

---

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 2 aprile  
2014, n. 565

**Decreto del Ministro della Sanità 15 dicembre 1990  
“Sistema informativo Malattie infettive”, Piano  
regionale di sorveglianza Speciale Malattie Infet-  
tive diffuse nella Regione Puglia.**

L'Assessore al Welfare relatore, sulla base delle  
risultanze istruttorie espletate dalla Responsabile  
della P.O. “Igiene e sanità pubblica” e dal Dirigente  
dell'Ufficio “Sanità pubblica e sicurezza del lavoro”,  
confermate dal Dirigente del Servizio Programma-  
zione Assistenza Territoriale e Prevenzione, riferisce:

L'articolo 1 del Decreto del Ministero della Sanità  
15 dicembre 1990 prevede che:

*Ai sensi e per gli effetti degli articoli 253 e 254 del testo unico delle leggi sanitarie, approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, permane l'obbligo di notifica, da parte del medico, di tutti i casi di malattie diffuse pericolose per la salute pubblica; le unità sanitarie locali, a loro volta, sono tenute a comunicare le informazioni, ricevute dai medici [...].*

Con decisioni CE del 19.3.2002 e del 17.7.2003 venivano definiti i casi di dichiarazione delle malattie trasmissibili alla rete di sorveglianza comunitaria e con Circolare Ministeriale n.4 del 13.3.98 venivano individuate "Misure di profilassi per esigenze di sanità pubblica.....".

Le attività di sorveglianza delle malattie infettive sono regolate da specifici flussi informativi e costituiscono debito informativo delle Regioni nei confronti del Ministero della Salute.

La Regione Puglia nel riorganizzare, nell'ambito del nuovo sistema informativo sanitario regionale Edotto, il sistema di sorveglianza routinaria delle malattie infettive, ha elaborato un Piano regionale di Sorveglianza delle Malattie Infettive, adeguandone i flussi alle più recenti esigenze nazionali.

I cambiamenti epidemiologici verificatisi negli ultimi decenni hanno reso necessario istituire alcuni sistemi di sorveglianza speciale relativi a malattie infettive dovute a patogeni emergenti o ri-emergenti ovvero al monitoraggio di interventi di vaccinazione di massa.

Tali sistemi sono oggetto di piani o programmi specifici (ad esempio il Piano Nazionale di Eliminazione del morbillo e della rosolia congenita) ovvero di circolari ministeriali e/o regionali. Con riferimento ai piani nazionali, gli stessi sono stati ritenuti documenti esplicativi del D.P.C.M. sui Livelli Essenziali di Assistenza e alcuni indicatori previsti dagli stessi (ad esempio la proporzione di casi di morbillo con conferma di laboratorio) sono stati inseriti nella griglia di valutazione dei LEA, individuandoli quali livelli di performance del Servizio Sanitario Regionale non ancora conformi agli standard.

Al fine di razionalizzare i sistemi di sorveglianza previsti in diversi atti emanati in tempi e con modalità differenti, l'Osservatorio Epidemiologico Regionale ha redatto il documento tecnico di indirizzo, che si allega quale parte integrante "Allegato 1" della presente proposta di deliberazione, il quale rappresenta il Piano regionale di Sorveglianza Spe-

ciale delle Malattie Infettive Diffusive nella Regione Puglia. Il documento è stato condiviso con i componenti del Comitato Tecnico Scientifico dell'Osservatorio ed ha successivamente ottenuto il parere favorevole della Consulta dei Direttori di Dipartimento di Prevenzione, tenuto conto delle osservazioni e precisazioni ritenute opportune dal competente Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione dell'Assessorato al Welfare, come si evince dal relativo verbale agli atti.

Il Piano regionale in questione ha la finalità di rendere disponibile agli operatori di sanità pubblica un quadro organico delle attività di sorveglianza speciale delle malattie infettive, riportando i livelli di responsabilità e gli indicatori di processo e di esito individuati per il monitoraggio e la valutazione dei sistemi implementati, nel rispetto della correttezza delle procedure relative alla trasmissione dei flussi informativi, ai sensi della normativa vigente.

#### **COPERTURA FINANZIARIA**

Il presente provvedimento non comporta implicazioni di natura finanziaria né di entrata né di spesa e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale

La Dirigente di Servizio  
Dott.ssa Giovanna Labate

L'Assessore relatore, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta, ai sensi della L.R. n. 7/97 art.4, comma 4, lettera d), l'adozione del conseguente atto finale.

#### **LA GIUNTA**

udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore;

viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dal Dirigente di Ufficio e dal Dirigente del Settore;

a voti unanimi espressi nei modi di legge

#### **DELIBERA**

per quanto esposto nella relazione in narrativa, che qui si intende integralmente riportata,

1. di approvare il documento tecnico di indirizzo sulle attività di sorveglianza speciale delle malattie infettive diffuse nella Regione Puglia denominato "Piano regionale di Sorveglianza Speciale Malattie Infettive Diffusive nella Regione Puglia", Allegato "1" che costituisce parte integrante della presente proposta di deliberazione;
2. Di dare mandato al Dirigente del Servizio Assistenza Territoriale e Prevenzione di predisporre, successivamente, l'atto dirigenziale relativo alla valutazione dei citati indicatori sulla base dell'elaborazione del calcolo effettuato dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale, il quale lo trasmetterà all'Assessorato al Welfare e alle Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie Locali entro il 30 luglio 2014;
3. di disporre che la valutazione degli indicatori previsti dal documento venga eseguita, con riferimento alla Regione e alle singole Aziende Sanitarie Locali, a partire dall'anno 2014.
4. di dare mandato all'Osservatorio Epidemiologico Regionale di curare entro il 30 luglio 2014 il calcolo degli indicatori previsti dal presente documento relativamente all'anno 2013 e il loro invio all'Assessorato al Welfare e alle Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie Locali. Tale calcolo viene eseguito unicamente ai fini di monitoraggio dello stato dell'arte, senza effetti sulla valutazione delle strutture sanitarie.
5. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul BURP.

Il Segretario della Giunta  
Avv. Davide F. Pellegrino

Il Presidente della Giunta  
Angela Barbanente



*Osservatorio Epidemiologico Regione Puglia*



Regione Puglia

**Sistemi di sorveglianza speciale delle malattie infettive diffuse nella Regione Puglia  
Indicazioni operative**

**Indice**

Premessa	pag. 2
Attori di sistema e responsabilità	pag. 2
Sorveglianza integrata del morbillo e della rosolia	pag. 3
Sorveglianza della rosolia congenita e dell'infezione da virus della rosolia in gravidanza	pag. 3
Sorveglianza dei casi umani delle malattie trasmesse da vettori (Arbovirosi) con particolare riferimento alla <i>Chikungunya</i> , <i>Dengue</i> e <i>West Nile Disease</i>	pag. 5
Sorveglianza dell'epatite A	pag. 6
Sorveglianza delle malattie batteriche invasive da <i>Haemophilus influenzae</i> , meningococco, pneumococco e delle forme invasive di listeriosi	pag. 8
Sorveglianza dell'influenza stagionale	pag. 11
Sorveglianza dei casi gravi e complicati di influenza	pag. 13
Sorveglianza delle gastroenteriti in età pediatrica	pag. 14
Sorveglianza sindromica e profilassi immunitaria nelle strutture di accoglienza degli immigrati	pag. 15
Sorveglianza della Sindrome Emolitico Uremica	pag. 16
Sorveglianza delle nuove infezioni da HIV	pag. 17
Sorveglianza delle paralisi flaccide acute	pag. 18
Sorveglianza della pertosse	pag. 19
Sorveglianza dei patogeni respiratori emergenti	pag. 21
Laboratorio regionale di riferimento	pag. 21



### **Premessa**

L'articolo 1 del Decreto del Ministero della Sanità 15 dicembre 1990 prevede che:

*Ai sensi e per gli effetti degli articoli 253 e 254 del testo unico delle leggi sanitarie, approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, permane l'obbligo di notifica, da parte del medico, di tutti i casi di malattie diffuse pericolose per la salute pubblica; le unità sanitarie locali, a loro volta, sono tenute a comunicare le informazioni, ricevute dai medici [...].*

Le attività di sorveglianza delle malattie infettive sono regolate da specifici flussi informativi e costituiscono debito informativo delle Regioni nei confronti del Ministero della Salute. Tali attività vengono svolte alla luce della Decisione di esecuzione della Commissione Europea dell'8 agosto 2012 "recante modifica della Decisione 2002/253/CE che stabilisce la definizione dei casi ai fini della dichiarazione delle malattie trasmissibili alla rete di sorveglianza comunitaria istituita ai sensi della decisione n.2119/98/CE del Parlamento Europeo e del Consiglio".

La Regione Puglia sta riorganizzando, nell'ambito del nuovo sistema informativo sanitario regionale Edotto, il sistema di sorveglianza routinaria delle malattie infettive, adeguandone i flussi alle più recenti esigenze nazionali.

I cambiamenti epidemiologici verificatisi negli ultimi decenni hanno reso necessario istituire alcuni sistemi di sorveglianza speciale relativi a malattie infettive dovute a patogeni emergenti o ri-emergenti ovvero al monitoraggio di interventi di vaccinazione di massa. I sistemi di sorveglianza speciale sono oggetto di piani o programmi specifici (ad esempio il Piano Nazionale di Eliminazione del morbillo e della rosolia congenita) ovvero di circolari ministeriali e/o regionali.

Il presente documento viene emanato al fine di rendere disponibile agli operatori di sanità pubblica un quadro organico delle attività di sorveglianza speciale delle malattie infettive, riportando i livelli di responsabilità e gli indicatori di processo e di esito individuati per il monitoraggio e la valutazione dei sistemi avviati.

### **Attori di sistema**

La segnalazione dei casi, anche sospetti, di malattie infettive diffuse sottoposte a sorveglianza speciale compete ai medici delle strutture ospedaliere, territoriali e di assistenza primaria.

A livello delle Aziende Sanitarie Locali la ricezione della segnalazione, l'indagine epidemiologica e la notifica sono funzioni dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica.

La completezza, l'adeguatezza e la tempestività della notifica delle malattie infettive sottoposte a sorveglianza speciale costituiscono elementi per la valutazione dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere, secondo gli indicatori e le modalità di verifica dettagliate nella descrizione dei singoli sistemi di sorveglianza; infatti la sorveglianza delle malattie infettive è una delle prestazioni indicate nei Livelli Essenziali di Assistenza.

Il coordinamento delle attività di sorveglianza routinaria e speciale delle malattie infettive appartiene alle competenze dell'Assessorato al Welfare – Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione - ed è storicamente affidato all'Osservatorio Epidemiologico Regionale (OER), come organismo tecnico-scientifico dell'Assessorato stesso.

L'Osservatorio Epidemiologico Regionale garantisce il monitoraggio delle attività di sorveglianza, il calcolo degli indicatori e la reportistica all'Assessorato al Welfare al fine del suo inoltro alle Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie, entro il 30 luglio di ogni anno.

I Direttori Generali adottano gli indicatori stabiliti nel presente documento al fine della valutazione dei Direttori di Dipartimento di Prevenzione, dei Direttori dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica e dei Direttori Medici di Presidio Ospedaliero.

### ***Sorveglianza integrata del morbillo e della rosolia***

Si confermano le indicazioni fornite nei seguenti documenti:

- Deliberazione della Giunta Regionale 7 agosto 2012, n. 1600. Piano Nazionale per l'Eliminazione del morbillo e della rosolia congenita (PNEMoRc) 2010-2015: Accordo Stato-Regioni e Province Autonome, Rep. Atti n. 66/CSR. Recepimento e adozione del correlato Piano Regionale.
- Circolare Ministero della Salute, Dipartimento della Sanità Pubblica e Innovazione, Direzione Generale della Prevenzione n. 0004460-P-20/02/2013. Istituzione di un sistema di sorveglianza integrato per il morbillo e la rosolia alla luce del nuovo Piano Nazionale di Eliminazione del morbillo e della rosolia congenita 2010-2015.
- Circolare Regione Puglia, Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione n. AOO152/15 mar 2013/n. 4036. Lettera circolare Ministero della Salute del 20/02/2013 "Istituzione di un sistema di sorveglianza integrato per il morbillo e la rosolia alla luce del nuovo Piano Nazionale di Eliminazione del morbillo e della rosolia congenita 2010-2015". Notifica.

### **Indicatori delle attività di sorveglianza per la valutazione dei Direttori Generali**

<b>Indicatore</b>	<b>Standard</b>
Tempestività	≥80% dei casi notificati entro 24 ore dalla diagnosi
Proporzione di casi di morbillo e di rosolia con conferma di laboratorio effettuata presso il laboratorio di riferimento regionale	≥80%
Proporzione di casi confermati per i quali è stata identificata la fonte del contagio	≥80%
Proporzione di focolai indagati	100%
Incidenza annuale del morbillo e della rosolia	<1 caso su 1.000.000 di abitanti
Proporzione di casi di morbillo ospedalizzati segnalati al sistema/ soggetti dimessi con diagnosi di morbillo (ICD9-CM: 055.xx)	100%
Proporzione di casi di rosolia ospedalizzati segnalati al sistema/ soggetti dimessi con diagnosi di rosolia (ICD9-CM: 056.xx)	100%

### ***Sorveglianza della rosolia congenita e dell'infezione da virus della rosolia in gravidanza***

Si confermano le indicazioni fornite nei seguenti documenti:

- Deliberazione della Giunta Regionale 7 agosto 2012, n. 1600. Piano Nazionale per l'Eliminazione del morbillo e della rosolia congenita (PNEMoRc) 2010-2015: Accordo Stato-Regioni e Province Autonome, Rep. Atti n. 66/CSR. Recepimento e adozione del correlato Piano Regionale.
- Circolare Ministero della Salute, Dipartimento della Sanità Pubblica e Innovazione, Direzione Generale della Prevenzione n. 0016471-P-17/07/2013. Sorveglianza della rosolia congenita e dell'infezione da virus della rosolia in gravidanza alla luce del nuovo Piano Nazionale di Eliminazione del morbillo e della rosolia congenita 2010-2015.
- Circolare Regione Puglia, Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione n. AOO152/13 set 2013/n. 11077. Circolare Ministero della Salute DGPRES del 17/07/2013 "Sorveglianza della rosolia congenita e dell'infezione da virus della rosolia in gravidanza alla luce del nuovo Piano Nazionale di Eliminazione del morbillo e della rosolia congenita 2010-2015". Notifica.

#### Indicatori delle attività di sorveglianza per la valutazione dei Direttori Generali

Indicatore	Standard
Tempestività	≥80% dei casi notificati entro 24 ore dalla diagnosi
Istituzione di un flusso per la segnalazione delle positività al rubeo-test (IgM e/o IgG) effettuato in gravidanza, dai laboratori di analisi ai Servizi di Igiene e Sanità Pubblica delle ASL	Protocollo adottato con Delibera del Direttore Generale entro il 2015
Adozione di protocollo operativo per la vaccinazione delle donne suscettibili nel post parto o interruzione di gravidanza	Protocollo adottato con Delibera del Direttore Generale entro il 2015
Proporzione di donne in gravidanza suscettibili identificate e vaccinate nel post-partum e post interruzione di gravidanza	≥95%
Incidenza annuale della rosolia congenita	< 1 caso/100.000 nati vivi
Proporzione di casi di rosolia congenita segnalati al sistema/ bambini dimessi con diagnosi di rosolia congenita (ICD9-CM: 771.0)	100%
Proporzione di casi di rosolia in gravidanza segnalati al sistema/ donne dimesse con diagnosi di rosolia in gravidanza (ICD9-CM: 647.5)	100%

Il Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico Bari cura, entro il 2014 e con il coordinamento dell'U.O.C. Igiene della stessa azienda, l'avvio di un progetto pilota per l'offerta attiva e gratuita della vaccinazione anti-MPR alle donne in età fertile che risultano suscettibili a rubeo-test effettuato presso l'Azienda Policlinico e alle donne suscettibili ricoverate per parto o interruzione di gravidanza.

L'adozione di detto protocollo è indicatore per la verifica del Direttore Generale e per la valutazione dei Direttori delle strutture complesse interessate (U.O.C. Igiene, UU.OO.CC. di Ginecologia e Ostetricia).

***Sorveglianza dei casi umani delle malattie trasmesse da vettori (Arbovirosi) con particolare riferimento alla Chikungunya, Dengue e West Nile Disease***

Si confermano le indicazioni fornite nei seguenti documenti:

- Circolare del Ministero della Salute, Dipartimento della Sanità Pubblica e Innovazione, Direzione Generale della Prevenzione DGPRE n. 0013699-P-14/06/2013 “Sorveglianza dei casi umani delle malattie trasmesse da vettori con particolare riferimento alla Chikungunya, Dengue e West Nile Disease -2013”.
- Circolare Regione Puglia, Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione, n. AO152/ 1 ottobre 2013/n. 11670. Circolare Ministero della Salute DGPRE del 14/06/2013 “Sorveglianza dei casi umani delle malattie trasmesse da vettori con particolare riferimento alla Chikungunya, Dengue e West Nile Disease – 2013”.

L'OER cura la trasmissione, entro il 30 gennaio di ogni anno, all'Assessorato al Welfare – Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione- al fine dell'inoltro ai Servizi di Igiene e Sanità Pubblica delle ASL delle informazioni desunte dalle attività di sorveglianza ambientale (presenza/assenza di attività vettoriale nel territorio di competenza).

**Indicatori delle attività di sorveglianza per la valutazione dei Direttori Generali**

<b>Indicatore</b>	<b>Standard</b>
Tempestività	≥80% dei casi notificati entro 24 ore dalla diagnosi
Proporzione di casi di Chikungunya con conferma di laboratorio eseguita presso il laboratorio di riferimento regionale/totale dei casi di Chikungunya segnalati	100%
Proporzione di casi di Dengue con conferma di laboratorio eseguita presso il laboratorio di riferimento regionale/totale dei casi di Dengue segnalati	100%
Proporzione di casi umani di WNVD con conferma di laboratorio eseguita presso il laboratorio di riferimento regionale/totale dei casi di WNVD segnalati	100%
Proporzione di casi di Chikungunya segnalati al sistema/ soggetti dimessi con diagnosi di Chikungunya (ICD9-CM: 066.3)	100%
Proporzione di casi di Dengue segnalati al sistema/ soggetti dimessi con diagnosi di Dengue (ICD9-CM: 061.xx)	100%
Proporzione di casi di WNVD segnalati al sistema/ soggetti dimessi con diagnosi di WNVD (ICD9-CM: 066.4x)	100%

### ***Sorveglianza dell'epatite A***

Si confermano le indicazioni fornite nella Deliberazione della Giunta Regionale n. 241 del 18/02/2013, Intesa Stato-Regioni 22 febbraio 2012: "Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2012-2014". Recepimento e adozione Calendario Regionale Vaccinale 2012 'Calendario per la vita'.

