



**ASL Mediocampidano**  
Azienda socio-sanitaria locale

## PR231

Guida alla notifica delle malattie  
infettive e diffuse

PR 231

Rev. 0/2023

Pagina 1 di 50



**ASL Mediocampidano**

Azienda socio-sanitaria locale

## Procedura PR231

### Guida alla notifica delle malattie infettive e diffusive

Redazione	Direzione Sanitaria POU Nostra Signora di Bonaria	
Verifica e Approvazione	Sergio Pili Direttore Sanitario POU	
Emissione e Revisione	Francesco Ronchi Direttore Sanitario ASL	
Adozione	Delibera Direttore Generale	
Distribuzione	Originale <input checked="" type="checkbox"/>	
	Controllata <input checked="" type="checkbox"/>	Non controllata <input type="checkbox"/>



## Indice

<b>1. Introduzione</b>	<b>3</b>
<b>2. Malattie soggette a denuncia obbligatoria</b>	<b>4</b>
<b>3. Segnalazione delle malattie infettive e diffuse</b>	<b>7</b>
<b>4. Sorveglianza delle infezioni da batteri produttori di Carbapenemasi (CPE)</b>	<b>11</b>
<b>5. Allegati, segnalazione e notifica</b>	<b>12</b>
<b>6. Scheda per la sorveglianza epidemiologica della malattia di Creutzfeldt Jakob</b>	<b>13</b>
<b>7. Scheda per la sorveglianza epidemiologica della meningite</b>	<b>14</b>
<b>8. Scheda per la sorveglianza epidemiologica della legionellosi</b>	<b>18</b>
<b>9. Scheda per la notifica e l'inchiesta epidemiologica su caso di malaria</b>	<b>20</b>
<b>10. Scheda di sorveglianza delle batteriemie da CPE (produttori di Carbapenemasi)</b>	<b>20</b>
<b>11. Sistema informativo delle malattie infettive e schede di notifica</b>	<b>22</b>
<b>12. Scheda di notifica di malattia infettiva - classe prima</b>	<b>23</b>
<b>13. Scheda di notifica di malattia infettiva - classe seconda</b>	<b>24</b>
<b>14. Scheda di notifica di malattia infettiva - classe terza</b>	<b>25</b>
<b>15. Scheda di notifica di malattia infettiva - classe quarta</b>	<b>26</b>
<b>16. Scheda di sorveglianza integrata morbillo - rosolia</b>	<b>27</b>
<b>17. Scheda di notifica e sorveglianza Chikungunya e Dengue</b>	<b>32</b>
<b>18. Scheda di notifica di caso umano di West Nile Virus</b>	<b>36</b>
<b>19. Scheda di notifica e sorveglianza di arbovirosi</b>	<b>37</b>
<b>20. Schede di sorveglianza paralisi flaccida acuta</b>	<b>39</b>
<b>21. Scheda di notifica di botulismo</b>	<b>42</b>
<b>22. Scheda di notifica di infezione di rosolia in gravidanza</b>	<b>44</b>
<b>23. Scheda di notifica di caso di sindrome/infezione da rosolia congenita</b>	<b>47</b>
<b>24. Indirizzi cui segnalare le malattie infettive</b>	<b>50</b>
<b>25. Lista di distribuzione</b>	<b>50</b>



## 1. Introduzione

Il medico che nell'esercizio della sua professione venga a conoscenza di un caso di malattia infettiva e diffusiva accertato o anche solo sospetto, pericolosa per la salute pubblica, deve segnalarlo all'autorità sanitaria locale competente che la notifica al Sistema Informativo delle Malattie Infettive (SIMI). Quando l'infezione avviene in Ospedale la segnalazione è effettuata dal **Medico del reparto** in cui si verifica il caso per il **tramite della Direzione Medica di Presidio**. Le malattie infettive, soggette a notifica obbligatoria, sono suddivise in **cinque classi** che seguono differenti percorsi di alimentazione dei corrispondenti flussi informativi.

