
6. Le é stata somministrata almeno una dose di vaccino per l'epatite B?	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2	NON SO <input type="checkbox"/> 8	117
Se SI, data: 1a dose <input type="text"/> gg- <input type="text"/> mm- <input type="text"/> aa 2a dose <input type="text"/> gg- <input type="text"/> mm- <input type="text"/> aa 3a dose <input type="text"/> gg- <input type="text"/> mm- <input type="text"/> aa				118-135
7. Durante i 6 mesi prima dell'inizio della sua epatite un suo familiare, convivente, amico o compagno di scuola o di lavoro ha avuto l'epatite?	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2	NON SO <input type="checkbox"/> 8	136
Se SI, la loro malattia é iniziata meno di due mesi prima della sua?	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2	NON SO <input type="checkbox"/> 8	137
8. Ha un convivente o partner sessuale HBsAg (Antigene Australia) positivo?	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2	NON SO <input type="checkbox"/> 8	138
Se SI: Tipo di relazione			<input type="text"/>	139-140
Era a conoscenza che un componente della sua famiglia (o il suo partner) era portatore di HBsAg prima che Lei avesse l'epatite acuta?	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2	NON SO <input type="checkbox"/> 8	141
Se SI, perchè non si era vaccinato?	<input type="checkbox"/> 1 Non era sicuro dell'efficacia			142
	<input type="checkbox"/> 2 Paura degli effetti collaterali			
	<input type="checkbox"/> 3 Non sapeva a quale struttura rivolgersi			
	<input type="checkbox"/> 4 Altro:			
9. Ha un convivente o partner sessuale anti HCV positivo?	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2	NON SO <input type="checkbox"/> 8	143
10. Ha un convivente tossicodipendente?	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2	NON SO <input type="checkbox"/> 8	144
11. Durante lo scorso anno con quanti partners ha avuto rapporti sessuali?	N° partners: <input type="text"/> maschili	<input type="text"/> femminili		145-148
12. Ha avuto un partner sessuale tossicodipendente negli ultimi 6 mesi?	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2	NON SO <input type="checkbox"/> 8	149
13. Durante lo scorso anno ha avuto rapporti occasionali?	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2	NON SO <input type="checkbox"/> 8	150
Se SI, ha utilizzato il profilattico?	<input type="checkbox"/> 1 Sempre			151
	<input type="checkbox"/> 2 Occasionalmente			
	<input type="checkbox"/> 3 Mai			
14. Quante persone vivono nella sua casa? <input type="text"/> (Lei incluso)				152-153
15. Vi sono bambini che frequentano un asilo nido o una scuola materna?	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2	NON SO <input type="checkbox"/> 8	154
RISULTATI DI LABORATORIO — Data prelievo di sangue <input type="text"/> gg- <input type="text"/> mm- <input type="text"/> aa				155-160
a. E' positivo per HBsAg?	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2	NON RICERCATO <input type="checkbox"/> 8	161
b. E' positivo per IgM anti Hbc?	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2	NON RICERCATO <input type="checkbox"/> 8	162
c. E' positivo per IgM anti epatite A?	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2	NON RICERCATO <input type="checkbox"/> 8	163
d. E' positivo per anti-Delta?	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2	NON RICERCATO <input type="checkbox"/> 8	164
e. E' positivo per anti HCV?	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2	NON RICERCATO <input type="checkbox"/> 8	165
COMMENTI			<input type="text"/>	166

Istituto Superiore di Sanità
SEIEVA
Scheda di un caso di epatite associato a
trasfusione e

Nome _____ Cognome _____ Sesso M F

Epatite B Epatite nonA-nonB HCV positivo

Trasfusioni

Data trasfusioni nei 6 mesi precedenti

<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td></tr> <tr><td style="text-align: center; font-size: 8px;">gg</td><td style="text-align: center; font-size: 8px;">mm</td></tr> </table>			gg	mm	-	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td></tr> <tr><td style="text-align: center; font-size: 8px;">mm</td><td style="text-align: center; font-size: 8px;">aa</td></tr> </table>			mm	aa		Luogo trasfusioni *
gg	mm											
mm	aa											
<hr/>												
<hr/>												
<hr/>												
<hr/>												