La definizione di caso di Epatite A, da utilizzarsi ai fini della sorveglianza, è la seguente:

- *Criteri clinici*: qualsiasi persona che presenti una manifestazione di sintomi distinti (ad esempio stanchezza, dolori addominali, perdita di appetito, nausea e vomito intermittenti) e almeno una delle seguenti tre manifestazioni: febbre, ittero, livelli elevati di transaminasi sieriche.
- *Criteri di laboratorio*: almeno uno dei seguenti tre criteri:
  - Identificazione dell'acido nucleico del virus dell'epatite A nel siero e/o nelle feci;
  - Risposta anticorpale specifica al virus dell'epatite A.
- *Criteri epidemiologici*: almeno uno dei seguenti quattro criteri:
  - Trasmissione interumana;
  - Esposizione a una fonte comune;
  - Esposizione ad alimenti o ad acqua da bere contaminati;
  - Esposizione ambientale.

Al fine della classificazione di caso, si definisce:

- Caso probabile: qualsiasi persona che soddisfi i criteri clinici e presenti una correlazione epidemiologica;
- Caso confermato: qualsiasi persona che soddisfi i criteri clinici e di laboratorio.

Il medico della struttura ospedaliera o il medico di assistenza primaria che venga a conoscenza di un caso probabile o confermato di Epatite A effettua immediatamente (entro 3 ore) la segnalazione all'Assessorato al Welfare – Servizio Programmazione Assistenza Territoriale Prevenzione, al competente Servizio di Igiene e Sanità Pubblica e all'Osservatorio Epidemiologico Regionale a mezzo email.

Il medico del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica provvede alla notifica con le modalità previste dal D.M. 15 dicembre 1990 e alla compilazione della scheda di indagine del Sistema Epidemiologico Integrato dell'Epatite Virale Acuta (SEIEVA).

La scheda SEIEVA viene inviata entro 48 ore all'Osservatorio Epidemiologico Regionale che ne cura l'inserimento sul portale dell'Istituto Superiore di Sanità.

Il medico del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica trasmette le informazioni aggiuntive sull'indagine epidemiologica entro 48 ore all'Osservatorio Epidemiologico Regionale, al Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione e al Servizio Veterinario di Area B per i provvedimenti di competenza.

Ai contatti stretti del caso identificati nel corso dell'indagine epidemiologica viene offerta attivamente e gratuitamente la vaccinazione anti-epatite A entro 8 giorni dall'ultimo contatto con il caso indice.

Il medico del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica provvede infine alla raccolta di un campione di feci del caso e all'invio dello stesso presso il laboratorio di riferimento regionale.

L'Osservatorio Epidemiologico Regionale trasmette semestralmente all'Assessorato al Welfare – Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione - il riepilogo delle attività di sorveglianza dell'Epatite A, nell'ambito del flusso informativo previsto per la sorveglianza routinaria delle malattie infettive.

L'Osservatorio Epidemiologico Regionale cura la sorveglianza attiva dei casi di Epatite A, attraverso il contatto telefonico settimanale delle strutture ospedaliere di Malattie Infettive degli ospedali regionali. I Direttori delle strutture di Malattie Infettive, provvedono, a richiesta dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale, ad individuare un dirigente medico che svolga da referente per la sorveglianza attiva.

#### Indicatori delle attività di sorveglianza per la valutazione dei Direttori Generali

Indicatore	Standard
Tempestività	≥80% dei casi notificati entro 24-48 ore dalla diagnosi
Proporzione di casi di epatite A ospedalizzati per cui è stata compilata la scheda SEIEVA/ soggetti dimessi con diagnosi di epatite A (ICD9-CM: 070.0 e 070.1)	100%
Proporzione di casi di epatite A per cui è stata compilata la scheda SEIEVA/ <i>datalinkage</i> dei ricoveri per epatite A, delle notifiche ex D.M. 15 dicembre 1990, delle segnalazioni SEIEVA e di sorveglianza attiva	100%
Proporzione di casi di epatite A ospedalizzati per cui è stata effettuata l'indagine epidemiologica/ soggetti dimessi con diagnosi di epatite A (ICD9-CM: 070.0 e 070.1)	100%
Proporzione di casi di epatite A per cui è stata effettuata l'indagine epidemiologica/ <i>datalinkage</i> dei ricoveri per epatite A, delle notifiche ex D.M. 15 dicembre 1990, delle segnalazioni SEIEVA e di sorveglianza attiva	100%
Proporzione di casi di epatite A di cui sono stati inviati i campioni di feci al laboratorio di riferimento regionale/ <i>datalinkage</i> dei ricoveri per epatite A, delle notifiche ex D.M. 15 dicembre 1990, delle segnalazioni SEIEVA e di sorveglianza attiva	≥80%
Designazione del referente per la sorveglianza attiva presso le strutture ospedaliere di Malattie Infettive	Referente designato con nota del Direttore della struttura

***Sorveglianza delle malattie batteriche invasive da *Haemophilus influenzae*, meningococco, pneumococco e delle forme invasive di listeriosi***

Per la sorveglianza delle malattie batteriche invasive da *Haemophilus influenzae*, meningococco, pneumococco e delle forme invasive di listeriosi vengono utilizzate le seguenti definizioni di caso:

- **Criteri clinici:** qualsiasi persona che presenti almeno una delle seguenti tre manifestazioni: meningite, polmonite, sepsi.
- **Criteri di laboratorio:** almeno uno dei seguenti diciassette criteri:
  - dimostrazione della presenza di diplococchi gram negativi nel liquido cerebrospinale (LCS);
  - identificazione dell'acido nucleico di *Haemophilus influenzae* in un sito solitamente sterile;
  - identificazione dell'acido nucleico di *Neisseria meningitidis* in lesione purpurica;
  - identificazione dell'acido nucleico di *Neisseria meningitidis* in un sito solitamente sterile;
  - identificazione dell'acido nucleico di *Streptococcus pneumoniae* in un sito solitamente sterile;
  - identificazione dell'acido nucleico di batteri del genere *Listeria* in un sito solitamente sterile;
  - identificazione dell'antigene di *Neisseria meningitidis* nel liquido cerebrospinale (LCS);
  - identificazione dell'antigene di *Streptococcus pneumoniae* in un sito solitamente sterile;
  - isolamento di *Haemophilus influenzae* in un sito solitamente sterile;
  - isolamento di *Neisseria meningitidis* in lesione purpurica;
  - isolamento di *Neisseria meningitidis* in un sito solitamente sterile;
  - isolamento di *Streptococcus pneumoniae* in un sito solitamente sterile;
  - isolamento di ceppo del genere *Listeria* in tessuto fetale da aborto spontaneo;
  - isolamento di ceppo del genere *Listeria* in tessuto fetale da feto nato morto;
  - isolamento di ceppo del genere *Listeria* in un sito solitamente sterile;
  - isolamento di ceppo del genere *Listeria* nella placenta da aborto spontaneo;
  - isolamento di ceppo del genere *Listeria* nella placenta da feto nato morto.
- **Criteri epidemiologici:** trasmissione interumana.

Pertanto, la classificazione dei casi avviene come segue:

- **Caso possibile:** qualsiasi persona che soddisfi i criteri clinici;
- **Caso probabile:** qualsiasi persona che soddisfi i criteri clinici e presenti una correlazione epidemiologica;
- **Caso confermato:** qualsiasi persona che soddisfi i criteri clinici e di laboratorio.

Il medico della struttura ospedaliera alla cui osservazione si presenti un paziente corrispondente alle definizioni di caso possibile, probabile o confermato, provvede a contattare immediatamente il medico reperibile del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica.



Il medico del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica provvede ad effettuare immediatamente l'indagine epidemiologica recandosi presso il nosocomio di ricovero.

In caso di meningite da meningococco, il medico del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica identifica i contatti stretti del caso e propone attivamente e gratuitamente agli stessi la chemiopprofilassi con i seguenti farmaci:

Adulti:

- rifampicina (600 mg per due volte al dì per due giorni), oppure
- ceftriaxone (250 mg in dose singola per via i.m.), oppure
- ciprofloxacina (500 mg in dose singola per os).

Bambini:

- ceftriaxone in dose singola i.m. 125 mg, oppure
- rifampicina 10 mg/kg/die in soggetti di età superiore a 1 mese, oppure
- rifampicina 5mg/kg/die in soggetti di età inferiore a 1 mese.

I contatti dei casi di meningite meningococcica vengono sottoposti, sotto la vigilanza del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica e in collaborazione con i medici di assistenza primaria, a idonea sorveglianza sanitaria, con misurazione bi-giornaliera della temperatura corporea nei 10 giorni successivi alla segnalazione. In caso di febbre, il medico curante dispone gli accertamenti del caso.

Il medico del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica provvede alla notifica con le modalità previste dal D.M. 15 dicembre 1990 e alla compilazione della Scheda di Sorveglianza delle meningiti batteriche e delle malattie invasive da meningococco, pneumococco, emofilo da inviarsi all'Osservatorio Epidemiologico Regionale.

Quest'ultimo, effettuati i dovuti controlli di qualità sulle schede di segnalazione, le trasmette all'Assessorato al Welfare – Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione-, all'Istituto Superiore di Sanità e al Ministero della Salute.

Per quanto concerne la diagnosi di laboratorio, si confermano le indicazioni fornite dalla Circolare Regione Puglia, Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione n. AOO152/11 feb 2013/n. 1850 circa la Sorveglianza delle infezioni batteriche invasive e l'individuazione di laboratorio di riferimento regionale per la caratterizzazione molecolare.

In particolare, al fine di monitorare la diffusione geografica e i cambiamenti prevalenti di cloni epidemici degli agenti eziologici di malattie batteriche invasive, anche con l'obiettivo di una valutazione a medio e lungo termine delle strategie vaccinali, risulta fondamentale identificare correttamente l'agente eziologico, anche con riferimento al sierotipo e al profilo molecolare dei ceppi mediante tecnica MLST (*Multilocus sequence typing*).

Pertanto, i medici delle strutture ospedaliere che hanno in cura casi di malattie batteriche invasive da *Haemophilus influenzae*, meningococco, pneumococco o forme invasive di listeriosi, provvedono all'invio al Laboratorio di riferimento regionale dei campioni biologici per l'accertamento diagnostico ovvero, ove tali attività siano adeguatamente effettuate dal laboratorio di microbiologia interno, dei ceppi isolati su cui eseguire anche la tipizzazione molecolare.

#### **Indicatori delle attività di sorveglianza per la valutazione dei Direttori Generali**

Indicatore	Standard
------------	----------



Tempestività	≥80% di casi notificati entro 24 ore dalla diagnosi
Proporzione di casi di malattia batterica invasiva per cui è stata effettuata l'indagine epidemiologica/ soggetti dimessi con diagnosi di meningite meningococcica (ICD9-CM: 036.0), meningite da <i>Haemophilus influenzae</i> (ICD9-CM: 320.0), meningite pneumococcica (ICD9-CM: 320.1), sepsi da meningococco (ICD9-CM: 036.2), sepsi da <i>Haemophilus influenzae</i> (ICD9-CM: 038.41), sepsi da pneumococco (ICD9-CM: 038.2), polmonite da <i>Haemophilus influenzae</i> (ICD9-CM: 482.2) e polmonite pneumococcica (ICD9-CM: 481.x)	100%
Proporzione di casi di malattia batterica invasiva per cui è stata compilata la Scheda di Sorveglianza delle meningiti batteriche e delle malattie invasive da meningococco, pneumococco, emofilo / soggetti dimessi con diagnosi di meningite meningococcica (ICD9-CM: 036.0), meningite da <i>Haemophilus influenzae</i> (ICD9-CM: 320.0), meningite pneumococcica (ICD9-CM: 320.1), sepsi da meningococco (ICD9-CM: 036.2), sepsi da <i>Haemophilus influenzae</i> (ICD9-CM: 038.41), sepsi da pneumococco (ICD9-CM: 038.2), polmonite da <i>Haemophilus influenzae</i> (ICD9-CM: 482.2) e polmonite pneumococcica (ICD9-CM: 481.x)	100%
Proporzione di casi di malattia batterica invasiva per cui è stato inviato il campione biologico al laboratorio di riferimento regionale/ soggetti dimessi con diagnosi di meningite meningococcica (ICD9-CM: 036.0), meningite da <i>Haemophilus influenzae</i> (ICD9-CM: 320.0), meningite pneumococcica (ICD9-CM: 320.1), sepsi da meningococco (ICD9-CM: 036.2), sepsi da <i>Haemophilus influenzae</i> (ICD9-CM: 038.41), sepsi da pneumococco (ICD9-CM: 038.2), polmonite da <i>Haemophilus influenzae</i> (ICD9-CM: 482.2) e polmonite pneumococcica (ICD9-CM: 481.x)	100%

### ***Sorveglianza dell'influenza stagionale***

La Regione Puglia aderisce ai sistemi di sorveglianza epidemiologica e virologica della sindrome influenzale INFLUNET, coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) in collaborazione con il Centro Interuniversitario per la Ricerca sull'Influenza (CIRI) di Genova e il sostegno del Ministero della Salute.

L'obiettivo della sorveglianza epidemiologica è stimare l'incidenza settimanale della sindrome influenzale durante la stagione invernale in modo da rilevare la durata e l'intensità dell'epidemia.

Gli obiettivi della sorveglianza virologica sono: monitorare la circolazione dei diversi tipi e sottotipi di virus influenzali nelle diverse aree geografiche e nei diversi periodi della stagione epidemica, valutare l'omologia antigenica tra ceppi epidemici e ceppi vaccinali attraverso analisi sierologiche e molecolari su campioni clinici prelevati dai pazienti con sintomatologia influenzale.

L'ISS coordina a livello nazionale l'aggregazione settimanale dei dati raccolti, li analizza e produce un rapporto settimanale con i risultati nazionali.

I dati raccolti ed elaborati a livello nazionale sono resi disponibili agli Organismi di riferimento Internazionale (OMS, ECDC) e pubblicati settimanalmente per l'intero periodo epidemico sul sito del Ministero della Salute.

Il coordinamento del sistema di sorveglianza a livello regionale è affidato all'Osservatorio Epidemiologico Regionale.

Il sistema di monitoraggio settimanale si basa su una rete sentinella di Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS) individuati dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale.

L'Osservatorio Epidemiologico Regionale comunica, entro il 15 settembre di ogni anno, alle Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie Locali e all'Assessorato al Welfare – Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione - l'elenco dei MMG e PLS che hanno aderito al sistema di sorveglianza.

La sorveglianza viene effettuata a partire dalla 42° settimana dell'anno fino alla 17° settimana dell'anno successivo utilizzando la seguente definizione di caso:

*Affezione respiratoria acuta ad esordio brusco ed improvviso con febbre  $\geq 38^{\circ}\text{C}$  accompagnata da almeno un sintomo tra i seguenti:*

- *cefalea*
- *malessere generalizzato*
- *sensazione di febbre (sudorazione, brividi)*
- *astenia*

*e da almeno uno dei seguenti sintomi respiratori:*

- *tosse*
- *faringodinia*
- *congestione nasale*

Per la diagnosi clinica di influenza nel bambino è importante considerare quanto indicato per gli adulti tenendo conto che:

- 1) i bambini più piccoli non sono in grado di descrivere la sintomatologia sistemica che invece si può manifestare con irritabilità, pianto, inappetenza;
- 2) nel lattante l'influenza è spesso accompagnata da vomito e diarrea e solo eccezionalmente da febbre;
- 3) occhi arrossati e congiuntivite sono caratteristici dell'influenza nei bambini in età prescolare, in caso di febbre elevata;
- 4) nel bambino di 1-5 anni la sindrome influenzale si associa frequentemente a laringotracheite e bronchite e a febbre elevata.

Ai medici sentinella è richiesto di identificare e annotare giornalmente, sul proprio registro cartaceo, ogni nuovo paziente che risponda alle definizioni di caso.

Le informazioni individuali raccolte vengono aggregate e i totali trasmessi ogni settimana al Centro di Riferimento Nazionale.

Per consentire una stima corretta dell'incidenza dell'influenza è necessario che il medico comunichi anche l'eventuale assenza di casi per quella specifica settimana (zero reporting), nonché il numero di assistiti allo stato in carico, utilizzato per il calcolo del denominatore.

Inoltre, i medici aderenti alla rete INFLUNET collaborano al monitoraggio della circolazione dei virus influenzali per l'intero periodo di sorveglianza, effettuando un tampone faringeo ai pazienti con sintomatologia influenzale in fase acuta (rialzo febbrile). Il tampone con mezzo di trasporto e relativa scheda raccolta dati viene inviato al laboratorio di riferimento regionale; ogni medico effettua almeno 3 tamponi.

L'Osservatorio Epidemiologico Regionale verifica l'effettiva partecipazione al sistema da parte dei medici sentinella e invia idonea attestazione alle Direzioni Generali delle ASL.

Inoltre, l'Osservatorio Epidemiologico Regionale provvede a inviare, entro il 30 maggio di ogni anno, una relazione finale all'Assessorato al Welfare sulle attività di sorveglianza dell'influenza sviluppate nella precedente stagione.

#### **Indicatori delle attività di sorveglianza per la valutazione dei Direttori Generali**

<b>Indicatore</b>	<b>Standard</b>
Proporzione di popolazione sotto sorveglianza	>2%
Numero di medici che hanno inviato almeno 3 tamponi al laboratorio di riferimento regionale	>60%

#### ***Sorveglianza dei casi gravi e complicati di influenza***

A seguito della pandemia influenzale del 2009, il Ministero della Salute, sulla scorta delle indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e del Centro europeo per il controllo e la prevenzione delle malattie (ECDC), ha stabilito un sistema di sorveglianza dei casi gravi e complicati e dei decessi per influenza.