**1.1 Prima classe.** Comprende le malattie per le quali è richiesta la **segnalazione immediata**, in quanto **soggette al regolamento sanitario internazionale**, o di **particolare interesse per altre finalità**. Il caso di sospetto deve essere segnalato entro 12 ore, tramite telefono o mail, all'ASSL competente per territorio che, ricevuta la segnalazione, comunica immediatamente all'Assessorato regionale della Sanità che, a sua volta informa il Ministero della Salute e l'Istituto Superiore di Sanità. Il Ministero della Salute, quando previsto, segnala immediatamente l'accertamento del caso all'Organizzazione mondiale della sanità. Nel caso di esito positivo l'ASSL compila ed invia il **modello di notifica** all'Assessorato ed al Ministero della Salute, che lo trasmetterà **all'ISTAT**. Presso ogni ASSL, nell'ambito del servizio di Igiene e Sanità Pubblica, un medico appositamente incaricato compila il modello 15 e si reca, quando occorre, nel luogo in cui si trova il paziente per ottenere le notizie richieste nel modulo. La compilazione del modulo deve avvenire anche nei casi di morte del soggetto prima della notifica. All'elenco delle malattie della classe prima sono state recentemente aggiunte la malattia di Creutzfeld-Jacob, la variante della malattia di Creutzfeld-Jacob, la sindrome di Gerstmann-Straussler-Sheinker, l'insonnia familiare letale ed eventuali sindromi ad essa correlate. Nei casi sospetti di malattia di Creutzfeld-Jacob e sindromi ad essa correlate, il medico accertatore, in collaborazione con la ASSL, dovrà compilare un'apposita scheda di sorveglianza (vedi sezione modulistica) da trasmettere all'Assessorato, al Ministero della Salute e all'Istituto Superiore di Sanità. Agli stessi destinatari dovranno, inoltre, essere inviati anche gli esiti (sia positivi che negativi) dell'esame neuroistopatologico che, in caso di decesso del paziente, è obbligatorio.

### 1.2 Seconda classe.

Vi appartengono le malattie infettive ad **elevata frequenza e/o soggette ad interventi di controllo**. La **segnalazione** del caso, anche se solo sospetto, deve essere fatto **entro due giorni**, alla **ASL competente** per territorio che compila ed invia mensilmente all'Assessorato regionale alla Sanità il modello individuale di notifica (modello 15) ed i dati aggregati, suddivisi per fasce di età e sesso. L'Assessorato, a sua volta, elabora ed invia su supporto cartaceo al Ministero della Salute e all'Istituto superiore di sanità il riepilogo mensile provvisorio suddiviso per Provincia, fasce d'età e sesso. Tali dati diventeranno definitivi decorsi 6 mesi dal mese di riferimento. L'Assessorato mensilmente invia all'Istat gli stessi dati provvisori (su supporto cartaceo) e quelli definitivi a giugno dell'anno successivo (su supporto informatico)

### 1.3 Terza classe

Vi appartengono le malattie infettive per le quali **è richiesta una documentazione particolare**, oltre ad alcune informazioni in comune con la scheda di notifica utilizzata per le classi precedenti. Nei casi di tubercolosi e micobatteriosi la notifica dovrà essere fatta utilizzando l'apposita scheda. Per queste malattie il flusso informativo è lo stesso descritto per la seconda classe, ad eccezione della sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), le cui modalità di notifica seguono un flusso particolare.

#### 1.4 Quarta classe:

Vi appartengono le malattie con focolaio epidemico. La segnalazione deve avvenire entro ventiquattro ore alla ASSL, che compila ed invia il modello individuale di notifica alla Regione, al Ministero della Salute, all'Istituto Superiore di Sanità e all'ISTAT.

#### 1.5 Quinta classe:

Comprende le malattie infettive e diffuse non incluse nelle classi precedenti, per le quali è sufficiente che le asl trasmettano all'Assessorato regionale alla Sanità, in un unico elenco, il riepilogo mensile. L'Assessorato, a sua volta, invierà i dati (solo su supporto cartaceo) al Ministero della Salute, all'Istituto superiore di sanità e all'Istat. Tali malattie saranno segnalate con le modalità previste per la classe quarta nei casi in cui assumano le caratteristiche di focolaio epidemico.