Motivo trasfusioni _____

Prodotto trasfuso	Sangue intero <input type="checkbox"/>	Unità di prodotto trasfuso	
	Emazie concentrate <input type="checkbox"/>	<table style="width: 100%;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td></tr></table>	
	Piastrine <input type="checkbox"/>	<table style="width: 100%;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td></tr></table>	
	Plasma <input type="checkbox"/>	<table style="width: 100%;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td></tr></table>	

Donatori periodici SI NO NON SO

Controlli sui donatori effettuati il:

gg	mm	aa

 Esiti: _____

Somministrazione di altri derivati del sangue

Somministrazione di altri derivati del sangue: SI NO NON SO
 (immunoglobuline, fattori della coagulazione, ecc.)

Se SI, specificare le modalità di somministrazione: _____
 tipo di immunoglobuline somministrate: _____
 data di somministrazione:

gg	mm	aa

 Luogo della somministrazione: * _____

Motivo della somministrazione _____

* Casa o ospedale. Nel caso di ospedale specificare quale.
 Se la trasfusione è stata domiciliare indicare il servizio trasfusionale.

Registro Nazionale della Malattia di Creutzfeldt-Jacob e Sindromi Correlate
Reparto di "Malattie Degenerative del Sistema Nervoso ad Etiologia Virale"
Laboratorio di Virologia - Istituto Superiore di Sanità
Viale Regina Elena 299 - 00161 Roma
Tel.: 064990 3312 Fax: 064990 3012
e-mail: pocchia@virus1.net.iss.it
<http://www.iss.it/sanita/jakob/jacob.htm>

Codice paziente (riservato ISS):
Medico Segnalatore:
Indirizzo dell'ospedale:

Numero cartella clinica: _____
Data di nascita del paziente: _____
Comune e Provincia di nascita : _____
Comune e Provincia di residenza _____

Tel. e Fax del medico

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 | |
| - Segni piramidali: | Si | No | |
| - Segni extrapiramidali: | Si | No | |
| - Segni cerebellari: | Si | No | |
| - Segni visivi: | Si | No | |
| - Mutismo acinetico: | Si | No | |
| - Crisi epilettiche: | Si | No | |
| - Parestesie/Disestesie: | Si | No | |
| - EEG caratteristico (*): | Si | No | Non eseguito |

(*)(complessi trifasici periodici punta onda, 1-2 c/s. Questo tracciato compare nella maggior parte dei pazienti con malattia di Creutzfeldt-Jakob. Può essere assente nelle fasi iniziali o terminali della malattia. Qualora l'EEG non fosse tipico, si consigliano ripetute e prolungate registrazioni)

Altri esami strumentali effettuati: **RMN** **PET** **SPECT**

Familiarità per queste malattie: **Si** **No**

Segnalare la presenza di 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: _____

Indagine prospettica sulle infezioni invasive da *Haemophilus influenzae*

Istituto Superiore di Sanità/AMCLI/Regioni

Compilare il modulo per ogni nuovo caso di malattia invasiva da *Haemophilus influenzae*, ed inviarlo al referente regionale dello Studio e all'ISS (fax. 06-49387292). Il ceppo isolato va inviato alla dott.sse M. Cerquetti e P. Mastrantonio, Laboratorio di BATTERIOLOGIA e MICOLOGIA MEDICA, Istituto Superiore di Sanità, V.le Regina Elena 299. 00161 ROMA, seguendo le istruzioni specifiche

SCHEDA DI NOTIFICA

Regione: _____ Data compilazione della scheda: _____

Ospedale: _____ Città: _____

Nome del referente del laboratorio: _____

Telefono: _____ / _____ Fax: _____ / _____

DATI INDIVIDUALI DEL PAZIENTE

Prime tre lettere cognome

Prime tre lettere nome

Sesso M F

Data di nascita _____

Città di residenza _____ Provincia _____

Reparto di ricovero _____

Data di esordio sintomi _____

Diagnosi clinica _____

Il paziente è deceduto? Sì No

Esame diagnostico eseguito su Sangue Liquor Altro
se altro, specificare _____

Data di prelievo del campione _____

Codice di laboratorio del campione _____

Metodo diagnostico utilizzato Test di ricerca dell'antigene Coltura

Se è stata effettuata la coltura, il ceppo è stato tipizzato? Sì No

Se sì, risultato tipizzazione _____

Il ceppo è stato inviato al laboratorio di riferimento? Sì No

Il paziente era vaccinato contro l'Hib? Sì No

Se sì, compilare la sezione che segue:

Dose	Data somministrazione	Nome Commerciale	Lotto

Scheda per l'indagine su caso di paralisi flaccida acuta

FONTI DELLA NOTIFICA:

Data di notifica: ___/___/___

Notificatore: _____

Nome e indirizzo dell'Ente/ospedale: _____

_____ Telefono: _____

IDENTIFICAZIONE DEL CASO:

Nome _____ Sesso: _____

Data di nascita: ___/___/___ Età all'inizio dei sintomi: _____

Domicilio attuale _____

Comune: _____ Provincia: _____

Residenza (se diversa da domicilio):

Comune: _____ Provincia: _____ Stato: _____

Nome del padre: _____ Nome della madre: _____

OSPEDALIZZAZIONE

Ospedalizzato? Si ___ No ___ Nome dell'ospedale: _____

Indirizzo: _____

Cartella clinica n.: _____ Data di ricovero: ___/___/___

Data di dimissione: ___/___/___

SINTOMATOLOGIA:

1. Sintomatologia nelle 4 settimane precedenti l'inizio della paralisi

	si	no	non noto	se sì, data
febbre	—	—	—	___/___/___
stipsi	—	—	—	___/___/___
dolori addominali	—	—	—	___/___/___
rinite	—	—	—	___/___/___
parestesia	—	—	—	___/___/___
mialgie	—	—	—	___/___/___
diarrea	—	—	—	___/___/___
cefalea	—	—	—	___/___/___
nausea	—	—	—	___/___/___
rigidità nucale	—	—	—	___/___/___
astenia	—	—	—	___/___/___
faringodinia	—	—	—	___/___/___
irritabilità	—	—	—	___/___/___
vomito	—	—	—	___/___/___
diplopia	—	—	—	___/___/___
rigidità	—	—	—	___/___/___

2. Sintomatologia al momento dell'insorgenza della paralisi

Data di inizio della paralisi: ___/___/___

	si	no	non noto
letargia	___	___	___
deficit sensoriale	___	___	___
mialgie	___	___	___
cefalea	___	___	___
dispnea	___	___	___
parestesie	___	___	___

febbre se si ___ temperatura ___

progressione delle paresi/paralisi:

ascendente _____
 discendente _____
 bulbare _____
 altro _____

SEGNI RICONTRATI ALL'ESAME NEUROLOGICO INIZIALE

	no	si
rigidità nucale	___	___
ptosi palpebrale	___	___
riflesso tosse	___	___
diplopia se si: destra ___ sinistra ___ non noto ___	___	___
oftalmoplegia	___	___
paresi facciali	___	___
difficoltà deglutizione	___	___
debolezza flessori del collo	___	___
debolezza estensori del collo	___	___
protrusione lingua	___	___

In grado di camminare: no: ___

se si: da solo: ___

con aiuto: ___

Debolezza arti:

no: ___

se si:

braccio destro: no: ___

se si: può sollevare il braccio sopra la testa si ___ no ___

se si: può stringere le mani con forza si ___ no ___

braccio sinistro: no: ___

se si: può sollevare il braccio sopra la testa si ___ no ___

se si: può stringere le mani con forza si ___ no ___

gamba destra: no: ___

se si: può sollevare la gamba dal letto si ___ no ___

se si: può avvicinare la caviglia alla testa si ___ no ___

può muovere le dita dei piedi si ___ no ___

gamba sinistra: no: ___

se si: può sollevare la gamba dal letto si ___ no ___

se si: può avvicinare la caviglia alla testa si ___ no ___
 può muovere le dita dei piedi si ___ no ___

Fascicolazioni/paralisi si ___ no ___
 Paresi simmetrica si ___ no ___ D>S S<D
 arti superiori si ___ no ___ D>S S<D
 arti inferiori si ___ no ___ D>S S<D

Riflessi (3=iperreflessia; 2=normali; 1=iporeflessia; 0=assenti)

	Destra	Sinistra
bicipitale	___	___
tricipitale	___	___
supinatore	___	___
rotuleo	___	___
achilleo	___	___
Babinski	positivo ___	negativo ___

Sensibilità (2=normale; 1=diminuita; =assente)