Ai fini della sorveglianza, si definiscono forme gravi e complicate di influenza quelle in soggetti ricoverati in Unità di Terapia Intensiva (UTI) e/o in terapia in ECMO che presentano:

- grave infezione respiratoria acuta (SARI): casi di sindrome simil-influenzale e difficoltà respiratoria che richiedono un ricovero ospedaliero in UTI;
- sindrome da distress respiratorio acuto (ARDS): sindrome infiammatoria polmonare, caratterizzata da lesioni alveolari diffuse ed aumento della permeabilità dei capillari polmonari, con incremento dell'acqua polmonare extracapillare, definito come edema polmonare non cardiaco. Clinicamente l'ARDS è caratterizzata da una dispnea grave, tachipnea e cianosi;
- nonostante la somministrazione di ossigeno, riduzione della "compliance" polmonare ed infiltrati polmonari bilaterali diffusi a tutti i segmenti. Secondo l'American European Consensus Conference la diagnosi di ARDS può essere posta qualora siano presenti i seguenti criteri:
  - o insorgenza acuta della malattia;

- o indice di ossigenazione PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> inferiore a 200 mmHg, indipendentemente dal valore PEEP (Positive End Expiratory Pressure);
- o infiltrati bilaterali alla radiografia toracica in proiezione antero-posteriore;
- o pressione di chiusura dei capillari polmonari (PCWP) inferiore a 18 mmHg, escludendo un'origine cardiaca dell'edema polmonare.

Il medico della struttura ospedaliera che effettua diagnosi di forma grave o complicata o decesso per influenza provvede:

- all'invio immediato (entro 3 ore dal sospetto diagnostico) della scheda di segnalazione (secondo il modello allegato alla annuale Circolare Ministeriale) all'Osservatorio Epidemiologico Regionale;
- all'effettuazione di un tampone faringeo da inviare, unitamente ad una scheda dati, al laboratorio di riferimento regionale.

L'Osservatorio Epidemiologico Regionale invia, per tutta la durata della stagione influenzale, un report settimanale all'Assessorato al Welfare, alle ASL, al Ministero della Salute e all'Istituto Superiore di Sanità e una relazione annuale per l'Assessorato al Welfare da predisporre entro il 30 maggio di ogni anno, fermo restando le comunicazioni di routine da parte delle AA.SS.LL. all'Assessorato al Welfare Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione.

**Indicatori delle attività di sorveglianza per la valutazione dei Direttori Generali**

<b>Indicatore</b>	<b>Standard</b>
Proporzione di casi di forme gravi e complicate di influenza per cui è stata inviata la scheda di segnalazione all'Osservatorio Epidemiologico Regionale/ soggetti dimessi con diagnosi di influenza (ICD9-CM: 487.x) e insufficienza respiratoria (ICD9-CM: 518.5)	>80%
Proporzione di casi di forme gravi e complicate di influenza per cui è stato inviato un tampone faringeo al laboratorio di riferimento regionale/ soggetti dimessi con diagnosi di influenza (ICD9-CM: 487.x) e insufficienza respiratoria (ICD9-CM: 518.5)	>80%

***Sorveglianza delle gastroenteriti in età pediatrica***

Le infezioni gastrointestinali, nei paesi industrializzati, sono responsabili di elevata morbosità con notevoli costi sanitari e sociali legati a possibili ospedalizzazioni e all'assenza dal lavoro o da scuola. Nei paesi in via di sviluppo tali affezioni sono causa di elevata mortalità soprattutto in età pediatrica (oltre 1 milione e mezzo di decessi all'anno).

È ormai largamente consolidato che la maggior parte delle gastroenteriti acute riconosca un'eziologia virale. I principali agenti virali di gastroenterite acuta sono *Rotavirus*, *Norovirus*, *Adenovirus* enterici e *Astrovirus*, responsabili di manifestazioni che possono assumere carattere di tipo sporadico o epidemico.

In Italia, non esiste attualmente un sistema di sorveglianza delle gastroenteriti acute ad eziologia virale e, pertanto, i dati sull'incidenza reale di tale patologia nella popolazione pediatrica sono largamente sottostimati.

La sorveglianza epidemiologica delle gastroenteriti virali, pertanto, risulta importante in termini di sanità pubblica anche per tracciare l'origine di focolai epidemici e per delineare efficaci strategie preventive.

L'attuale disponibilità di vaccini anti-rotavirus impone, infatti, di definire il fenomeno dal punto di vista epidemiologico per impostare valutazioni farmacoeconomiche riguardo la loro introduzione nei programmi di immunizzazione e per verificarne l'efficacia sul campo.

L'Osservatorio Epidemiologico Regionale coordina un sistema di sorveglianza attiva continua di tutte le gastroenteriti acute ospedalizzate nella popolazione di età ≤ 15 anni.

La definizione di caso da utilizzare ai fini della sorveglianza è la seguente:

*Paziente di età inferiore ai 15 anni residente in Puglia con almeno 3 scariche di diarrea nelle 24 ore accompagnate da uno o più dei seguenti sintomi: febbre ≥38°C, vomito, nausea, dolori addominali, cefalea.*

I medici delle strutture pediatriche che identificano soggetti rispondenti alle definizioni di caso compilano una scheda di segnalazione, da trasmettere all'Osservatorio Epidemiologico Regionale, e

invisano al laboratorio di riferimento regionale un campione di feci per l'accertamento diagnostico e la tipizzazione molecolare dell'agente.

### ***Sorveglianza sindromica e profilassi immunitaria nelle strutture di accoglienza degli immigrati***

La Regione Puglia garantisce, tramite l'Osservatorio Epidemiologico Regionale, la sorveglianza epidemiologica dei migranti residenti o in transito sul territorio regionale.

In Puglia sono attualmente attivi tre Centri di Accoglienza per Richiedenti Asilo Politico (Bari Palese, Foggia Borgo Mezzanone, Brindisi Restinco) e un Centro di Identificazione ed Espulsione, sito in Bari, oltre diverse realtà abitative di minore recettività diffuse sul territorio regionale.

L'OER garantisce il periodico censimento di queste strutture di alloggio e, con riferimento ai centri di maggiore recettività, l'attività di sorveglianza sindromica prevista con Circolare del Ministero della Salute n. DGPREV/V/8636 del 7 aprile 2011. Inoltre, con riferimento al Centro di Bari Palese - il più grande del territorio regionale - l'Osservatorio Epidemiologico Regionale cura il *depistage* immunitario e la vaccinazione dei minori e dei nuclei familiari, nonché la sorveglianza della tubercolosi.

Il protocollo delle attività di **sorveglianza sindromica** prevede che ogni giorno il Referente Sanitario della struttura di accoglienza compili ed invii all'Osservatorio Epidemiologico Regionale le schede di segnalazione, redatte sul modello allegato alla Circolare del Ministero della Salute n. DGPREV/V/8636 del 7 aprile 2011 e riportanti la suddivisione della popolazione residente nel centro per fascia d'età e il numero di casi di malattie infettive, divisi secondo 13 quadri sindromici, indicati nella citata circolare, osservati nel giorno precedente.

L'Osservatorio Epidemiologico Regionale invia un report settimanale delle attività di sorveglianza sindromica al Ministero della Salute, all'Istituto Superiore di Sanità e all'Assessorato al Welfare.

Le attività di *depistage* immunitario ai residenti presso il Centro di Accoglienza di Bari Palese sono pianificate e svolte in collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione della ASL Bari.

Mensilmente, l'Osservatorio Epidemiologico Regionale effettua sedute di *depistage* immunitario (finalizzate alla sorveglianza epidemiologica e alla pianificazione delle attività vaccinali) rivolte ai minori presenti con l'utilizzo di modulistica standardizzata per l'anamnesi, l'acquisizione del consenso/dissenso informato, l'annotazione dei risultati dei test sierologici e la registrazione delle vaccinazioni eseguite.

I prelievi di sangue per la determinazione dello stato immunitario nei confronti delle malattie vaccino-prevenibili sono eseguiti presso l'ambulatorio del centro mentre i test vengono effettuati presso l'U.O.C. Igiene dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Bari, come previsto dalla nota dell'Assessorato alle Politiche della Salute del 23/2/2011 prot. n. 24/109/SP.

L'Osservatorio Epidemiologico Regionale invia, entro il 28 febbraio di ogni anno, all'Assessorato al Welfare una relazione sulle attività svolte nell'anno precedente.

### ***Sorveglianza della Sindrome Emolitico Uremica***

L'epidemia di Sindrome Emolitico Uremica verificatasi nell'agosto 2013 ha reso necessaria l'istituzione sul territorio regionale di un sistema di sorveglianza *ad hoc* coordinato dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale e basato sulla rete delle Unità Operative di Pediatria e Nefrologia della Regione Puglia.

Le direzioni delle strutture ospedaliere individuano, a richiesta dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale, un referente per le attività di sorveglianza, incaricato di segnalare per vie brevi telefoniche tutti i casi corrispondenti alla seguente definizione di caso:

- *Criteri clinici*: qualsiasi persona che presenti un blocco renale acuto e almeno una delle seguenti due manifestazioni:
  - o anemia emolitica microangiopatica;
  - o trombocitopenia.
- *Criteri di laboratorio*: almeno uno dei seguenti quattro criteri:
  - o isolamento di E. coli produttori di Shiga-tossine/verocitotossine (STEC/VTEC);
  - o identificazione dei geni stx1 o stx2;
  - o identificazione di Shiga-tossine libere;
  - o risposta anticorpale specifica ai sierogruppi di E. coli.
- *Criteri epidemiologici*: almeno una delle seguenti cinque correlazioni epidemiologiche:
  - o trasmissione interumana;
  - o esposizione a una fonte comune;
  - o trasmissione da animale a uomo;
  - o esposizione ad alimenti o ad acqua da bere contaminati;
  - o esposizione ambientale.

Al fine della classificazione di caso, si definisce:

- Caso possibile: qualsiasi persona che soddisfi i criteri clinici;
- Caso probabile: qualsiasi persona che soddisfi i criteri clinici e presenti una correlazione epidemiologica o caso confermato in laboratorio senza criteri clinici;
- Caso confermato: qualsiasi persona che soddisfi i criteri clinici e di laboratorio.

L'Osservatorio Epidemiologico Regionale, dopo aver tempestivamente informato la struttura regionale competente, effettua l'indagine epidemiologica, compila la scheda di sorveglianza e la invia all'Istituto Superiore di Sanità, all'Assessorato al Welfare e al Dipartimento di Prevenzione territorialmente competente.

Il referente della struttura provvede altresì alla raccolta e all'invio al laboratorio di riferimento regionale di un campione di feci e di un tampone faringeo per l'accertamento diagnostico.

**Indicatori delle attività di sorveglianza per la valutazione dei Direttori Generali**

<b>Indicatore</b>	<b>Standard</b>
Designazione del referente per la sorveglianza attiva presso le strutture ospedaliere di Pediatria e Nefrologia	1 referente per ogni struttura designato dal direttore della struttura
Numero di casi di SEU segnalati al sistema/ soggetti dimessi con diagnosi di sindrome emolitico uremica (ICD9-CM: 283.11)	100%
Numero di casi di SEU per cui è stato eseguito l'accertamento diagnostico presso il laboratorio di riferimento regionale/ soggetti dimessi con diagnosi di sindrome emolitico uremica (ICD9-CM: 283.11)	100%

***Sorveglianza delle nuove infezioni da HIV***

Il Decreto del Ministero della Salute del 31 marzo 2008 aggiunge la notifica obbligatoria delle nuove infezioni/nuove diagnosi da HIV all'elenco delle malattie di classe III del Decreto Ministeriale 15 dicembre 1990.

La sorveglianza delle nuove infezioni/nuove diagnosi da HIV in Puglia è stata attivata a partire dal 1 gennaio 2009, inizialmente prevedendo la trasmissione cartacea delle segnalazioni; a partire da aprile 2012 la segnalazione avviene per via telematica.

Per la definizione di caso di infezione da HIV vengono utilizzati i criteri presenti nella classificazione CDC del 1993 (<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00018871.htm>).

Per gli adolescenti e gli adulti è necessaria la presenza di almeno uno tra:

- Positività del test di screening per HIV (enzyme immunoassay) e test di conferma (immunoblotting);
- Identificazione diretta del virus nei tessuti;
- Positività per HIV-RNA nel sangue.

Per la definizione di infezione da HIV nei neonati e bambini è necessaria l'identificazione del virus nel sangue o nei tessuti qualora si tratti di soggetti entro il 15° mese di vita, in considerazione sia della positività sierologica legata alla persistenza di anticorpi materni per diversi mesi dopo la nascita, sia di lungo periodo di falsa negatività sierologica (che può prolungarsi per tutto il primo anno di vita) con ogni probabilità dovuto alla alterazione delle cellule B.

L'Osservatorio Epidemiologico Regionale è il centro di referenza della Regione Puglia; la rete delle strutture di sorveglianza è costituita dalle Unità Operative di Malattie Infettive della Regione Puglia. A richiesta dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale, le direzioni delle strutture provvedono ad individuare, per ognuna delle Unità Operative della rete, un referente per le attività di sorveglianza.



I medici delle strutture di Malattie Infettive che fanno diagnosi di nuova infezione da HIV provvedono alla compilazione della scheda di notifica presente nell'All.2 del DMS 31/03/08; nella compilazione della schede non devono essere indicati i dati anagrafici del soggetto ma deve essere riportato un codice identificativo criptato costituito dalla I e dalla III lettera del cognome, I e III lettera del nome, data di nascita (ggmmaa), sesso (M o F).

I centri clinici di Malattie Infettive che diagnosticano l'infezione da HIV e studiano i pazienti, sono stati censiti con nota Prot. 24/16943/1 del 18/09/2008 dalla Regione Puglia. Ad ogni centro clinico è stato assegnato un codice regionale (All.2 nota Prot.24/16943/1 del 18/09/2008 dalla Regione Puglia).

Le schede vengono inviate all'Osservatorio Epidemiologico Regionale che raccoglie ed elabora i dati aggregati per età e sesso e li invia annualmente all'Assessorato Regionale al Welfare e al COA (Centro Operativo AIDS).

### ***Sorveglianza delle paralisi flaccide acute***

L'obiettivo del sistema di sorveglianza delle paralisi flaccide acute è il monitoraggio della eliminazione dei poliovirus selvaggi sul territorio nazionale, dopo la certificazione della Regione Europea dell'OMS di area *polio-free* nel 2002.

La sorveglianza prevede la identificazione e immediata segnalazione al Ministero della Salute e all'Istituto Superiore di Sanità di tutti casi di paralisi flaccida ad insorgenza acuta in soggetti di età compresa tra 0 e 14 anni.

In ciascuna Regione è stato individuato un centro di referenza ed è stata definita una rete di ospedali a cui afferiscono i casi di paralisi flaccida in età pediatrica.

L'Osservatorio Epidemiologico Regionale coordina la rete delle strutture di sorveglianza costituita dalle Unità Operative di Pediatria, Neonatologia e Neurologia della Regione Puglia.

Le direzioni delle strutture ospedaliere individuano, a richiesta dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale, un referente per le attività di sorveglianza, incaricato di segnalare per vie brevi telefoniche tutti i casi corrispondenti alla seguente definizione di caso:

*Soggetto di età inferiore ai 15 anni, affetto da paralisi flaccida acuta dovuta a qualsiasi eziologia (Sindrome di Guillain-Barré, polineurite, mielite trasversa, trauma, compressione spinale, infezioni da altri virus o batteri, intossicazioni, etc.)*

*oppure*

*Ogni caso di sospetta polio in persone di tutte le età.*

L'Osservatorio Epidemiologico Regionale effettua l'indagine, compila la scheda di sorveglianza e accerta lo stato vaccinale.

Il referente provvede altresì alla raccolta, entro 14 giorni dall'inizio della paralisi e a 24 ore di distanza l'uno dall'altro, di due campioni di feci, anche nei casi in cui sia esclusa l'eziologia

infettiva (trauma, compressione spinale, polineurite, patologie demielinizzanti, malattie sistemiche e metaboliche, etc.), e al loro invio presso l'Osservatorio Epidemiologico Regionale.

L'Osservatorio Epidemiologico Regionale provvede all'invio dei campioni di feci e delle schede di segnalazione all'Istituto Superiore di Sanità, nonché al follow-up a 60 giorni dalla segnalazione.

L'Osservatorio Epidemiologico Regionale invia all'Assessorato al Welfare, entro il 28 febbraio di ogni anno, un report sulle attività di sorveglianza delle paralisi flaccide acute svolte nell'anno precedente.

#### **Indicatori delle attività di sorveglianza per la valutazione dei Direttori Generali**

<b>Indicatore</b>	<b>Standard</b>
Designazione del referente per la sorveglianza attiva presso le strutture ospedaliere di Pediatria, Neonatologia e Neurologia	1 referente per ogni struttura designato dal direttore della struttura
Numero di casi per cui sono disponibili campioni di feci/ numero di casi notificati	>80%
Numero di campioni pervenuti al laboratorio entro 72 ore dalla raccolta/ numero totale campioni	>80%

#### ***Sorveglianza della pertosse***

L'attuale scenario epidemiologico è caratterizzato da una importante recrudescenza della pertosse nei bambini di età inferiore ad 1 anno, negli adolescenti e negli adulti.

Il Centro Europeo per il Controllo delle Malattie (ECDC) di Stoccolma richiede di implementare anche nel nostro Paese la capacità diagnostica nei confronti del *B. pertussis*. Quest'azione, concertata in cooperazione con l'ECDC e nell'ambito della rete europea che si occupa della sorveglianza delle malattie prevenibili con le vaccinazioni per l'infanzia (EUVACNET), ha l'obiettivo di uniformare i criteri diagnostici a livello europeo per questa patologia che ancora miete vittime in Europa, soprattutto nella primissima infanzia.

I Servizi di Igiene e Sanità Pubblica delle ASL, con il coordinamento dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale, curano un sistema di sorveglianza speciale dei casi di pertosse.

La definizione di caso da utilizzare per la sorveglianza è la seguente:

- *Criteri clinici*: bambino con episodi di apnea ovvero qualsiasi persona che presenti tosse da almeno due settimane e almeno una delle seguenti tre manifestazioni:
  - tosse parossistica;
  - sibilo inspiratorio;
  - vomito dopo la tosse.
- *Criteri di laboratorio*: almeno uno dei seguenti tre criteri:

- o isolamento di *Bordetella pertussis* da un campione clinico;
  - o identificazione dell'acido nucleico di *Bordetella pertussis* in un campione clinico;
  - o risposta anticorpale specifica alla *Bordetella pertussis*.
- *Criteri epidemiologici*: trasmissione interumana.