## 2. Malattie soggette a denuncia obbligatoria (Artt. 235-254 T.U.LL.SS. e DM 15/12/1990 e s.m.e i)

CLASSE PRIMA		PRECAUZIONI DA ATTUARE	MODALITA' DI NOTIFICA
1	colera	S/C=Standard +Contatto	Segnalazione da parte del Medico <b>ENTRO 12 ORE</b> dall'osservazione di un caso di malattia anche solo sospetta.  In <b>ROSSO</b> con * le malattie infettive diffuse soggette a <u>normativa</u>
2	febbre gialla	S = Standard	
3	febbre ricorrente epidemica	S = Standard	
4	febbri emorragiche virali (febbre di Lassa, Marburg, Ebola)*	C = Contatto	
5	peste;	S = Standard ( per bubbonica) D = Droplet (per polmonare)	
6	poliomielite	S = Standard	
7	tifo esantematico	S = Standard	
8	botulismo *	S = Standard	
9	difterite	C = Contatto D = Droplet	
10	influenza con isolamento virale **	D = Droplet	
11	rabbia	S = Standard	
12	tetano *	S = Standard	
13	trichinosi	S = Standard	
14	Malattia di Creutzfeldt - Jakob *		
15	Variante della malattia di Creutzfeldt - Jakob *		
16	Sindrome di Gerstmann - Straussler - Scheinker *		
17	Insonnia familiare letale *		
18	Sindromi correlate alle ultime quattro malattie *		



CLASSE SECONDA		PRECAUZIONI DA ATTUARE	MODALITA' DI NOTIFICA
19	blenorragia *	S = Standard	<p>Segnalazione scritta su scheda di notifica da parte del Medico <b>ENTRO 48 ORE</b> dall'osservazione del caso di malattia anche solo sospetta</p> <p><b>34) morbillo* e 35) parotite*</b> <b>NOTIFICA ENTRO 12 ORE</b></p> <p><b>38) rosolia *</b> normativa specifica .</p> <p>In <b>ROSSO</b> con * le malattie infettive diffuse soggette a normativa</p>
20	brucellosi	S = Standard	
21	diarree infettive non da salmonella	S = Standard / C = Contatto (se incontinenza)	
22	epatite virale A	C = Contatto	
23	epatite virale B	S = Standard	
24	epatite virale NANB	S = Standard	
25	epatite virale non specificata	S = Standard	
26	febbre tifoide	S = Standard C = Contatto (se incontinenza)	
27	legionellosi *	S = Standard	
28	leishmaniosi cutanea	S = Standard	
29	leishmaniosi viscerale	S = Standard	
30	leptosirosi	S = Standard	
31	listeriosi	S = Standard	
32	meningite ed encefalite acuta virale	D = Droplet	
33	meningite meningococcica e meningiti batteriche in genere *	D = Droplet	
34	morbillo *	A = Aerea	
35	parotite* *	D = Droplet	
36	pertosse	D = Droplet	
37	rikettsiosi diversa da tifo esantematico	S = Standard	
38	rosolia *	D = Droplet	
39	salmonellosi non tifoide	S = Standard C = Contatto (se incontinenza)	
40	scarlattina	D = Droplet	
41	sifilide *	S = Standard	
42	tularemia	S = Standard	
43	varicella	A = Aerea/C = Contatto	




CLASSE TERZA		PRECAUZIONI DA ATTUARE	MODALITA' DI NOTIFICA
44	AIDS *	S = Standard	Segnalazione scritta su scheda di notifica da parte del Medico,  <b>ENTRO 48 ORE</b>  dall'osservazione di un caso di malattia anche solo sospetta.  Per queste malattie sono previsti flussi informativi particolari e differenziati. In <b>ROSSO</b> con * le malattie infettive diffuse soggette a normativa specifica * La segnalazione viene effettuata dai servizi o centri specialistici con apposite schede. ** Alla presente notifica deve essere acclusa la scheda epidemiologica
45	lebbra *	S = Standard	
46	malaria **	S = Standard	
47	micobatteriosi non tubercolare	S = Standard	
48	tubercolosi	A = Aerea	