		Destra	Sinistra
Mano:	tattile	___	___
	puntoria	___	___
	vibratoria	___	___
Piede:	tattile	___	___
	puntoria	___	___
	vibratoria	___	___
Dorso:	tattile	___	___
	puntoria	___	___

Efficienza sistema nervoso autonomo

	normale	anormale	descrizione
vescica	___	___	_____
intestino	___	___	_____
sudorazione	___	___	_____

ANANMESI

vaccinazione recente no ___ si ___ tipo ___ data ___/___/___
 vaccinazione recente nei familiari no ___ si ___ tipo ___ data ___/___/___

morso animali descrizione _____
 puntura insetti descrizione _____
 puntura zecche descrizione _____
 farmaci no ___ si ___ tipo ___ data ___/___/___
 contatti con animali no ___ si ___ tipo ___ data ___/___/___
 esposizione a pesticidi no ___ si ___ tipo ___ data ___/___/___
 iniezione intramuscolo no ___ si ___ tipo ___ data ___/___/___
 trauma descrizione _____
 approvvigionamento acqua potabile descrizione _____
 malattia in altri componenti famiglia no _____
 se si, descrizione _____

casi simili in: scuola no ___ si ___
 posto lavoro no ___ si ___
 vicinato no ___ si ___
 trasfusioni di sangue no ___
 se si, data ___/___/___

ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA

Inizio della massima paresi/paralisi _____ / ____ / ____

Severità della massima paresi/paralisi:

quadriplegia + paralisi respiratoria	no _____	si _____
quadriplegia senza paralisi respiratoria	no _____	si _____
paraparesi/paraplegia	no _____	si _____

altro, descrivere: _____

Paralisi respiratoria

no _____	si _____
se sì, data inizio _____ / ____ / ____	
data fine _____ / ____ / ____	

Decesso

no _____	si _____	data _____ / ____ / ____
se sì, causa mortis: _____		

ANAMNESI VACCINALE

Luogo della/e vaccinazione/i: _____

	no	non noto	sì	presso	data vaccinazione gg/mm/aa
OPV1	_____	_____	_____	_____	____/____/____
OPV2	_____	_____	_____	_____	____/____/____
OPV3	_____	_____	_____	_____	____/____/____
OPV4	_____	_____	_____	_____	____/____/____
Altre vaccinazioni	_____	_____	_____	_____	____/____/____
" "	_____	_____	_____	_____	____/____/____

CLASSIFICAZIONE CLINICA PRELIMINARE

Caso escluso: _____ Caso probabile: _____
 Se non si tratta di polio, fornire diagnosi e commenti.
 Data _____ / ____ / ____

Commenti:

STORIA DI CONTATTI/VIAGGI

Indicare tutti i viaggi al di fuori della città (compresi altri Paesi) compiuti non meno di 28 giorni prima dell'inizio della paralisi/parestesia.

Luogo	Persona(e) visitata(e)	Date visita	
		da	a
_____	_____	____/____/____	____/____/____
_____	_____	____/____/____	____/____/____
_____	_____	____/____/____	____/____/____

Contatti con conviventi/contatti stretti vaccinati con OPV nei 75 gg. prec.

Nome	Indirizzo	Data vaccinazione
_____	_____	____/____/____
_____	_____	____/____/____
_____	_____	____/____/____

DATI DI LABORATORIO

Nome del laboratorio: _____

Indirizzo: _____

Studi di isolamento virale e batterico:

(specificare)	Data prelievo dal paziente	Data invio al laboratorio	poliovirus isolati			Campylobacter jejuni	altro
			tipo 1	tipo 2	tipo 3		
Feci/tampone rettale 1	___/___/___	___/___/___	___	___	___	_____	_____
Feci/tampone rettale 2	___/___/___	___/___/___	___	___	___	_____	_____
Altro	___/___/___	___/___/___	___	___	___	_____	_____

Studi sierologici:

(specificare)	Data prelievo dal paziente	Data invio al laboratorio	poliovirus			Campylobacter jejuni	HIV	altro
			tipo 1	tipo 2	tipo 3			
Siero 1 *	___/___/___	___/___/___	___	___	___	_____	_____	_____
Siero 2	___/___/___	___/___/___	___	___	___	_____	_____	_____
Siero 3 **	___/___/___	___/___/___	___	___	___	_____	_____	_____