Pertanto, la classificazione dei casi avviene come segue:

- Caso possibile: qualsiasi persona che soddisfi i criteri clinici;
- Caso probabile: qualsiasi persona che soddisfi i criteri clinici e presenti una correlazione epidemiologica;
- Caso confermato: qualsiasi persona che soddisfi i criteri clinici e di laboratorio.

Il medico che osservi un paziente corrispondente alle definizioni di caso possibile, probabile o confermato, deve segnalare il caso al Servizio di Igiene e Sanità Pubblica. Il medico del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica provvede a:

- effettuare l'indagine epidemiologica;
- compilare la scheda di notifica;
- inviare la scheda di notifica e le informazioni sull'indagine epidemiologica all'Osservatorio Epidemiologico Regionale;
- effettuare un tampone faringeo o un aspirato naso-faringeo da inviare al laboratorio di riferimento regionale.

Per i casi sospetti è indicata la restrizione dei contatti con soggetti suscettibili, particolarmente se si tratta di bambini di età inferiore ad 1 anno, per almeno 5 giorni dall'inizio di adeguata terapia antibiotica (eritromicina per 14 giorni).

Il medico del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica provvede a identificare i contatti stretti del caso; per quelli di età inferiore a 7 anni, a prescindere dallo stato vaccinale, deve essere proposta attivamente e gratuitamente la chemioprophilassi con eritromicina. È consigliata la restrizione della frequenza scolastica e di altre collettività infantili dei contatti non adeguatamente vaccinati per 14 giorni dall'ultima esposizione o per 5 giorni dall'inizio di un ciclo di antibiotico profilassi con eritromicina.

L'Osservatorio Epidemiologico Regionale trasmette semestralmente all'Assessorato al Welfare il riepilogo delle attività di sorveglianza della pertosse, nell'ambito del flusso informativo previsto per la sorveglianza routinaria delle malattie infettive.

#### **Indicatori delle attività di sorveglianza per la valutazione dei Direttori Generali**

<b>Indicatore</b>	<b>Standard</b>
Tempestività	≥80% di casi notificati entro 48 ore dalla diagnosi
Proporzione di casi di pertosse per cui è stato inviato un tampone faringeo al laboratorio di riferimento/ numero di casi di pertosse notificati	≥80%

### ***Sorveglianza dei patogeni respiratori emergenti***

Negli ultimi anni è stato segnalato dalle autorità sanitarie nazionali e internazionali, un ampio numero di patogeni respiratori emergenti (SARS, Mers-Co-V, Influenza A/H1N1v pdm09, Influenza A/H7N9) responsabili di casi sporadici (spesso di importazione) ovvero cluster epidemici. Pur in assenza di sistemi di sorveglianza specifici, il medico che osservi pazienti per i quali esista un sospetto di affezione respiratoria da patogeno emergente (secondo le indicazioni fornite nelle circolari del Ministero della Salute) è tenuto a darne comunicazione all'Osservatorio Epidemiologico Regionale entro 24 ore, nonché all'esecuzione di un tampone faringeo da inviare al laboratorio di riferimento.

### ***Laboratorio regionale di riferimento***

Il laboratorio di riferimento per le attività di sorveglianza speciale delle malattie infettive è individuato presso l'U.O.C. Igiene dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Bari. Al fine di garantire le funzioni previste dal presente documento, il Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico garantisce che l'U.O.C. Igiene eroghi le seguenti prestazioni:

Sorveglianza integrata del morbillo e della rosolia e Sorveglianza della rosolia congenita e dell'infezione da virus della rosolia in gravidanza	<ul style="list-style-type: none"> <li>• NESTED PCR Virus Rubeolico</li> <li>• NESTED PCR Virus Morbillo</li> <li>• NESTED PCR Virus Parotite</li> <li>• sierologia (IgG- IgM) Virus Rubeolico</li> <li>• sierologia (IgG- IgM) Virus Morbillo</li> <li>• sierologia (IgG – IgM) Virus Parotite</li> </ul>
Sorveglianza dei casi umani delle malattie trasmesse da vettori (Arbovirosi) con particolare riferimento alla <i>Chikungunya</i> , <i>Dengue</i> e <i>West Nile Disease</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• real time PCR Dengue</li> <li>• real time PCR Chikungunya</li> <li>• sierologia (IgG- IgM) Dengue</li> <li>• sierologia (IgG- IgM) Chikungunya</li> <li>• real time PCR WNV</li> <li>• sierologia (IgG- IgM) WNV</li> </ul>
Sorveglianza dell'epatite A	<ul style="list-style-type: none"> <li>• NESTED PCR per HAV-RNA</li> </ul>
Sorveglianza delle malattie batteriche invasive da <i>Haemophilus influenzae</i> , meningococco, pneumococco e delle forme invasive di listeriosi	Diagnostica molecolare (Multiplex PCR) e "genotipizzazione" <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Streptococcus pneumoniae</i></li> <li>• <i>Haemophilus influenzae</i></li> <li>• <i>Neisseria meningitidis</i></li> <li>• <i>Listeria monocytogenes</i></li> </ul>

Sorveglianza dell'influenza stagionale e sorveglianza dei casi gravi e complicati di influenza	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A H1/N1 (Real time PCR)</li> <li>• Virus Influenza A (Real time PCR)</li> <li>• Virus Influenza B (Real time PCR)</li> <li>• H7N9</li> <li>• H5N1</li> </ul>
Sorveglianza delle gastroenteriti in età pediatrica	<p>Diagnostica molecolare (multiplex- PCR) per</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Rotavirus</i></li> <li>• <i>Norovirus</i></li> <li>• <i>Adenovirus enterici</i></li> <li>• <i>Astrovirus</i></li> <li>• <i>Vibrio spp.</i></li> <li>• <i>Clostridium difficile</i> tossina B</li> <li>• <i>Salmonella spp.</i></li> <li>• <i>Campylobacter spp.</i></li> <li>• <i>Clostridium perfringens</i></li> <li>• <i>Yersinia enterocolitica</i></li> <li>• <i>E. coli</i> O157: H7</li> <li>• <i>VTEC</i></li> <li>• <i>Aeromonas spp</i></li> </ul>
Sorveglianza sindromica e profilassi immunitaria nelle strutture di accoglienza degli immigrati	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Epatite A (IgG- IgM)</li> <li>• Epatite B (IgG- IgM)</li> <li>• Epatite C</li> <li>• HIV</li> <li>• Morbillo (IgG- IgM)</li> <li>• Rosolia (IgG- IgM)</li> <li>• Parotite (IgG- IgM)</li> <li>• Varicella (IgG- IgM)</li> </ul>
Sorveglianza della Sindrome Emolitico Uremica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PCR per VTEC e O157:H7</li> </ul>
Sorveglianza delle nuove infezioni da HIV	<ul style="list-style-type: none"> <li>• HIV-1/2/AGP24 (screening 4° generazione)</li> <li>• Inno-Lia antiHIV ½ (test conferma)</li> <li>• HIV-RNA (real time PCR)</li> </ul>
Sorveglianza della pertosse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• NESTED PCR per <i>B.pertussis</i> e <i>B.parapertussis</i></li> </ul>
Sorveglianza dei patogeni respiratori emergenti	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Metapneumovirus (Real time PCR)</li> <li>• Adenovirus (Real time PCR)</li> <li>• <i>Clamidia pneumoniae</i> (Real time PCR)</li> <li>• <i>Legionella pneumophila</i> (Real</li> </ul>

	time PCR) <ul style="list-style-type: none"><li>• Mycoplasma pneumoniae (Real time PCR)</li><li>• RSV (Real time PCR)</li><li>• Coronavirus OC43/229E/NL63</li><li>• Rhinovirus ABC</li><li>• Enterovirus</li><li>• Bocavirus 1/2/3/4</li><li>• Mers- CoV( Real time PCR)</li></ul>
--	---

Le prestazioni sopraelencate sono effettuate a titolo gratuito, vengono registrate nel sistema gestionale dell'U.O.C e nel manuale di qualità dell'U.O.C.

Il Direttore dell'U.O.C. Igiene dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Bari comunica alle Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie le modalità operative di invio dei campioni biologici per gli accertamenti diagnostici, entro 30 giorni dall'approvazione del presente documento.



## Piano Nazionale di Eliminazione del Morbillo e della Rosolia Congenita

## Scheda di Sorveglianza Integrata MORBILLO - ROSOLIA

Primo invio  Aggiornamento, alla data: |\_\_|\_\_|\_\_|

Caso sospetto di:  MORBILLO  ROSOLIA

**DATI DELLA SEGNALAZIONE**

Regione: |\_\_\_\_\_| Asl: |\_\_\_\_\_| Comune: |\_\_\_\_\_|

Medico segnalatore: |\_\_\_\_\_| Data di segnalazione alla Asl: |\_\_|\_\_|\_\_|

**DATI ANAGRAFICI**

Cognome: |\_\_\_\_\_| Nome: |\_\_\_\_\_| Sesso:  M  F

Data di nascita: |\_\_|\_\_|\_\_| Nazione di Nascita: |\_\_\_\_\_|

se estera, Anno di arrivo in Italia: |\_\_|\_\_|\_\_| Cittadinanza: |\_\_\_\_\_|

Codice Fiscale: |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

**DOMICILIO**

Comune: |\_\_\_\_\_| Provincia: |\_\_\_\_\_| Regione: |\_\_\_\_\_|

**RESIDENZA** (se diversa dal domicilio)

Comune: |\_\_\_\_\_| Provincia: |\_\_\_\_\_| Regione: |\_\_\_\_\_|

Collettività frequentata			Nome Collettività	Comune
<input type="checkbox"/> Scuola	Personale scolastico <input type="checkbox"/>	Studente <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Ospedale	Personale Sanitario <input type="checkbox"/>	Ricoverato <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Struttura recettiva	Personale Struttura <input type="checkbox"/>	Ospite <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Altro, specificare  _____	Personale Struttura <input type="checkbox"/>	Ospite <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Campo nomadi				

**STATO VACCINALE**

Precedente vaccinazione contro il **morbillo**:  Sì  No  Non ricordo

da inviare, opportunamente compilata, all'indirizzo mail:

malinf@oerpuglia.org

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

Vaccinazione contro il morbillo verificata da certificato vaccinale:  Si  No

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

se si, Data ultima dose:

Vaccinazione contro la rosolia verificata da certificato vaccinale:  Si  No

**DATI CLINICI**

Comune insorgenza sintomi:

Esantema maculo papulare:  Si  No Data comparsa esantema:

Febbre:  Si  No Data comparsa febbre:

Altri sintomi:

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

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

(adenopatia cervicale, suboccipitale, retroauricolare)

Altri sintomi, specificare:

In stato di gravidanza?:  Si  No se si, Data ultima mestruazione

*Si raccomanda di compilare l'apposita scheda di sorveglianza in presenza di un caso di rosolia in donna in gravidanza*

**CONFERMA DI LABORATORIO**

Effettuati esami di laboratorio per la diagnosi di **morbillo**?:  Si  No

MORBILLO			
Tipo di Esame	Data raccolta campione	Esito	Tipo di campione
<input type="checkbox"/> Ricerca IgM <i>Elisa</i> <input type="checkbox"/> <i>Altro</i> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Borderline/Indeterminato <input type="checkbox"/>	Siero o Sangue <input type="checkbox"/> Saliva o Fluidi orali <input type="checkbox"/> Altro <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Ricerca IgG* <i>Elisa</i> <input type="checkbox"/> <i>Altro</i> <input type="checkbox"/>	1°: <input type="text"/> 2°: <input type="text"/>	Pos <input type="checkbox"/> Solo se aumento di 4 volte del titolo anticorpale o Sieroconversione Neg <input type="checkbox"/> in tutti gli altri casi	Siero o Sangue <input type="checkbox"/> Saliva o Fluidi orali <input type="checkbox"/> Altro <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> PCR	<input type="text"/>	Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/>	Siero o Sangue <input type="checkbox"/> Saliva o Fluidi orali <input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/> Altro <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Altro Test, <i>specificare</i> <input type="text"/>	<input type="text"/>	Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/>	Siero o Sangue <input type="checkbox"/> Saliva o Fluidi orali <input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/> Altro <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Genotipizzazione	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Ceppo: <input type="text"/>	



\* la misurazione delle IgG deve essere effettuata su due campioni, il primo prelevato in fase acuta e il secondo in fase convalescente. Il risultato è positivo se si verificano o una siero conversione o un aumento di almeno quattro volte del titolo anticorpale.

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

ROSOLIA			
Tipo di Esame	Data raccolta campione	Esito	Tipo di campione
<input type="checkbox"/> <b>Ricerca IgM</b> Elisa <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Borderline/Indeterminato <input type="checkbox"/>	Siero o Sangue <input type="checkbox"/> Saliva o Fluidi orali <input type="checkbox"/> Altro <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> <b>Ricerca IgG*</b> Elisa <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/>	1°: <input type="text"/> 2°: <input type="text"/>	Pos <input type="checkbox"/> Solo se aumento di 4 volte del titolo anticorpale o Sieroconversione Neg <input type="checkbox"/> in tutti gli altri casi	Siero o Sangue <input type="checkbox"/> Saliva o Fluidi orali <input type="checkbox"/> Altro <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> <b>PCR</b>	<input type="text"/>	Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/>	Siero o Sangue <input type="checkbox"/> Saliva o Fluidi orali <input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/> Altro <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> <b>Altro Test*</b> , specificare <input type="text"/>	<input type="text"/>	Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/>	Siero o Sangue <input type="checkbox"/> Saliva o Fluidi orali <input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/> Altro <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> <b>Genotipizzazione</b>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Ceppo: <input type="text"/>		

\* la misurazione delle IgG deve essere effettuata su due campioni, il primo prelevato in fase acuta e il secondo in fase convalescente. Il risultato è positivo se si verificano o una siero conversione o un aumento di almeno quattro volte del titolo anticorpale.

Invio campione al Laboratorio Periferico:  Si  No Data invio:

Invio campione al Laboratorio Regionale:  Si  No Data invio:

Invio campione al Laboratorio Nazionale:  Si  No Data invio:

**ESITO E COMPLICANZE**

**Complicanze:**

otite	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	cherato-congiuntivite	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
polmonite	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	laringotracheobronchite (croup)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
insuff. respiratoria	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	encefalite acuta	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
diarrea	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	convulsioni	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
stomatite	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	epatite/aumento transaminasi	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
trombocitopenia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	altro, specificare	<input type="text"/>

Esito:  Guarigione  Decesso  Reliquati  Perso al follow-up

se decesso, Data:  Causa:

se reliquati, Quali:

**RICOVERO**

Ricovero:  No  No, solo visita Pronto Soccorso  Si

Data di Ricovero:  Data di Dimissione:

**ORIGINE DEL CONTAGIO**

Il caso ha effettuato viaggi nei 7-23 giorni precedenti l'inizio dell'esantema:  Si  No

se si, dove:  Italia, specificare Regione: \_\_\_\_\_

Estero, specificare Nazione: \_\_\_\_\_

Quando, da: \_\_\_\_\_ a: \_\_\_\_\_

Il caso fa parte di un focolaio?  Si  No se si, indicare il focolaio: \_\_\_\_\_

Il paziente è stato a contatto con un altro caso confermato di morbillo (entro 7-18 giorni) o di rosolia (entro 12-23 giorni) prima dell'esordio dell'esantema?  Si, morbillo  Si, rosolia  No

se si, indicare il Cognome e Nome del contatto: \_\_\_\_\_

il contatto è un caso importato?  Si  No

se si, da quale nazione? \_\_\_\_\_

In quale comunità è avvenuto il contatto:

Famiglia  Scuola  Ospedale  Campo nomadi

Struttura recettiva  Pronto Soccorso/Sala d'attesa medico

Altro, specificare \_\_\_\_\_

In quale località è avvenuto il contatto:

Nella regione di residenza

In altra regione: dove: \_\_\_\_\_

All'estero: dove: \_\_\_\_\_

Non so

**CONTATTI CON DONNE IN GRAVIDANZA**

Nel periodo di contagiosità sopra riportato, il paziente è stato a contatto con una donna in gravidanza?  Si  No se si,

indicare il Cognome e Nome della donna : \_\_\_\_\_

**CLASSIFICAZIONE DEL CASO**

Caso di:  MORBILLO  ROSOLIA  NON caso

Classificazione finale del caso:  Possibile  Probabile  Confermato

Caso:  Importato  Autoctono: correlato ad un caso importato

Autoctono: correlato ad un caso autoctono

Autoctono: fonte non nota

**DATI DEL COMPILATORE**

Cognome e Nome: \_\_\_\_\_ Recapito Telefonico: \_\_\_\_\_

Note: \_\_\_\_\_

Data di notifica alla Regione: \_\_\_\_\_







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: Si No Non Noto  
 ha avuto una malattia simile alla rosolia?    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 <input type="checkbox"/>	Se effettuato:	
Tipo di campione	Data prelievo	Laboratorio	Metodo	Risultato
siero/sangue <input type="checkbox"/>	___/___/___	lab. rif. nazionale <input type="checkbox"/>	ELISA <input type="checkbox"/>	positivo <input type="checkbox"/>
saliva <input type="checkbox"/>		lab. rif. regionale <input type="checkbox"/>	altro <input type="checkbox"/> _____	negativo <input type="checkbox"/>
altro <input type="checkbox"/> specificare _____		altro <input type="checkbox"/> specificare _____		dubbio <input type="checkbox"/>
siero/sangue <input type="checkbox"/>	___/___/___	lab. rif. nazionale <input type="checkbox"/>	ELISA <input type="checkbox"/>	positivo <input type="checkbox"/>
saliva <input type="checkbox"/>		lab. rif. regionale <input type="checkbox"/>	altro <input type="checkbox"/> _____	negativo <input type="checkbox"/>
altro <input type="checkbox"/> specificare _____		altro <input type="checkbox"/> specificare _____		dubbio <input type="checkbox"/>
Ricerca anticorpi IgG rosolia-specifici		Non effettuato <input type="checkbox"/>	Se effettuato:	
Tipo di campione	Data prelievo	Laboratorio	Metodo e valori di riferimento	Risultato
siero/sangue <input type="checkbox"/>	___/___/___	lab. rif. nazionale <input type="checkbox"/>	_____	_____
altro <input type="checkbox"/> specificare _____		lab. rif. regionale <input type="checkbox"/>	_____	_____
siero/sangue <input type="checkbox"/>	___/___/___	lab. rif. nazionale <input type="checkbox"/>	_____	_____
altro <input type="checkbox"/> specificare _____		lab. rif. regionale <input type="checkbox"/>	_____	_____
siero/sangue <input type="checkbox"/>	___/___/___	lab. rif. nazionale <input type="checkbox"/>	_____	_____
altro <input type="checkbox"/> specificare _____		lab. rif. regionale <input type="checkbox"/>	_____	_____
altro <input type="checkbox"/> specificare _____		altro <input type="checkbox"/> specificare _____		_____
Isolamento virale da liquidi biologici		Non effettuato <input type="checkbox"/>	Se effettuato:	
Tipo di campione	Data prelievo	Laboratorio	Risultato	
siero/sangue <input type="checkbox"/>	___/___/___	lab. rif. nazionale <input type="checkbox"/>	positivo <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/>	
saliva <input type="checkbox"/> urine <input type="checkbox"/>		lab. rif. regionale <input type="checkbox"/>		
biopsia tissutale <input type="checkbox"/> specificare organo: _____		altro <input type="checkbox"/> specificare _____		
altro <input type="checkbox"/> specificare _____				
Identificazione del genoma virale (RT-PCR)		Non effettuato <input type="checkbox"/>	Se effettuato:	
Tipo di campione	Data prelievo	Laboratorio	Risultato	
siero/sangue <input type="checkbox"/>	___/___/___	lab. rif. nazionale <input type="checkbox"/>	positivo <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/>	
saliva <input type="checkbox"/> urine <input type="checkbox"/>		lab. rif. regionale <input type="checkbox"/>		
altro <input type="checkbox"/> specificare _____		altro <input type="checkbox"/> specificare _____		
<b>Genotipizzazione</b>				
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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