CLASSE QUARTA		PRECAUZIONI DA ATTUARE	MODALITA' DI NOTIFICA
49	dermatofitosi (tigna)	S = Standard	Segnalazione scritta su scheda di notifica da parte del Medico, <b>ENTRO 24 ORE</b> dall'osservazione di un caso di malattia anche solo sospetta.  <b>50) infezioni, tossinfezioni ed infestazioni di origine alimentare* = NOTIFICA ENTRO 12 ORE</b>
50	infezioni, tossinfezioni ed infestazioni di origine alimentare *	C = Contatto	
51	pediculosi	C = Contatto	
52	scabbia	C = Contatto	
53	dermatofitosi (tigna)	S = Standard	

CLASSE QUINTA		PRECAUZIONI DA ATTUARE	MODALITA' DI NOTIFICA
Qualunque malattia infettiva e diffusiva non compresa nelle classi precedenti e zoonosi (regolamento di Polizia Veterinaria DPR 8.2.1954 N.320).		S = Standard C = Contatto C = Contatto C = Contatto S = Standard	Segnalazione scritta su scheda di notifica da parte del Medico, <b>ENTRO 48 ORE.</b>  In tutti i casi di focolaio epidemico la segnalazione deve avvenire <b>ENTRO 24 ORE.</b>




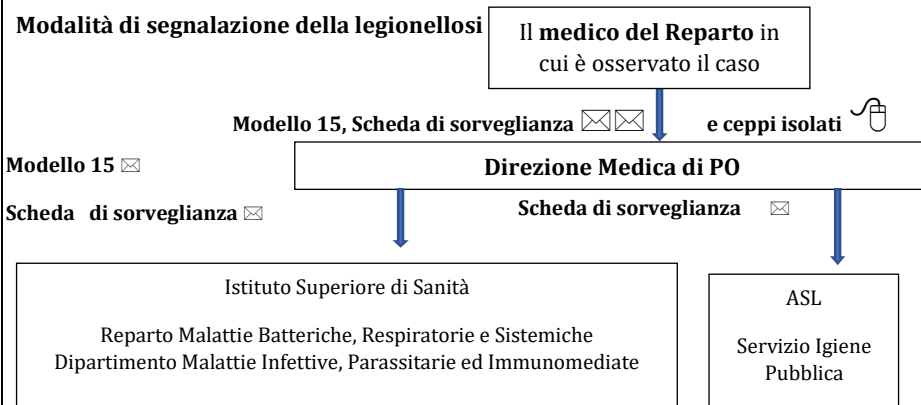
### 3. Segnalazione delle malattie infettive e diffuse

	Accertatore	Tempistica	Modalità	Destinatario
<b>CLASSE PRIMA</b>	Il medico del Reparto in cui è osservato il caso segnala	<b>Immediatamente</b>	Per telefono e via mail col <b>Modello 15</b> ☒☎@	Alla <b>Direzione Medica di PO</b>
	 <p>La <b>Direzione Medica di PO</b> segnala <b>tempestivamente</b> per telefono e via mail col <b>Modello 15 (scheda di notifica)</b> trasmesso dal reparto ☒@ al Servizio Igiene e Sanità Pubblica della ASL</p>			