* acuto

** convalescente (14-30 giorni dopo inizio astenia/paralisi)

Interpretazione:

Liquido cerebro-spinale:

data	globuli rossi	globuli bianchi	% linfociti	glucosio	proteine
___/___/___	_____	_____	_____	_____	_____
___/___/___	_____	_____	_____	_____	_____
___/___/___	_____	_____	_____	_____	_____

Risultati tipizzazione stipite virale:

Tipo di poliovirus	Metodi utilizzati	Risultati
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Altri risultati e/o commenti: _____

Autopsia? si _____ no _____ Istituto: _____

materiale	data prelievo	data invio	data risultati	risultati esame istologico
_____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	_____
_____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	_____
_____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	_____

Esami elettrodiagnostici
Data ____/____/____ (allegare eventuali referti)

FOLLOW-UP DEL CASO DOPO 60 GIORNI

Riesame del caso 60 giorni dopo la paralisi? si _____ data ____/____/____ no _____

Se no, perché? _____

Paralisi:

Paralisi presente dopo 60 giorni o oltre? si _____ no _____
Se sì, indicare il sito della paralisi:

gamba sinistra	_____	muscoli respiratori	_____
gamba destra	_____	nervi cranici	_____
braccio destro	_____	(specificare)	_____
braccio sinistro	_____		_____

dal periodo di massima paresi/paralisi
migliorate: no _____ si _____ se sì, commenti sul grado di miglioramento

nessun cambiamento: no _____ si _____

Riflessi (3=iperreflessia; 2=normali; 1=iporeflessia; 0=assenti)

	Destra	Sinistra
bicipitale	_____	_____
tricipitale	_____	_____
supinatore	_____	_____
rotuleo	_____	_____
achilleo	_____	_____
Babinski	positivo _____	negativo _____

Disabilità:

non può camminare _____
cammina con assistenza _____
zoppia _____
cammina normalmente _____
altro _____

Decesso? si _____ data ____/____/____ causa mortis: _____ no _____

Referto neurologico:
(Allegare, se disponibile, il rapporto neurologico, inclusa la diagnosi finale)

Data ___/___/___ Nome del medico notificatore _____

Neurologo? sì ___ no ___

MISURE DI CONTROLLO SU CONVIVENTI/CONTATTI

(Riportare: data di inizio, numero di conviventi/contatti individuati, numero di dosi OPV somministrate in bambini con meno di 5 anni, data completamento interventi di controllo)

DIAGNOSI FINALE:

Esclusa: _____

Specificare diagnosi:

poliomielite	sì ___	no ___
sindrome di Guillain Barré	sì ___	no ___
mielite trasversa	sì ___	no ___
neurite traumatica	sì ___	no ___
altro (descrivere):	_____	

Se polio confermata:

Barrare le voci che interessano:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Confermata virologicamente | <input type="checkbox"/> Decesso dopo malattia compatibile |
| <input type="checkbox"/> Confermata sierologicamente | <input type="checkbox"/> Correlazione epidemiologica |
| <input type="checkbox"/> Confermata virologicamente e sierologicamente | <input type="checkbox"/> Assenza di follow-up |
| <input type="checkbox"/> Paralisi residua | <input type="checkbox"/> Associata a vaccino |
| <input type="checkbox"/> Virus selvaggio indigeno | <input type="checkbox"/> Importata |

Osservazioni:

Nome dell'incaricato dell'inchiesta: _____
Firma: _____
Qualifica: _____
Sede di lavoro: _____
Data: ___/___/___

Nome del coordinatore di sorveglianza: _____
Firma: _____
Qualifica: _____
Sede di lavoro: _____
Data: ___/___/___

Inviare a:

Dott.ssa Dina De Stefano
"Programma di Sorveglianza delle Paralisi Flaccide Acute in Italia"
Ministero della Sanità
Dipartimento della Prevenzione e dei Farmaci
Ufficio Profilassi malattie infettive
Via Sierra Nevada, 60 - 00144 ROMA

Dott.ssa Lucia Fiore
"Programma di Sorveglianza delle Paralisi Flaccide Acute in Italia"
Laboratorio di Virologia
Istituto Superiore di Sanità
Viale Regina Elena, 299 - 00161 ROMA