### Sezione 3 - ESAMI DI LABORATORIO

effettuati per confermare/escludere la diagnosi

<b>Ricerca degli anticorpi IgM rosolia-specifici</b> Non effettuato <input type="checkbox"/>		Se effettuato:	
<b>Tipo di campione</b>	<b>Data prelievo</b>	<b>Laboratorio</b>	<b>Metodo</b>
siero/sangue <input type="checkbox"/>	___/___/___	lab rif. nazionale <input type="checkbox"/>	ELISA <input type="checkbox"/>
saliva <input type="checkbox"/>		lab rif. regionale <input type="checkbox"/>	altro <input type="checkbox"/>
altro <input type="checkbox"/> specificare _____		altro <input type="checkbox"/> specificare _____	
siero/sangue <input type="checkbox"/>	___/___/___	lab rif. nazionale <input type="checkbox"/>	ELISA <input type="checkbox"/>
saliva <input type="checkbox"/>		lab rif. regionale <input type="checkbox"/>	altro <input type="checkbox"/>
altro <input type="checkbox"/> specificare _____		altro <input type="checkbox"/> specificare _____	
siero/sangue <input type="checkbox"/>	___/___/___	lab rif. nazionale <input type="checkbox"/>	ELISA <input type="checkbox"/>
saliva <input type="checkbox"/>		lab rif. regionale <input type="checkbox"/>	altro <input type="checkbox"/>
altro <input type="checkbox"/> specificare _____		altro <input type="checkbox"/> specificare _____	
siero/sangue <input type="checkbox"/>	___/___/___	lab rif. nazionale <input type="checkbox"/>	ELISA <input type="checkbox"/>
saliva <input type="checkbox"/>		lab rif. regionale <input type="checkbox"/>	altro <input type="checkbox"/>
altro <input type="checkbox"/> specificare _____		altro <input type="checkbox"/> specificare _____	
<b>Ricerca anticorpi IgG rosolia-specifici</b>		Non effettuato <input type="checkbox"/>	Se effettuato:
<b>Tipo di campione</b>	<b>Data prelievo</b>	<b>Laboratorio</b>	<b>Metodo e valori di riferimento</b>
siero/sangue <input type="checkbox"/>	___/___/___	lab. rif. nazionale <input type="checkbox"/>	_____
altro <input type="checkbox"/> specificare _____		lab. rif. regionale <input type="checkbox"/>	_____
siero/sangue <input type="checkbox"/>	___/___/___	lab. rif. nazionale <input type="checkbox"/>	_____
altro <input type="checkbox"/> specificare _____		lab. rif. regionale <input type="checkbox"/>	_____
siero/sangue <input type="checkbox"/>	___/___/___	lab. rif. nazionale <input type="checkbox"/>	_____
altro <input type="checkbox"/> specificare _____		lab. rif. regionale <input type="checkbox"/>	_____
siero/sangue <input type="checkbox"/>	___/___/___	lab. rif. nazionale <input type="checkbox"/>	_____
altro <input type="checkbox"/> specificare _____		lab. rif. regionale <input type="checkbox"/>	_____
Aumento titolo IgG di almeno 4 volte in 2 campioni analizzati nella stessa seduta analitica Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non effettuato <input type="checkbox"/>			
<b>Test avidità IgG specifiche</b>		Non effettuato <input type="checkbox"/>	Se effettuato:
<b>Tipo di campione</b>	<b>Data prelievo</b>	<b>Laboratorio</b>	<b>Risultato</b>
siero/sangue <input type="checkbox"/>	___/___/___	lab. rif. nazionale <input type="checkbox"/>	_____% alta <input type="checkbox"/> bassa <input type="checkbox"/>
saliva <input type="checkbox"/>		lab. rif. regionale <input type="checkbox"/>	
altro <input type="checkbox"/> specificare _____		altro <input type="checkbox"/> specificare _____	
<b>ImmunoBlotting</b>		Non effettuato <input type="checkbox"/>	Se effettuato:
<b>Tipo di campione</b>	<b>Data prelievo</b>	<b>Laboratorio</b>	<b>Risultato</b>
siero/sangue <input type="checkbox"/>	___/___/___	lab. rif. nazionale <input type="checkbox"/>	anti-E1 positivo <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/>
saliva <input type="checkbox"/>		lab. rif. regionale <input type="checkbox"/>	anti-E2 positivo <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/>
altro <input type="checkbox"/> specificare _____		altro <input type="checkbox"/> specificare _____	
<b>Isolamento virale da liquidi biologici</b>		Non effettuato <input type="checkbox"/>	Se effettuato:
<b>Tipo di campione</b>	<b>Data prelievo</b>	<b>Laboratorio</b>	<b>Risultato</b>
siero/sangue <input type="checkbox"/>	___/___/___	lab rif. nazionale <input type="checkbox"/>	positivo <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/>
saliva <input type="checkbox"/> urine <input type="checkbox"/>		lab rif. regionale <input type="checkbox"/>	
altro <input type="checkbox"/> specificare _____		altro <input type="checkbox"/> specificare _____	
<b>Identificazione del genoma virale (RT-PCR)</b>		Non effettuato <input type="checkbox"/>	Se effettuato:
<b>Tipo di campione</b>	<b>Data prelievo</b>	<b>Laboratorio</b>	<b>Risultato</b>
siero/sangue <input type="checkbox"/>	___/___/___	lab rif. nazionale <input type="checkbox"/>	positivo <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/>
saliva <input type="checkbox"/> urine <input type="checkbox"/>		lab rif. regionale <input type="checkbox"/>	
altro <input type="checkbox"/> specificare _____		altro <input type="checkbox"/> specificare _____	
<b>Genotipizzazione</b>			
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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 \_\_\_\_\_

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

da inviare, opportunamente compilata, all'indirizzo mail:  
malinf@oerpuglia.org



**SCHEDA DI NOTIFICA E SORVEGLIANZA DI CASO DI CHIKUNGUNYA  DENGUE**

**IMPORTATO  AUTOCTONO  POSSIBILE/PROBABILE  ACCERTATO**

ASL \_\_\_\_\_ Distretto \_\_\_\_\_  
 Data di segnalazione al SISP: gg |\_\_| mm |\_\_| aa |\_\_\_\_| Data intervista : gg |\_\_| mm |\_\_| aa |\_\_\_\_|

Cognome \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Sesso: M  F  Data di nascita gg |\_\_| mm |\_\_| aa |\_\_\_\_|

Luogo di nascita \_\_\_\_\_  
 Comune Provincia Stato

Residenza \_\_\_\_\_  
 Via/piazza e numero civico Comune Provincia

Domicilio abituale: \_\_\_\_\_  
 Via/piazza e numero civico Comune Provincia

Recapito telefonico del paziente o familiare \_\_\_\_\_

Permanenza all'estero nei 15 giorni precedenti l'inizio dei sintomi: SI  NO  se si specificare

1. \_\_\_\_\_  
 2. \_\_\_\_\_  
 3. \_\_\_\_\_  
 Località data inizio data fine

Permanenza in Italia in zone diverse dal domicilio abituale nei 15 giorni precedenti l'inizio dei sintomi: SI  NO

se si specificare:

1. \_\_\_\_\_  
 2. \_\_\_\_\_  
 3. \_\_\_\_\_  
 Località data inizio data fine

Contatto con altri casi nei 15 giorni precedenti l'inizio dei sintomi SI  NO  Se si specificare i nominativi:

\_\_\_\_\_

Gravidanza SI  NO  se SI: settimane |\_\_|

Ricovero SI  NO  se SI ospedale \_\_\_\_\_

Reparto \_\_\_\_\_ UTI SI  NO

Data ricovero gg |\_\_| mm |\_\_| aa |\_\_\_\_| Data dimissione gg |\_\_| mm |\_\_| aa |\_\_\_\_|

Se non ricovero: visita medica SI  NO  se si MMG/PDF  Guardia Medica/Pronto Soccorso

Data inizio sintomatologia gg |\_\_| mm |\_\_| aa |\_\_\_\_|

Segni e sintomi	SI	NO	NN		SI	NO	NN
Febbre > 38,5°C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cefalea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artralgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mialgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rash cutaneo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolore retro-orbitale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Meningo-encefalite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Altri segni/sintomi (specificare): \_\_\_\_\_

**Dengue emorragica/Dengue con Shock**

Segni e sintomi	SI	NO	NN
Febbre >38,5°C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

da inviare, opportunamente compilata, all'indirizzo mail: malinf@oerpuglia.org

	SI	NO	NN		SI	NO	NN
Segni emorragici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ipoproteinemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trombocitopenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prova del laccio (del tourniquet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emoconcentrazione (HCT ≥20%)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Segni e sintomi di shock	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ascite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Versamento pleurico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Stato del paziente a 30 giorni: guarigione  persistenza sintomi  decesso  data decesso gg  mm  aa  NN

**Test di laboratorio**

Laboratorio di riferimento regionale

**Ricerca anticorpi IgM nel siero**

Data 1° prelievo  Titolo Dengue \_\_\_\_\_ Titolo Chikungunya \_\_\_\_\_  
 Data 2° prelievo  Titolo Dengue \_\_\_\_\_ Titolo Chikungunya \_\_\_\_\_

**Ricerca anticorpi IgG nel siero (sieroconversione)**

Data 1° prelievo  Titolo Dengue \_\_\_\_\_ Titolo Chikungunya \_\_\_\_\_  
 Data 2° prelievo  Titolo Dengue \_\_\_\_\_ Titolo Chikungunya \_\_\_\_\_

**Ricerca anticorpi Ig totali siero**

Data 1° prelievo  Titolo Dengue \_\_\_\_\_ Titolo Chikungunya \_\_\_\_\_  
 Data 2° prelievo  Titolo Dengue \_\_\_\_\_ Titolo Chikungunya \_\_\_\_\_

Laboratorio di riferimento nazionale

**Ricerca anticorpi IgM**

Data 1° prelievo  Titolo Dengue \_\_\_\_\_ Titolo Chikungunya \_\_\_\_\_  
 Data 2° prelievo  Titolo Dengue \_\_\_\_\_ Titolo Chikungunya \_\_\_\_\_

**Ricerca anticorpi IgG**

Data 1° prelievo  Titolo Dengue \_\_\_\_\_ Titolo Chikungunya \_\_\_\_\_  
 Data 2° prelievo  Titolo Dengue \_\_\_\_\_ Titolo Chikungunya \_\_\_\_\_

**Ricerca anticorpi Ig totali**

Data 1° prelievo  Titolo Dengue \_\_\_\_\_ Titolo Chikungunya \_\_\_\_\_  
 Data 2° prelievo  Titolo Dengue \_\_\_\_\_ Titolo Chikungunya \_\_\_\_\_

**PCR nel siero o sangue**

Data prelievo

Lab. di riferimento regionale Dengue \_\_\_\_\_ POS  NEG  NN  Chikungunya POS  NEG  NN   
Lab. di riferimento nazionale Dengue \_\_\_\_\_ POS  NEG  NN  Chikungunya POS  NEG  NN

**Isolamento virale**

Data prelievo

Lab. di riferimento regionale Dengue \_\_\_\_\_ POS  NEG  NN  Chikungunya POS  NEG  NN   
Lab. di riferimento nazionale Dengue \_\_\_\_\_ POS  NEG  NN  Chikungunya POS  NEG  NN

Classificazione di caso: **Chikungunya:** POSSIBILE     PROBABILE     CONFERMATO   
**Dengue:** POSSIBILE     PROBABILE     CONFERMATO

**Note:** \_\_\_\_\_

Data di compilazione gg  mm  aa   
 Operatore sanitario che ha compilato la scheda (timbro e firma)

da inviare, opportunamente compilata, all'indirizzo mail: malinf@oerpuglia.org



**ISTRUZIONI E NOTE PER LA COMPILAZIONE**

La scheda va compilata per tutti i casi possibili/probabili o accertati di Chikungunya e Dengue. Flusso di trasmissione per i casi che insorgono nel periodo di attività del vettore:

Medico → entro 12h → ASL | Dipartimento Prevenzione ASL → entro 24h → Regione | Regione → immediatamente → Ministero Salute/ ISS

Flusso di trasmissione per i casi che insorgono nel periodo di assenza di attività del vettore:

Medico → entro 24h → ASL | Dipartimento Prevenzione ASL → solo casi confermati – periodicità mensile → Regione | Regione → solo casi confermati – periodicità mensile → Ministero Salute/ ISS

Inviare a: - Ministero della Salute, Ufficio V-Malattie Infettive e Profilassi Internazionale, D. G. Prevenzione Sanitaria, via fax: 06/5994.3096 o via mail a [malinf@sanita.it](mailto:malinf@sanita.it); - ISS CNESPS Reparto Epidemiologia Malattie Infettive dell'Istituto Superiore di Sanità, via fax 06 44232444 o via mail a [outbreak@iss.it](mailto:outbreak@iss.it);

**DEFINIZIONI DI CASO DI FEBBRE CHIKUNGUNYA**

**Criterio clinico:** esordio acuto di febbre >38,5°C e poliartralgia grave (tale da limitare le normali attività quotidiane), in assenza di altre cause

**Criterio epidemiologico:** caso che abbia soggiornato nei 15 giorni precedenti l'insorgenza dei sintomi in Paesi in cui la malattia è endemica, o in caso di focolai autoctoni, venga evidenziata una correlazione epidemiologica tra il caso indice e 2 o più casi autoctoni

**Criteri di laboratorio**

- Presenza di anticorpi di tipo IgM anti-CHIKV nel siero evidenziata da saggi sierologici (Test ELISA, Test di neutralizzazione, Test immunoenzimatici e IFA)
- Sieroconversione da un titolo negativo a positivo per anticorpi IgM anti-CHIKV;
- Dimostrazione di un incremento di almeno 4 volte del titolo anticorpale IgG o positività all'inibizione dell'emoagglutinazione in campioni in doppio di siero, ottenuti in fase acuta e in convalescenza, ad almeno 14 giorni l'uno dall'altro;
- PCR positiva nel siero o sangue per CHIKV, evidenziata attraverso metodi molecolari (Real time PCR, Nested-PCR: in questo caso è necessario procedere al sequenziamento del prodotto di amplificazione per assicurare la diagnosi);
- Isolamento virale effettuato su campioni di siero prelevati entro 7 giorni dalla comparsa dei sintomi.

I campioni biologici vanno trasportati secondo la normativa vigente per i "campioni diagnostici". Per il trasporto dei campioni di siero si consiglia di eseguire preventivamente la sieratura e successivamente inviare i campioni a +4°C. Per trasporti brevi, compresi nell'intervallo temporale di 24-48 ore, si può anche non procedere alla sieratura, in tal caso il campione può essere inviato a temperatura ambiente.

In base a quanto esposto sopra, si definiscono le seguenti definizioni di caso:

**Caso possibile:** caso che soddisfa il criterio clinico

**Caso probabile:** caso che soddisfa il criterio clinico e il criterio epidemiologico

**Caso confermato:** il caso possibile che soddisfa almeno 1 dei criteri di laboratorio esposti in precedenza

**DEFINIZIONI DI CASO DI FEBBRE DENGUE****Criterio clinico**

**Dengue classica:** Qualunque persona che presenti: febbre > 38,5° C che perdura da 2-7 giorni, e almeno 2 o più dei seguenti: dolore oculare o retro-orbitale, cefalea, rash cutaneo maculo papulare, mialgia, artralgie.

**Dengue emorragica/Dengue con shock:** qualsiasi persona che presenti: febbre che perdura da 2 a 7 giorni e tutti i seguenti: evidenza di manifestazioni emorragiche o prova del laccio o del tourniquet positive, trombocitopenia, emoconcentrazione, versamento pleurico, ascite, ipo-proteinemia, segni e sintomi del collasso cardio-circolatorio.