<b>NORME SPECIFICHE DELLE MALATTIE DELLA CLASSE PRIMA</b>	<p><b>BOTULISMO: Circolare del Ministero n. 9, 1° luglio 1996</b> L'isolamento non è necessario. Immediata segnalazione da parte del medico del Reparto che individua il caso, <b>alla Farmacia del Presidio Ospedaliero</b>, che richiederà il siero antibotulinum al Dipartimento di Prevenzione del Ministero della Sanità - Ufficio III°.</p> <p><b>TETANO: Circolare del Ministero della Sanità n. 52 del 9 agosto 1982.</b> Obbligatorietà della vaccinazione antitetanica per i nuovi nati (legge n. 166 del 27.4.1981) e anche per alcune categorie di lavoratori a rischio, atleti e militari.</p> <p><b>FEBBRI EMORRAGICHE VIRALI (Ebola) : Nota del Ministero della Sanità 100/673/01/4266 del 26 maggio 1995. "Aggiornamento linee guida per la gestione dei soggetti con sospetta infezione da virus Ebola".</b> Tutti i casi sospetti o accertati di FEV vanno immediatamente notificati, secondo la normativa vigente, telefonando ai numeri: 06/59943905 (Dirigente Responsabile: Dottoressa Maria Grazia Pompa) o via Fax: 06/59943096</p> <p><b>MALATTIA DI CREUTZFELDT - JAKOB: Ordinanza 12 febbraio 2001. "Ordinanza contingibile ed urgente per la sorveglianza della Malattia di Creutzfeldt-Jakob".</b> La malattia di Creutzfeldt - Jakob è una malattia neurovegetativa ad esito letale, che può presentarsi in tre forme epidemiologiche denominate: forma sporadica, forma familiare e forma iatrogena e la cui conferma diagnostica è possibile al momento, soltanto mediante esami istologici sull'encefalo. Riconosciuta la necessità, alla luce dell'accertamento di casi sporadici di encefalopatia spongiforme del bovino (ESB) in Italia, di monitorare l'incidenza della malattia, questa ordinanza aggiunge all'elenco di cui alla classe I del DM 15 dicembre 1990: la malattia di Creutzfeldt-Jakob, la sindrome di Gerstmann-Straussler- Scheinker, l'insonnia familiare letale, ed eventuali sindromi ad esse correlate. Per la notifica di tali malattie deve essere osservato il flusso informativo deve comprendere la <b>scheda di sorveglianza per la malattia di Creutzfeldt - Jakob.</b></p>
---	--



	Accertatore	Tempistica	Modalità	Destinatario
<b>CLASSE SECONDA</b>	Il medico del Reparto in cui è osservato il caso segnala	<b>Entro 24 ore dall'evento*</b>	col <b>modello 15</b> ☒☎@	Alla <b>Direzione Medica di PO</b>
				
	La Direzione Medica di PO segnala <b>entro 48 ore dall'evento</b> via mail col <b>modello 15</b> ☒ @ al <b>Servizio Igiene e Sanità Pubblica della ASSL</b>			
<p><b>*Le segnalazioni di morbillo e parotite seguono le modalità e la tempistica della Prima classe</b> <b>La meningite deve essere segnalata entro 12 ore dall'accertamento diagnostico</b></p>				