**Criterio epidemiologico:** caso che abbia soggiornato nei 15 giorni precedenti l'insorgenza dei sintomi in Paesi in cui la malattia è endemica, o in caso di focolai autoctoni, venga evidenziata una correlazione epidemiologica tra il caso indice e 2 o più casi autoctoni

**Criteri di laboratorio**

- Presenza di anticorpi di tipo IgM anti-DENV nel siero evidenziata da saggi sierologici (test ELISA, Test di neutralizzazione, Test immunoenzimatici e IFA)
- PCR positiva per DENV in tessuti, sangue o siero;
- Sieroconversione da un titolo negativo a positivo per anticorpi IgM anti-DENV;
- Dimostrazione di un incremento di almeno 4 volte del titolo anticorpale IgG o positività all'inibizione dell'emoagglutinazione in campioni in doppio di siero, ottenuti in fase acuta e in convalescenza, ad almeno due settimane di distanza l'uno rispetto all'altro;
- Isolamento del virus da sangue, siero o altri tessuti entro 7 giorni dalla comparsa dei sintomi.

In base a quanto esposto sopra, si definiscono le seguenti definizioni di caso:

**Caso possibile:** caso che soddisfa il criterio clinico

**Caso probabile:** caso che soddisfa il criterio clinico e il criterio epidemiologico

**Caso confermato:** il caso possibile che soddisfa almeno 1 dei criteri di laboratorio esposti in precedenza

*da inviare, opportunamente compilata, all'indirizzo mail: [malinf@oerpuglia.org](mailto:malinf@oerpuglia.org)*







## Allegato 3

## Scheda di segnalazione di caso di West Nile Virus

1. Regione \_\_\_\_\_ 2. Azienda Sanitaria/Ospedale \_\_\_\_\_

3. Servizio / Reparto \_\_\_\_\_

## 4. Dati relativi al paziente:

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Sesso: M  F  Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Luogo di nascita: \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa)

Domicilio abituale: \_\_\_\_\_  
Via/piazza e numero civico \_\_\_\_\_ Comune Provincia \_\_\_\_\_

## 5. Permanenza all'estero nelle tre settimane precedenti l'inizio della sintomatologia:

a. \_\_\_\_\_

b. \_\_\_\_\_  
Nazione \_\_\_\_\_ data inizio \_\_\_\_\_ data fine \_\_\_\_\_6. Anamnesi positiva per trasfusione di sangue o emocomponenti nei 28 giorni precedenti la diagnosi/segnalazione? S  N  Non noto6bis. Anamnesi positiva per donazione di sangue o emocomponenti nei 28 giorni precedenti la diagnosi/segnalazione? S  N  Non noto

## 7. Vaccinazione nei confronti di altri flavivirus:

Tick borne encephalitis  S  N  Non noto; Febbre Gialla  S  N  Non noto; Encefalite Giapponese  S  N  Non noto

## 8. Informazioni cliniche:

Febbre > 38,5°C  S  N  Non noto; Se sì, data inizio febbre \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa)

## Manifestazione clinica:

 Encefalite  Meningite  Poliradiculoneurite (Sindrome di Guillain Barré atipica)  Paralisi flaccida acuta Altro (specificare) \_\_\_\_\_

## 9. Campione inviato al Laboratorio di riferimento

Regionale:  S  N  Non noto

## 10. Campione inviato al Laboratorio di riferimento

Nazionale:  S  N  Non noto

## 11. Esami di Laboratorio effettuati:

 Liquor data prelievo: \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa)

Metodica [è possibile indicare più di una risposta]:

 IgM;  pos  neg Isolamento virale;  pos  neg PCR  pos  neg IgG;  pos  neg Sangue, data prelievo: \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa);

Metodica [è possibile indicare più di una risposta]:

 IgM  pos  neg IgG  pos  neg PCR  pos  neg Isolamento virale  pos  neg Test di neutralizzazione  pos  neg Siero, data prelievo: \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa)

Metodica [è possibile indicare più di una risposta]:

 IgM  pos  neg IgG  pos  neg PCR  pos  neg Isolamento virale  pos  neg Test di neutralizzazione  pos  neg Urine, data prelievo: \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa)

Metodica [è possibile indicare più di una risposta]:

 PCR  pos  neg

Note: \_\_\_\_\_

## 12. Esito del caso al momento della segnalazione:

 Guarito  Quadro clinico in via di miglioramento Quadro clinico grave  Deceduto  Non noto

## 13. Esito del caso al follow-up [30 giorni]:

 Guarito  Quadro clinico in via di miglioramento Quadro clinico grave  Deceduto  Non noto

Data segnalazione \_\_\_\_\_ Medico compilatore \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ telefax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

da inviare, opportunamente compilata, all'indirizzo mail:

malinf@oerpuglia.org

**SCHEDA DI INDAGINE EPIDEMIOLOGICA DI CASO DI EPATITE A**

REGIONE PUGLIA ASL \_\_\_\_\_ DATA COMPILAZIONE \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
P.O. \_\_\_\_\_ U.O. \_\_\_\_\_

**DATI ANAGRAFICI DEL CASO**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
ID caso \_\_\_\_\_ Data di Nascita \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Sesso M F Età \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_  
Comune \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_  
Professione \_\_\_\_\_

Manipolazione di alimenti  SI  NO se SI, specificare \_\_\_\_\_

Abita con bambini (età < 10 anni)?  SI  NO  
se SI, specificare numero ed età \_\_\_\_\_

Se:

età < 18 anni (chiedere autorizzazione a genitore)

età < 12 anni (somministrare questionario a genitore)

Intervistato \_\_\_\_\_  Parente, spec \_\_\_\_\_  Altro

**Frequenta una scuola?**  SI  NO

Se SI: Nome scuola \_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

Materna  Elementare  Medie  Superiori  Università

C'è la mensa a scuola?  SI  NO

se SI, frequenta la mensa?  SI  NO

*da inviare, opportunamente compilata, all'indirizzo mail:*  
**malinf@oerpuglia.org**



Frequenta un gruppo o una comunità di persone (es. gruppo sportivo, comunità parrocchiale, ecc)?  SI  NO

Se SI: Nome comunità \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

#### INDIVIDUAZIONE DEI CONTATTI STRETTI DEL CASO

##### Nucleo familiare

Nome e Cognome	Parentela	Data Nascita	Vaccinato
			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NN
			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NN
			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NN
			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NN
			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NN

##### Altri contatti (colleghi, amici, ecc)

Nome e Cognome	Relazione con il pz	Data Nascita	Vaccinato
			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NN
			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NN
			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NN
			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NN
			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NN

---

da inviare, opportunamente compilata, all'indirizzo mail:  
**malinf@oerpuglia.org**

**DATI SULL'ESPOSIZIONE****(DAI 60 GG PRIMA A 15 GIORNI PRIMA DELLA DATA DI INIZIO SINTOMI)**

Dal giorno (60 gg prima) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Al giorno (15 gg prima) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nel periodo considerato, ha avuto contatto con persone con diagnosi di  
EPATITE A?      SI              NO              NON RICORDO

Se SI, quando? \_\_\_\_\_

Se SI, il contatto era:

Nome e Cognome	Relazione con il pz (familiare/ collega/ compagno di scuola/amico)	Età	Comune	Data Sintomi

---

*da inviare, opportunamente compilata, all'indirizzo mail:*  
**malinf@oerpuglia.org**

**Nel periodo di esposizione ha consumato i seguenti alimenti?****VERDURE CRUDE**       SI    NO    NON RICORDO

Se SI: ha consumato i seguenti alimenti?

Finocchi                     SI    NO    NON RICORDOInsalata fresca             SI    NO    NON RICORDOInsalata in busta         SI    NO    NON RICORDORavanelli                    SI    NO    NON RICORDOCarote                       SI    NO    NON RICORDOSedani                       SI    NO    NON RICORDODove le ha consumate?    A casa    Al ristorante

Se a casa, dove sono state acquistate?

Tipo attività	Nome	Zona/Comune
<input type="checkbox"/> Negozio		
<input type="checkbox"/> Ambulante		

Se al ristorante, dove?

Tipo attività	Nome	Zona/Comune

**FRUTTI DI MARE, CRUDI O POCO COTTI**       SI    NO    NON RICORDO

Se SI, con quale frequenza?

 Solo 1 volta (che occasione? \_\_\_\_\_) Saltuariamente (2-5 volte) Circa 1 volta a settimana o più Non ricordo

---

*da inviare, opportunamente compilata, all'indirizzo mail:*  
**malinf@oerpuglia.org**



Se SI: Che tipi di frutti di mare ha consumato?

Ostriche  Cozze  Vongole  Fasolari  Cannolicchi

Datteri  Tartufi  Altro \_\_\_\_\_

Dove?  A casa  Al ristorante

Se a CASA: dove sono state acquistate?

Tipo attività	Nome	Zona/Comune
<input type="checkbox"/> Negozio		
<input type="checkbox"/> Ambulante		

L'alimento era conservato in acqua?  SI  NO

Se al ristorante, dove?

Tipo attività	Nome	Zona/Comune

**LATTICINI (mozzarelle, ricotta, formaggi freschi)**  SI  NO  NON RICORDO

Se SI, che tipo? \_\_\_\_\_

Dove?  A casa  Al ristorante

Se a CASA: dove sono state acquistate?

Tipo attività	Nome	Zona/Comune
<input type="checkbox"/> Negozio		
<input type="checkbox"/> Ambulante		

Se al ristorante, dove?

Tipo attività	Nome	Zona/Comune

Erano:  Sfusi  Confezionati Se CONFEZIONATI, che marca? \_\_\_\_\_

Dove sono stati acquistati?

*da inviare, opportunamente compilata, all'indirizzo mail:*  
**malinf@oerpuglia.org**

Tipo attività	Nome	Zona/Comune

**ACQUA PROVENIENTE DA POZZI O FONTANE?** SI NO NON RICORDO

Se SI, in quale localita? \_\_\_\_\_

**FRUTTI DI BOSCO?** SI NO NON RICORDO

Se SI, che tipo di alimento era?  Dolce guarnito  Gelato  Cheesecake  
 Cornflakes/muesli  Yogurt  Panna cotta

Con quale frequenza?

- Solo 1 volta (che occasione? \_\_\_\_\_ )  
 Saltuariamente (2-5 volte)  
 Circa 1 volta a settimana o più  
 Non ricordo

Che tipo di frutti di bosco?  Misti  More  Lamponi  Mirtilli  
 Fragoline  Ribes rosso  Altro \_\_\_\_\_

Erano:  freschi  surgelati  secchi  non ricordo

Dove li ha consumati?  A casa  Al ristorante  Al bar  Non ricordo

Se a CASA: dove sono state acquistate?

Tipo attività	Nome	Zona/Comune
<input type="checkbox"/> Negozio		
<input type="checkbox"/> Ambulante		

*da inviare, opportunamente compilata, all'indirizzo mail:*  
**malinf@oerpuglia.org**

Se al ristorante, dove?

Tipo attività	Nome	Zona/Comune

**HA VIAGGIATO IN ITALIA O ALL'ESTERO?**  SI  NO  NON RICORDO

Si SI, dove?

Città _____	Nazione _____
Data di partenza ___ / ___ / _____	Data di ritorno ___ / ___ / _____
Nome dell'albergo/casa dove ha soggiornato _____	

Città _____	Nazione _____
Data di partenza ___ / ___ / _____	Data di ritorno ___ / ___ / _____
Nome dell'albergo/casa dove ha soggiornato _____	

Città _____	Nazione _____
Data di partenza ___ / ___ / _____	Data di ritorno ___ / ___ / _____
Nome dell'albergo/casa dove ha soggiornato _____	


INTERVISTATORE \_\_\_\_\_

Firma

---

*da inviare, opportunamente compilata, all'indirizzo mail:*  
**malinf@oerpuglia.org**



 <b>QUESTIONARIO DI UN CASO NOTIFICATO DI EPATITE VIRALE ACUTA (SEIEVA)</b>		Trascrivere Identificativo Scheda _____	
A.S.L. _____ Regione _____		Numero Caso _____	
<b>! STRETTAMENTE RISERVATO</b>	Si prega di dare uguale rilievo a tutte le domande e segnare o scrivere la risposta nelle apposite caselle o righe. Se il caso è di età inferiore a 15 anni, intervistare insieme ad un parente o tutore.		
Data Intervista giorno _____ mese _____ anno _____		Cognome iniziale _____ Nome iniziale _____	
Comune di domicilio abituale _____			
Cittadinanza _____		Se è diversa da "Italiana", da quanti anni vive in Italia? anni _____	
Età _____		Sesso <input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina	
Attività _____			
Titolo di studio più alto conseguito (del capofamiglia, se il caso è minorenne) _____			
<b>! IMPORTANTE</b>	EFFETTUARE L'INTERVISTA IN UN CLIMA DI ASSOLUTA RISERVATEZZA. Intervistare il paziente senza aspettare i risultati di laboratorio da aggiungere appena disponibili		
1	Durante la sua malattia è diventato giallo?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
2	In che data è iniziata la malattia?	giorno _____ mese _____ anno _____	
3	E stato ospedalizzato per questa malattia?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
3.a	Se Sì, quanti giorni è rimasto in ospedale?	giorni _____	
<b>DURANTE LE 6 SETTIMANE PRIMA DELL'INIZIO DELLA MALATTIA:</b>			
4	Ha preso farmaci?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
4.a	Se Sì, quali _____	Per quanto tempo?	giorni _____
4.b	Se Sì, quali _____	Per quanto tempo?	giorni _____
4.c	Se Sì, quali _____	Per quanto tempo?	giorni _____
4.d	Se Sì, quali _____	Per quanto tempo?	giorni _____
5	Ha consumato frutti di mare?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
5.a	Se Sì, i frutti di mare consumati erano tutti o in parte crudi?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
6	Ha consumato frutti di bosco?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
6.a	Se Sì, i frutti di bosco erano:	<input type="checkbox"/> Congelati <input type="checkbox"/> Freschi <input type="checkbox"/> Entrambi	<input type="checkbox"/> Non so
7	Ha bevuto acqua di pozzo o di sorgente?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
8	Ha trascorso almeno una o più notti fuori dalla sua città?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
8.a	Se Sì, dove? _____	Quando giorno _____ mese _____ anno _____	
9	Le è stata somministrata almeno una dose di vaccino per l'epatite A?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì, una dose <input type="checkbox"/> Sì, due dosi	<input type="checkbox"/> Non so
9.a	Se Sì: 1° dose - tipo vaccino _____	data	giorno _____ mese _____ anno _____
9.b	2° dose - tipo vaccino _____	data	giorno _____ mese _____ anno _____
<b>DURANTE I 6 MESI PRIMA DELL'INIZIO DELLA MALATTIA:</b>			
10	Ha avuto somministrazione di sangue o di plasma?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
11	Ha avuto somministrazione di altri derivati del sangue (fattori della coagulazione, immunoglobuline, etc.)?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
12	Ha avuto interventi chirurgici (compresa piccola chirurgia)?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
12.a	Se Sì. Specificare il tipo di intervento: _____	<input type="checkbox"/> Ambulatoriale <input type="checkbox"/> Con ricovero	
13	E' stato sottoposto ad endoscopia?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
13.a	Se Sì. Specificare il tipo di endoscopia: _____	<input type="checkbox"/> Ambulatoriale <input type="checkbox"/> Con ricovero	
14	E' stato ospedalizzato (incluso Day Hospital)?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
14.a	Se Sì: Ospedale _____ Reparto _____	Quando	giorno _____ mese _____ anno _____
14.b	Ospedale _____ Reparto _____	Quando	giorno _____ mese _____ anno _____
14.c	Ospedale _____ Reparto _____	Quando	giorno _____ mese _____ anno _____
15	Ha fatto uso di droghe?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
15.a	Se Sì, modalità di assunzione <input type="checkbox"/> endovenosa <input type="checkbox"/> inalazione <input type="checkbox"/> entrambe <input type="checkbox"/> altro		<input type="checkbox"/> Non so
15.b	Se Sì, ha mai avuto contatti con un SERT?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
16	Ha avuto un trattamento dentario?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
17	Si è fatto i buchi alle orecchie o altro tipo di piercing?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
18	Si è fatto un tatuaggio?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
19	Le è stata praticata l'ago puntura?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
20	Si è rasato dal barbiere?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
21	E' stato dal callista o dal manicure?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so

da inviare, opportunamente compilata, all'indirizzo mail: [malinf@oerpuglia.org](mailto:malinf@oerpuglia.org)




**QUESTIONARIO DI UN CASO NOTIFICATO  
DI EPATITE VIRALE ACUTA (SEIEVA)**

22	E' stato emodializzato?	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so
23	Le è stata somministrata almeno una dose di <b>vaccino per l'epatite B?</b>	<input type="checkbox"/> 1 Si, una dose	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so
		<input type="checkbox"/> 2 Si, due dosi		
		<input type="checkbox"/> 3 Si, tre dosi		
23.a	Se Sì: 1° dose - tipo vaccino _____ data	giorno	_____ mese	_____ anno
23.b	2° dose - tipo vaccino _____ data	giorno	_____ mese	_____ anno
23.c	3° dose - tipo vaccino _____ data	giorno	_____ mese	_____ anno
24	Durante i <b>6 mesi prima</b> dell'inizio della sua epatite un suo familiare, convivente, amico, compagno di scuola o di lavoro ha avuto l'epatite?	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so
24.a	Se Sì, la loro malattia è iniziata meno di due mesi prima della sua?	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so
25	Ha un convivente o partner sessuale HBsAg (Antigene Australia) positivo?	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so
25.a	Se Sì: Tipo di relazione _____			
25.b	Era a conoscenza che un componente della sua famiglia (o il suo partner) era portatore di HBsAg prima che Lei avesse l'epatite acuta?	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so
25.c	Se Sì, perché non si era vaccinato?	<input type="checkbox"/> 1 Non ero sicuro dell'efficacia		
		<input type="checkbox"/> 2 Paura degli effetti collaterali		
		<input type="checkbox"/> 3 Non sapeva a quale struttura rivolgersi		
		<input type="checkbox"/> 4 Altro _____		
26	Ha un convivente o partner sessuale anti-HCV positivo?	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so
27	Ha un convivente tossicodipendente?	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so
28	Durante i <b>6 mesi prima</b> dell'inizio della sua malattia ha avuto partner sessuali?	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 7 Preferisco non rispondere
28.a	Se Sì, con quanti partner ha avuto rapporti sessuali?	N. Partner	maschili	_____ femminili
29	Ha avuto un partner sessuale tossicodipendente negli <b>ultimi 6 mesi?</b>	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so
30	Durante i <b>6 mesi prima</b> dell'inizio della sua malattia ha avuto rapporti occasionali?	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so
30.a	Se Sì, ha utilizzato il profilattico	<input type="checkbox"/> 1 Sempre	<input type="checkbox"/> 2 Occasionalmente	<input type="checkbox"/> 3 Mai
31	Quante persone vivono nella sua casa, Lei incluso?	N. Persone	_____	
32	Vi sono bambini che frequentano un asilo nido o una scuola materna?	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so
33	E' donatore periodico di sangue?	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so
34	In passato ha eseguito un test per l'HIV?	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 7 Preferisco non rispondere
34.a	Se Sì, è risultato positivo al test per l'HIV?	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so
<b>VALORI MASSIMI DEI SEGUENTI PARAMETRI DI LABORATORIO</b>				
35	AST	_____	ALT	_____
	Bilirubina Totale	_____	Bilirubina Diretta	_____
		_____		_____
		_____		_____
36	<b>RISULTATI DI LABORATORIO</b> Data del prelievo di sangue	giorno	_____ mese	_____ anno
37	E' positivo per HBsAg?	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non ricercato
38	E' positivo per IgM anti-HBc?	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non ricercato
39	E' positivo per IgM anti-Epatite A?	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non ricercato
40	E' positivo per anti-Delta?	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non ricercato
41	E' positivo per anti-HCV?	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non ricercato
42	E' positivo per HCV-RNA?	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non ricercato
42.a	Se Sì, livello viremia	_____	_____	_____
43	E' positivo per IgM anti-Epatite E?	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non ricercato
44	<b>DECORSO CLINICO</b> Encefalopatia	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so
45	Fulminante	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so
46	Trapianto di fegato	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so
47	Decesso	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so
47.a	In caso di decesso indicare la data	giorno	_____ mese	_____ anno
	Causa iniziale:	_____		
48	Commenti:	_____		
	Firma dell'intervistatore	_____		

Vers. Novembre 2013

da inviare, opportunamente compilata, all'indirizzo mail: [malinf@oerpuglia.org](mailto:malinf@oerpuglia.org)





Regione Puglia

## Sorveglianza delle meningiti batteriche e delle malattie invasive da meningococco, pneumococco, emofilo

Questa scheda va utilizzata per segnalare i casi di meningite batterica da qualunque agente, e di tutte le malattie batteriche invasive causate da *Neisseria meningitidis*, *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*. L'invio di questo modello non esonera dall'obbligo di segnalazione del caso mediante il modello 15 del sistema di notifiche delle malattie infettive attualmente in vigore in Italia.

Regione: \_\_\_\_\_ Data compilazione \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Ospedale: \_\_\_\_\_ Città: \_\_\_\_\_

Segnalato da : Sig/Dr: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fax: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

### **1. DATI DEL PAZIENTE**

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_

Sesso:  M  F Data di nascita: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Comune di residenza: \_\_\_\_\_

Nazionalità: \_\_\_\_\_ Data inizio sintomi \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Comune inizio sintomi: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Nei 30 giorni precedenti l'inizio dei sintomi, il paziente:

è stato a contatto con un altro caso della stessa malattia:  No  Si

ha viaggiato fuori dall'area di domicilio abituale:  No  Si Se, sì, dove \_\_\_\_\_

ha frequentato regolarmente le seguenti comunità:

nido/scuola materna  scuola  caserma  ospedale  altro \_\_\_\_\_  
(anche più di una)

Quadro Clinico:  sepsi  meningite  polmonite  cellulite  epiglottite

(anche più di uno)

peritonite  pericardite  artrite  altro \_\_\_\_\_

Agente eziologico identificato:

*S. pneumoniae*  *N. meningitidis*  *H. influenzae*  Altro

**Se meningite da altro agente eziologico, passare alla sezione 2**

Vaccinato per l'agente in causa ?  No  Si

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

Dose	Data somministrazione	Nome commerciale	Lotto

da inviare, opportunamente compilata, all'indirizzo mail:  
malinf@oerpuglia.org



## **2. INFORMAZIONI PER MENINGITI BATTERICHE da ALTRI AGENTI EZIOLOGICI**

Agente eziologico:

- Micobatterio tubercolare     
  Streptococco     
  Listeria     
  Altro, specificare \_\_\_\_\_  
 Non identificato

Se agente non identificato, il liquor era:

- Purulento     
  Torbido     
  limpido     
  Non noto

## **3. DIAGNOSI DI LABORATORIO**

Persona di contatto nel laboratorio di diagnosi: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Ospedale/laboratorio: \_\_\_\_\_

Data prelievo del primo campione risultato positivo : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Diagnosi eseguita su : sangue liquor liquido pleurico liquido peritoneale liquido pericardio  
liquido sinoviale altro \_\_\_\_\_

Metodo diagnostico utilizzato : coltura ricerca antigene PCR  
esame microscopico diretto altro \_\_\_\_\_

Tipizzazione SI  NO  se si sierotipo/sierogruppo \_\_\_\_\_

## **4. ESITO DELLA MALATTIA**

Al momento della dimissione, il paziente risulta deceduto? No Si

da inviare, opportunamente compilata, all'indirizzo mail:  
 malinf@oerpuglia.org





## STAGIONE INFLUENZALE \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### SCHEDA PER LA NOTIFICA DELLE FORME GRAVI E COMPLICATE E DEI DECESSI DA VIRUS INFLUENZALI

[COMPILARE IN STAMPATELLO IN MODO LEGGIBILE]

#### Dettagli di chi compila la scheda

Data segnalazione

Regione \_\_\_\_\_

ASI. notifica \_\_\_\_\_

#### Dati compilatore

Nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

telefono fisso \_\_\_\_\_

telefono cellulare \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

#### Dettaglio anagrafica paziente

Iniziale NOME

Iniziale COGNOME

Sesso  M  F

Data di nascita       se data nascita non disponibile, specificare età   anni compiuti o età   mesi

Comune di residenza \_\_\_\_\_

Se femmina <50 aa di età, è in stato di gravidanza?  sì  no  non noto se sì, mese di gestazione

Vaccinato per influenza stagionale 2012-2013  sì  no  non noto

Vaccinato per influenza stagionale 2011-2012  sì  no  non noto

#### Informazioni cliniche

Data insorgenza primi sintomi

Ricovero ospedaliero:  SI  NO Se sì, data ricovero

Se sì, nome dell'Ospedale: \_\_\_\_\_

Reparto (specificare): terapia intensiva/rianimazione(UTI)  Intubato  ECMO

DEA/EAS

Terapia sub intensiva

Cardiochirurgia

Malattie Infettive

Altro  \_\_\_\_\_ (specificare)

Terapia Antivirale (Oseltamivir-Tamiflu/Zanamivir-Relenza):  SI  NO

Se sì, data inizio terapia       durata  (giorni)

da inviare, opportunamente compilata, all'indirizzo mail:  
malinf@oerpuglia.org



Presenza di patologie croniche?  si  no  non noto

se si quali?

Tumore	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	non noto
Diabete	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	non noto
Malattie cardiovascolari	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	non noto
Deficit immunitari	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	non noto
Malattie respiratorie	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	non noto
Malattie renali	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	non noto
Malattie metaboliche	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	non noto
Obesità BMI tra 30 e 40	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	non noto
Obesità BMI>40	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	non noto
altro	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	non noto

se altro, specificare: \_\_\_\_\_

Data del prelievo per conferma: [ ]/[ ]/[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Confermato per:

A(H1N1)v: si  no

A(H1N1): si  no

A(H3N2): si  no

B: si  no

Data di conferma: [ ]/[ ]/[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Invio del campione al Laboratorio del Centro Nazionale Influenza presso ISS: si  no

Se presenza complicanze, specificare:

Data complicanza [ ]/[ ]/[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Eseguita radiografia si  no  non noto

Polmonite:

Polmonite influenzale primaria	si	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	Non noto	<input type="checkbox"/>
Polmonite batterica secondaria	si	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	Non noto	<input type="checkbox"/>
Polmonite mista	si	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	Non noto	<input type="checkbox"/>

Grave insufficienza respiratoria acuta (SARI) (vedi definizione allegata)

Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS) (vedi definizione allegata)

Altro: \_\_\_\_\_

**Follow-up**

Esito: Guarigione  Data [ ]/[ ]/[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Decesso  Data [ ]/[ ]/[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Se decesso, certificato di morte: si  no

Se sì, specificare:

- causa iniziale: \_\_\_\_\_
- causa intermedia: \_\_\_\_\_
- causa terminale: \_\_\_\_\_
- altri stati morbosi rilevanti che hanno contribuito al decesso: \_\_\_\_\_

**Definizione di caso di SARI.** Tutti i casi di sindrome simil-influenzale (vedi Protocollo operativo INFLUNET [www.iss.it/iflu](http://www.iss.it/iflu)) e difficoltà respiratoria che richiedono un ricovero ospedaliero in UTI.

**Definizione di ARDS:** sindrome infiammatoria polmonare, caratterizzata da lesioni alveolari diffuse ed aumento della permeabilità dei capillari polmonari, con incremento dell'acqua polmonare extracapillare, definito come edema polmonare non cardiaco. Clinicamente l'ARDS è caratterizzata da una dispnea grave, tachipnea e cianosi, nonostante la somministrazione di ossigeno, riduzione della "compliance" polmonare ed infiltrati polmonari bilaterali diffusi a tutti i segmenti.

- Secondo l' *American European Consensus Conference* la diagnosi di ARDS può essere posta qualora siano presenti i seguenti criteri:
- insorgenza acuta della malattia;
  - indice di ossigenazione PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> inferiore a 200 mmHg, indipendentemente dal valore PEEP (Positive End Expiratory Pressure);
  - infiltrati bilaterali alla radiografia toracica in proiezione antero-posteriore;
  - pressione di chiusura dei capillari polmonari (PCWP) inferiore a 18 mmHg, escludendo un'origine cardiaca dell'edema polmonare.

da inviare, opportunamente compilata, all'indirizzo mail: [malinf@oerpuglia.org](mailto:malinf@oerpuglia.org)





### SORVEGLIANZA DELLE GASTROENTERITI IN ETÀ PEDIATRICA

REGIONE PUGLIA ASL \_\_\_\_\_ DATA COMPILAZIONE \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 P.O. \_\_\_\_\_ U.O. \_\_\_\_\_

#### DATI ANAGRAFICI DEL CASO

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
 Data di Nascita \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Età \_\_\_\_\_ Sesso  M  F  
 Comune di Nascita \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_  
 Comune di Residenza \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_  
 Indirizzo \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

#### DATI CLINICI

Data Inizio Sintomi \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Data di Ricovero \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Temperatura >38°C  Dolore addominale  Nausea  Vomito  
 Diarrea ≥3 scariche  Disidratazione  Terapia antibiotica  
 Altro \_\_\_\_\_

#### FATTORI DI RISCHIO

Viaggi  SI  NO  NON NOTO Se SI, dove \_\_\_\_\_  
 Contatto con altri casi di gastroenterite  SI  NO  NON NOTO  
 Se SI, data contatto \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Pasti consumati fuori casa  SI  NO  NON NOTO Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Se SI, che alimenti ha consumato?  Formaggi e latticini freschi  
 Frutti di mare crudi  Verdure o ortaggi crudi  
 Frutta non lavata/non sbucciata  Gelati artigianali  
 Altro \_\_\_\_\_  
 Acqua abitualmente consumata:  in bottiglia (minerale)  di rubinetto

Data Raccolta Campione \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Timbro e Firma

da inviare, opportunamente compilata, all'indirizzo mail:  
**malinf@oerpuglia.org**



Regione Puglia

**Questionario di indagine epidemiologica SEU - Caso**

Data \_\_\_\_\_ Caso \_\_\_\_\_

Intervistatore \_\_\_\_\_

Il presente questionario viene proposto per raccogliere le informazioni relative alle possibili cause di che hanno determinato la comparsa della malattia del bambino.

Il conferimento delle informazioni è facoltativo ed ovviamente potrà decidere di interrompere l'intervista in qualsiasi momento. I dati anagrafici e sanitari che verranno raccolti avranno la finalità di permettere lo svolgimento dell'indagine epidemiologica in seguito al caso di malattia. I dati verranno registrati su supporti cartacei ed informatici protetti, da noi mantenuti con le modalità prescritte dal Codice.

Al fine dell'espletamento delle attività d'indagine i dati raccolti con il questionario potranno essere comunicati, qualora richiesti:

- al Servizio di Prevenzione della vostra ASL di appartenenza
- al Referente per la sorveglianza delle Malattie Infettive della vostra Regione

Le segnalazioni che la responsabile del trattamento dei dati, ad ogni effetto di legge, è la d.ssa Gaia Scavia, dell'ISS.

Ai sensi delle disposizioni del D.L. 196 del 30/06/2003 le chiedo l'autorizzazione per il trattamento dei dati personali nell'ambito delle finalità dell'indagine epidemiologica:

Autorizza?  sì  no Data \_\_\_\_\_

Firma di chi raccoglie l'autorizzazione \_\_\_\_\_

Informazioni da:  madre  padre  altri \_\_\_\_\_

**Paziente**

Nome    Cognome

Data di nascita \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ età \_\_\_\_\_ luogo nascita \_\_\_\_\_ Sesso:

M  F

Indirizzo \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Lat. \_\_\_\_\_ Long. \_\_\_\_\_

CAP     tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

N. totale di persone che vivono nella vostra abitazione: \_\_\_\_\_

n. fratelli \_\_\_\_\_ età \_\_\_\_\_

n. sorelle \_\_\_\_\_ età \_\_\_\_\_

altri componenti: \_\_\_\_\_ età \_\_\_\_\_

Il bambino trascorre del tempo con una tata?  sì  no  non so

Professione madre: \_\_\_\_\_ titolo di studio \_\_\_\_\_

Professione padre: \_\_\_\_\_ titolo di studio \_\_\_\_\_

Pediatra di famiglia: \_\_\_\_\_

E' informato o ha seguito la malattia di suo figlio? \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

da inviare, opportunamente compilata, all'indirizzo mail:  
malinf@oerpuglia.org



**Sintomatologia (ST)**

Data inizio sintomi \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

data consultazione pediatra \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Data ammissione pronto soccorso \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

data 1° ricovero \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ 4. presso \_\_\_\_\_

data ricovero nefro \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ 6. centro \_\_\_\_\_

Diagnosi differenziale (diagnosi emessa prima della diagnosi di SEU) \_\_\_\_\_

data in cui vi hanno comunicato la diagnosi di SEU \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Quanti giorni complessivamente è stato in ospedale?

Giorni \_\_\_\_\_ data dimissione \_\_\_\_\_

 è ancora ricoverato (ricontattare i genitori dopo 15 giorni) non so**Sintomi iniziali:**

diarrea	<input type="checkbox"/> si	data/giorno _____	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> non so
diarrea emorragica	<input type="checkbox"/> si	data/giorno _____	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> non so
diarrea strie ematiche	<input type="checkbox"/> si	data/giorno _____	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> non so
giorno più grave		data/giorno _____		n scariche . _____
vomito	<input type="checkbox"/> si	data/giorno _____	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> non so
febbre >38°C	<input type="checkbox"/> si	data/giorno _____	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> non so
dolore addominale	<input type="checkbox"/> si	data/giorno _____	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> non so
astenia	<input type="checkbox"/> si	data/giorno _____	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> non so
sintomi neurologici	<input type="checkbox"/> si	data/giorno _____	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> non so
ematuria	<input type="checkbox"/> si	data/giorno _____	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> non so
anuria	<input type="checkbox"/> si	data/giorno _____	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> non so
ittero	<input type="checkbox"/> si	data/giorno _____	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> non so
petecchie emorr/rash	<input type="checkbox"/> si	data/giorno _____	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> non so
altro		data/giorno _____		specifica

**Dialisi:**si, peritoneale emodialisi no non soTrasfusioni/plasmaferesi: si no non so**Prima del ricovero presso il centro di nefrologia:**erano state eseguite terapie antibiotiche? si no non so data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_era stata eseguita coprocultura? si no non so data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ha fatto laparotomia/laparoscopia? si no non so data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

da inviare, opportunamente compilata, all'indirizzo mail:  
malinf@oerpuglia.org



**Nell'ultimo mese :**

per qualsiasi motivo suo figlio ha eseguito terapia antibiotica?

no non so si per quale motivo? \_\_\_\_\_

ha avuto un'infezione respiratoria oppure faringite, tonsillite? si no non so

Suo figlio soffre di malattie croniche? si no non so

Allergie? si no non so \_\_\_\_\_

**Regime alimentare****(BAMBINI ETA' > 2anni)**

Consuma abitualmente i seguenti prodotti?

carne fresca: si no non so

verdure crude: si no non so

latte fresco pastorizzato si no non so

Quale marca di latte beve abitualmente? \_\_\_\_\_ tipo \_\_\_\_\_

latte crudo non pastorizzato si no non so

se sì, il latte viene bollito? si no non so

latticini (compresi yogurt e gelato)? si no non so

Ha qualche restrizione di tipo alimentare si quale \_\_\_\_\_

**(BAMBINI IN SVEZZAMENTO < 2anni età):**

suo figlio è stato o è ancora allattato al seno ? si (per mesi \_\_\_\_\_) no

Esclusivo mesi \_\_\_\_\_

niente altro che latte materno

Ppredominante mesi \_\_\_\_\_

(latte materno + acqua o altri liquidi NON latte artificiale:

Complementare mesi \_\_\_\_\_

latte materno + acqua o altri liquidi + altri cibi semisolidi e anche latte artificiale

latte fresco pastorizzato si no non so

a che età ha cominciato a mangiarne? \_\_\_\_\_

latte crudo non pastorizzato si no non so

a che età ha cominciato a mangiarne? \_\_\_\_\_

latticini freschi (ricotta, stracchino, mozzarella, compresi yogurt e gelato)? si no non so

a che età ha cominciato a mangiarne? \_\_\_\_\_

carne fresca: si no non so

a che età ha cominciato a mangiarne? \_\_\_\_\_

verdure crude: si no non so

a che età ha cominciato a mangiarne? \_\_\_\_\_

Ha qualche restrizione di tipo alimentare si quale si no non so

\_\_\_\_\_

da inviare, opportunamente compilata, all'indirizzo mail:

malinf@oerpuglia.org

**15. Alimenti – bambino** - Nei 10 giorni precedenti la comparsa dei sintomi, Suo figlio ha consumato i seguenti alimenti?

*carni*

- vitello, vitellone, manzo
- agnello
- suiuno
- coniglio
- pollame
- cavallo
- Hamburger (no pollame)
- Polpette/polpettone
- salame
- salsiccia
- wurstel (no pollame)
- Altro ?

consumo		Origine indicare luogo acquisto o consumo						cottura		Luogo acquisto	tipologia
si	non so	Confezionata (surgelata)	Preconf. (vassoi)	Sfuso - banco macellaio	Ristorante - Bar	mensa	Cruda	Poco cotta		AR-artigianale; CO- commerciale; CA-casalunga	

(domanda da fare solo se non ha mai riferito di aver consumato carne cruda o poco cotta)

- È sicura, quindi, che suo figlio/a non abbia mangiato carne cruda?      si    no    non so
- E carne al sangue o rosa ?      si    no    non so

da inviare, opportunamente compilata, all'indirizzo mail:  
[malinf@oerpuglia.org](mailto:malinf@oerpuglia.org)





*verdure crude e frutta*

consumo	Origine indicare luogo acquisto o consumo						Luogo acquisto			
	si	no	non so	Conf. IV gamma	Preconf. (vassoi)	Sfuso - banco		orto	Ristorante - Bar	mensa
Verdure a foglia verde										
Altri ortaggi										
Insalata mista										
Germogli di soia										
Frutta con buccia										
melone - cocomero										
altro										

Verdure a foglia verde  
 Altri ortaggi  
 Insalata mista  
 Germogli di soia  
 Frutta con buccia  
 melone - cocomero  
 altro

Giocando con gli alimenti potrebbe essere venuto direttamente a contatto con la carne cruda?

si mi ricordo che è successo     può darsi     no     non so

da inviare, opportunamente compilata, all'indirizzo mail:  
 malinf@oerpuglia.org

Nei 10 giorni precedenti la comparsa dei sintomi, Lei oppure suo Marito o un altro familiare ha consumato i seguenti alimenti?

carni	consumo		Origine indicare luogo acquisto o consumo				cottura		Luogo acquisto	tipologia			
	si	no	Confezion ata	Preconf. (vassoi)	Sfuso - banco macellaio	Ristorante - Bar	mensa	Cruda			Poco cotta	griglia	
vitello, vitellone, manzo													
agnello													
suino													
coniglio													
pollame													
cavallo													
Hamburger (no pollame)													
Polpette/polpettone													
salame													
salsiccia													
wurstel (no pollame)													
Altro ?													

(domanda da fare solo se non ha mai riferito di aver consumato carne cruda o poco cotta)

È sicura, quindi, che nessuno non abbia mangiato carne cruda?  
E carne al sangue o rosa ?

sì  no  non so  
 sì  no  non so

da inviare, opportunamente compilata, all'indirizzo mail:  
malinf@oerpuglia.org

*formaggi e latticini*

- Latte crudo
- Latte fresco
- Latte UHT
- Ricotta mucca
- Ricotta pecora
- Mozzarella bovina
- Mozzarella bufala
- Primo sale
- robiola
- Crescenza/stracchino
- Burrata/stracciatella
- Caciotta
- Altri formaggi freschi
- yogurt
- gelato
- ghiaccioli
- granita
- Succo di frutta
- altro

consumo	Origine						Luogo acquisto	tipologia
	indicare luogo acquisto o consumo							
si	no	no	so	Preconf. (vassoi)	Sfuso - banco	Ristorante - Bar	mensa	
								AR-artigianale; CO- commerciale; CA-casilunga

da inviare, opportunamente compilata, all'indirizzo mail: malinf@oerpuglia.org



*verdure crude e frutta*

consumo	Origine indicare luogo acquisto o consumo						Luogo acquisto			
	si	no	non so	Conf. IV gamma	Preconf. (vassoi)	Sfuso - banco		orto	Ristorante - Bar	mensa
Verdure a foglia verde										
Altri ortaggi										
Insalata mista										
Germogli di soia										
Frutta con buccia										
melone - cocomero										
altro										

Verdure a foglia verde  
Altri ortaggi  
Insalata mista  
Germogli di soia  
Frutta con buccia  
melone - cocomero  
altro

In quale supermercato vi rifornite in genere: \_\_\_\_\_

da inviare, opportunamente compilata, all'indirizzo mail:  
malinf@oerpuglia.org



### **Soggiorni precedenti (SP)**

*Negli ultimi 15 giorni avete fatto una gita in giornata fuori città?* si no non so

data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ b. luogo \_\_\_\_\_

*Negli ultimi 10/15 giorni avete soggiornato in altra località?* si no non so

- *Quante notti avete trascorso fuori casa?*

data partenza \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ b. data ritorno \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

luogo \_\_\_\_\_

- *Eravate in centro urbano*  *fuori dal centro urbano*

- *Dove eravate alloggiati?*

Hotel/Residence/bed & breakfast/agriturismo \_\_\_\_\_

Casa privata (di proprietà o in affitto)

campeggio (denominazione e indirizzo) \_\_\_\_\_

villaggio turistico (denominazione e indirizzo) \_\_\_\_\_

campo scuola/campo estivo/casa vacanza (denominazione e indirizzo) \_\_\_\_\_

*Negli ultimi 10/15 giorni siete stati a fare un pic-nic?* si no non so

a. data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ b. luogo \_\_\_\_\_

*Negli ultimi 10/15 giorni siete stati in un agriturismo?* si no non so

a. data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ b. luogo \_\_\_\_\_

*Avete consumato prodotti tipici (latticini, salumi) o artigianali che abitualmente non consumate a casa in vacanza oppure qualcuno ve li ha portati?* si no non so

salumi formaggi salumi e formaggi

*Da dove provenivano?* \_\_\_\_\_

il bambino li ha assaggiati/mangiati? si no non so

*Nelle ultime 2 settimane avete partecipato ad una grigliata?* si no non so

data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ b. luogo \_\_\_\_\_

il bambino ha assaggiato/mangiato qualcosa? si no non so

*Avete partecipato a feste con catering, banchetti ecc.* si no non so

data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ b. luogo \_\_\_\_\_

il bambino ha assaggiato/mangiato qualcosa? si no non so

*Nelle ultime 2 settimane avete mangiato in un ristorante, cibi take-away o in un fast food?*

si no non so

a. data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ b. luogo \_\_\_\_\_

b. data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ b. luogo \_\_\_\_\_

**da inviare, opportunamente compilata, all'indirizzo mail:  
malinf@oerpuglia.org**





c. data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ b. luogo \_\_\_\_\_

il bambino ha assaggiato/mangiato qualcosa? si no non so

*Nelle ultime 2 settimane avete mangiato a una sagra?*

si no non so

a. data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ b. luogo \_\_\_\_\_

*Nelle ultime due settimane avete mangiato a un "chiosco" o un kebab?*

si no non so

a. data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ b. luogo \_\_\_\_\_

Il bambino ha assaggiato/mangiato qualcosa? si no non so

### **Caratteristiche abitative (CA)**

*L'abitazione di residenza o nella quale avete soggiornato nei 15 giorni prima la comparsa dei sintomi.*

- in un centro urbano  
 al confine con la campagna  
 in campagna  
 è una fattoria: si no non so  
 sono allevati bovini? si no non so

*Nei 15 giorni prima dei sintomi il bambino è stato almeno per una giornata intera a casa dei **nonni o parenti**?* si no non so

L'abitazione dei nonni/parenti è:

- in un centro urbano  
 al confine con la campagna  
 in campagna  
 è in una fattoria: si no non so  
 sono allevati bovini? si no non so

*La casa di residenza o nella quale avete soggiornato nei 15 giorni precedenti, o la casa dove suo figlio passa abitualmente del tempo(nonni), ha un pozzo autonomo?*

- si no non so  
 Per quali usi? uso domestico irrigazione

*Avete un orto?* si noi i nonni (parenti) no non so

come lo irrigate?

- pozzo corsi d'acqua irrigua non so  
acqua piovana acquedotto

come lo concimate?

- letame ruminanti non concimato letame non ruminanti  
altro non so

*Avete un giardino?* si noi i nonni (parenti) no non so

- come lo irrigate?

- pozzo  corsi d'acqua irrigua non so  
 acqua piovana  acquedotto

**da inviare, opportunamente compilata, all'indirizzo mail:  
 malinf@oerpuglia.org**





- Di recente è stato concimato?

- letame ruminanti       non concimato       letame non ruminanti  
 altro    non so

### Acque (AQ)

1. L'approvvigionamento dell'acqua alla vostra casa di abitazione o dove avete soggiornato nei 15 giorni precedenti la comparsa dei sintomi o alla casa dove suo figlio passa abitualmente del tempo (nonni), avviene (anche occasionalmente) tramite:

- acquedotto                       si     no     non so  
 pozzo autonomo                 si     no     non so  
 rifornimento con autocisterne  si     no     non so  
 cisterne ad accumulo          si     no     non so

L'acqua è potabile?    si     no     non so

Nei 15 giorni precedenti la comparsa dei sintomi:

- l'approvvigionamento di acqua a casa è stato interrotto    si     no     non so  
 ha notato se l'acqua ha cambiato colore                                 si     no     non so  
 ha notato se l'acqua ha cambiato odore o sapore                         si     no     non so

.Nei 15 giorni precedenti la comparsa dei sintomi suo figlio ha consumato ?

- Acqua imbottigliata             si     no     non so  
 Acqua rubinetto                 si     no     non so       filtrata  
 Fontanili/fontanelle          si     no     non so  
 acqua pozzo                       si     no     non so  
 acqua dei distributori automatici  si     no     non so

Nei 15 giorni precedenti la comparsa dei sintomi il bambino ha fatto bagni:  si    no    non so

piscina pubblica    data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ luogo \_\_\_\_\_

acquapark    data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ luogo \_\_\_\_\_

pisc. privata        data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ luogo \_\_\_\_\_

con quale acqua è stata riempita?  acquedotto    pozzo     altro    non so

pisc. gonfiabile / per bambini    data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ luogo \_\_\_\_\_

con quale acqua è stata riempita?  acquedotto    pozzo     altro    non so

c'erano altri bambini insieme a suo figlio/figlia?    si     no     non so

mare                data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ luogo \_\_\_\_\_

fiume/lago/torrenti    data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ luogo \_\_\_\_\_

Nei 15 giorni precedenti la comparsa dei sintomi suo figlio ha giocato, mangiato, passeggiato, fatto attività ricreative vicino a laghi, fiumi, torrenti, stagni, o altri bacini idrici?

si     no     non so    data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ luogo \_\_\_\_\_

da inviare, opportunamente compilata, all'indirizzo mail:  
 malinf@oerpuglia.org



Nei 15 giorni precedenti la comparsa dei sintomi suo figlio è stato al mare (anche senza fare il bagno)? si no non so

Nei 15 giorni precedenti suo figlio ha giocato in un parco?

si no non so

Nei 15 giorni precedenti suo figlio ha giocato in buche di sabbia per bambini?

sì nel parco  sì in spiaggia no non so

### **Abitudini (AB)(per bambini di età inferiore ai 4 anni)**

Suo figlio usa il ciuccio? si no non so

Suo figlio usa il biberon? si no non so

Nell'ultimo periodo le è capitato di lavarlo con:

solamente acqua si no non so,  
 acqua bollente si no non so,  
 acqua e amuchina\disinfettante\detersivo si no non so,  
 altro\_\_\_\_\_

Le è capitato, nell'ultimo periodo, di metterlo in bocca per pulirlo?

si no non so

Ha già tolto il pannolino? si no non so Quanto tempo fa?\_\_\_\_\_

Va al bagno da solo? si no non so

### **Animali (AN)**

Avete cani o gatti che vivono con voi?

si no non so i nonni (parenti)

Se sì, avete notato se recentemente ha avuto episodi di diarrea?

si no non so

Ci sono allevamenti di bovini nelle vicinanze della vostra abitazione?

si no non so

Quanto è distante l'allevamento di bovini più vicino a voi, più o meno 5 km?

meno\_\_\_\_\_ più non so

Ci sono allevamenti di altre specie animali a una distanza inferiore a 5 km circa dalla vostra abitazione di residenza o di soggiorno?

si no non so specificare\_\_\_\_\_

Nel caso il bambino trascorra abitualmente tempo con i **nonni/parenti**, ci sono allevamenti di bovini nelle vicinanze della loro abitazione?

si no non so

Quanto è distante l'allevamento di bovini più vicino, , più o meno 5 km?

meno\_\_\_\_\_ più non so

da inviare, opportunamente compilata, all'indirizzo mail:  
malinf@oerpuglia.org





*Ci sono allevamenti di altre specie animali a una distanza inferiore a 5 km circa dalla loro abitazione di residenza o di soggiorno?*

si no non so specificare\_\_\_\_\_

*Nei 15 giorni precedenti la comparsa dei sintomi, suo figlio ha giocato o fatto una passeggiata su pascoli o terreni dove transitano animali d'allevamento?*

si no non so data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ luogo\_\_\_\_\_

*Nel periodo precedente la comparsa dei sintomi siete stati a visitare uno zoo?*

si no non so

luogo\_\_\_\_\_

*Nel periodo precedente la comparsa dei sintomi siete stati a visitare un luogo in cui c'erano animali d'allevamento, es. una stalla di mucche, un ovile?*

si no non so

*Se si, quali?*

mucche/vitelli luogo\_\_\_\_\_

ovi/caprini luogo\_\_\_\_\_

suini luogo\_\_\_\_\_

pollame luogo\_\_\_\_\_

equini luogo\_\_\_\_\_

altre specie luogo\_\_\_\_\_

*Nei 15 giorni siete stati ad una fiera con esposizione di animali?*

si no non so data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ luogo\_\_\_\_\_

*Nel periodo precedente la comparsa dei sintomi suo figlio ha avuto contatto diretto (cioè ha toccato) animali d'allevamento?*

si no non so

*Se si, quali?*

mucche/vitelli luogo\_\_\_\_\_

ovi/caprini luogo\_\_\_\_\_

suini luogo\_\_\_\_\_

pollame luogo\_\_\_\_\_

equini luogo\_\_\_\_\_

altre specie luogo\_\_\_\_\_

*Nei 15 giorni precedenti suo figlio è stato a contatto con persone che vivono o lavorano con animali d'allevamento?*

si no non so

Specificare\_\_\_\_\_

*Nei 15 giorni precedenti suo figlio è stato a contatto con persone che lavorano come casari, macellai o cuochi ?*

si no non so

Specificare\_\_\_\_\_

da inviare, opportunamente compilata, all'indirizzo mail:  
malinf@oerpuglia.org



**Comunità (CO)**

Il bambino frequenta il nido/asilo/scuola/campo scuola? si no non so

Fino a quale data ha frequentato? data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Consuma i pasti a scuola? si no non so

Nei 15 giorni precedenti suo figlio è stato a contatto con persone che lavorano con bambini sotto i sei anni?

si no non so \_\_\_\_\_

Nei 15 giorni precedenti suo figlio è stato a contatto con persone che esercitano una professione medica/ospedaliera sanitaria?

si no non so

Specificare con quali pazienti \_\_\_\_\_

In famiglia o presso i vostri parenti e conoscenti che possono essere stati a contatto con vostro figlio, nell'ultimo mese e prima dell'inizio della malattia del bambino qualcuno ha avuto diarrea, vomito o mal di pancia?

persona	no	si	Mal di pancia	vomito	nausea	diarrea	Diarrea cronica
Madre							
Padre							
Altri- elenco: (nonni, fratelli baby sitter)							

Tra i bambini a scuola o tra i compagni di gioco nell'ultimo mese e prima dell'inizio della malattia del bambino qualcuno nell'ultimo mese ha avuto di diarrea, vomito, mal di pancia?

si no non so

persona	no	si	Mal di pancia	vomito	nausea	diarrea	Diarrea cronica
compagni							
insegnanti							

Avete un sospetto sulle possibili cause? \_\_\_\_\_

La ringrazio molto per la collaborazione e le lascio il mio numero di telefono qualora volesse informarci di altro... 080-5478481

da inviare, opportunamente compilata, all'indirizzo mail:  
malinf@oerpuglia.org







## Sorveglianza delle paralisi flaccide acute

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### 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 \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_      II dose \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_      III dose \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_      IV dose \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 IPV  OPV       IPV  OPV       IPV  OPV       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 \_\_\_\_\_

da inviare, opportunamente compilata, all'indirizzo mail:  
 malinf@oerpuglia.org





Regione Puglia

## Sorveglianza delle paralisi flaccide acute

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_



### 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                      muscoli 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-Barrè                      poliradiculoneurite/Sindrome di Landry                      mielite trasversa                      neuropatia traumatica                      meningite                      encefalite                      compressione spinale                       specificare \_\_\_\_\_(da neoplasia, ascesso, ematoma)                       specificare \_\_\_\_\_malattie sistemiche o metaboliche                       specificare \_\_\_\_\_altro                       specificare \_\_\_\_\_

Medico responsabile \_\_\_\_\_

Data del Follow up \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

da inviare, opportunamente compilata, all'indirizzo mail:  
malinf@oerpuglia.org



### SORVEGLIANZA DELLA PERTOSSE

REGIONE PUGLIA ASL \_\_\_\_\_ DATA COMPILAZIONE \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 P.O. \_\_\_\_\_ U.O. \_\_\_\_\_

#### DATI ANAGRAFICI DEL CASO

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
 Data di Nascita \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Et  \_\_\_\_\_ Sesso  M  F  
 Comune di Nascita \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_  
 Comune di Residenza \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_  
 Indirizzo \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

#### DATI CLINICI

Data Inizio Sintomi \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Ricovero  SI  NO Se SI, Data di Ricovero \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Tosse parossistica  Sibilio inspiratorio  Vomito dopo la tosse  
 Apnea  Altro \_\_\_\_\_  
 Vaccinato  SI  NO  NON NOTO Data ultima dose: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

#### FATTORI DI RISCHIO

Frequenta comunit   SI  NO  NON NOTO  
 Se SI, quale \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_  
 Contatto con altri casi di pertosse  SI  NO  NON NOTO  
 Se SI, data contatto \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 N  componenti nucleo familiare/ contatti stretti \_\_\_\_\_  
 N  componenti nucleo familiare/ contatti stretti sottoposti a chemioprophilassi \_\_\_\_\_

Data Raccolta Campione \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Timbro e Firma

da inviare, opportunamente compilata, all'indirizzo mail:  
**malinf@oerpuglia.org**