<p><b>NORME SPECIFICHE DELLE MALATTIE DELLA CLASSE SECONDA</b></p>	<p><b>BLENNORRAGIA e SIFILIDE legge 25 luglio 1956 n. 837</b> La segnalazione è anonima ma se il segnalatore non specifica lo stato di contagiosità (in particolare, per la sifilide), la fonte dell'infezione o i provvedimenti adottati sul caso e gli eventuali contatti, il SISP può richiedere le generalità del paziente per condurre l'indagine e adottare gli interventi di profilassi.</p> <p><b>MENINGITE MENINGOCOCCICA e meningiti batteriche in genere.</b> (Nota Min. Sanità n. 400.2/15/3290 del 27 luglio 1994) La segnalazione è accompagnata da una <b>Scheda di Sorveglianza</b> (non sostitutiva ma integrativa) valida anche per la meningite tubercolare (classe III) e per le altre meningiti batteriche. La scheda di Sorveglianza è <b>compilata dal medico che accerta la diagnosi quindi solo per i casi confermati</b>. Per i casi da Neisseria ed Haemophilus è richiesto inoltre l'invio del ceppo batterico isolato al <b>Centro di riferimento: (Istituto di Igiene dell'Università di Sassari dottor Paolo Castiglia paolo.castiglia@uniss.it. Telefono: 079228032)</b> La scheda di Sorveglianza deve essere compilata in ogni sua parte in modo leggibile. In particolare:  <ul style="list-style-type: none"> <li>– la parte sovrastante l'introduzione ( n° della scheda e del ceppo) non deve essere compilata</li> <li>– per "recapito" del compilatore si intende il n. telefonico del lavoro;</li> <li>– i dati relativi a Regione e Comune devono essere iscritti per esteso e non in codice;</li> <li>– per "domicilio abituale" si intende il luogo dove il paziente vive, indipendentemente dal fatto che vi risieda;</li> <li>– per "comune inizio sintomi" si intende il primo luogo dove si sono manifestati; qualora si tratti di piccoli comuni, andrà sempre citata la sigla della provincia di appartenenza;</li> <li>– per "stato di immunodepressione" si intende la presenza di una patologia e/o trattamento terapeutico che indichi una compromissione del sistema immunitario del paziente.</li> </ul> <b>Per informazioni consultare il sito dell'ISS: <a href="http://www.simi.it/meningite_batterica.htm">www.simi.it/meningite_batterica.htm</a></b> </p> <p><b>LEGIONELLOSI Circolare del Ministero della Sanità n. 400.2/9/5708 del 29 dicembre 1993; Documento 4 Aprile 2000: "Linee-guida per la prevenzione e il controllo della legionellosi".</b> Per i casi di legionellosi, è stata introdotta un'apposita Scheda di Sorveglianza che deve essere compilata dal medico che pone la diagnosi e inviata, a cura della Direzione Medica Ospedaliera, al Servizio di Igiene dell'ASSL e all'ISS - Reparto Malattie Batteriche, Respiratorie e Sistemiche - Dipartimento Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate - Registro Centrale delle Legionellosi. Al succitato Laboratorio, insieme alla scheda, devono essere inviati i ceppi di Legionella eventualmente isolati, e quando possibile un campione di siero prelevato a distanza di 15-20 giorni dall'inizio della sintomatologia.</p> <p><b>Modalità di segnalazione della legionellosi</b></p> <div style="text-align: center;">  <pre> graph TD     A[Il medico del Reparto in cui è osservato il caso] --&gt; B[Modello 15, Scheda di sorveglianza ☒☒ e ceppi isolati 🧪]     B --&gt; C[Direzione Medica di PO]     C --&gt; D[Scheda di sorveglianza ☒]     D --&gt; E[Istituto Superiore di Sanità Reparto Malattie Batteriche, Respiratorie e Sistemiche Dipartimento Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate]     D --&gt; F[ASL Servizio Igiene Pubblica]           </pre> </div>
--	---





**CLASSE  
TERZA**

**Per le malattie infettive di classe terza sono previsti flussi informativi particolari e differenziati.**

**AIDS.**

**Circolari del Ministero della Sanità 13 febbraio, 1987 n. 5 (G.U. n. 48 del 27/2/ 1987) e 13/2/ 1988, n. 14.**

La scheda di notifica è in triplice copia (per il medico segnalatore, l'Assessorato Regionale alla Sanità e il Centro Operativo AIDS -C.O.A. presso l'ISS) e può essere richiesta (dalla Direzione di Presidio) al numero 06/83060401. La scheda è suddivisa in 2 parti collegate tra loro da un codice prestampato: una parte (a) contiene solo le informazioni anagrafiche, l'altra parte (b) contiene le informazioni generali, le malattie indicative di AIDS, le modalità di trasmissione dell'infezione, i dati clinici, le informazioni sul centro segnalatore ed uno spazio per eventuali note.

Per la notifica devono essere utilizzate **solo** schede in originale con i codici prestampati fornite **agli Assessorati** dal C.O.A. Per favorire la riservatezza dei dati, le due parti vanno spedite contemporaneamente ma in buste separate, evitando nella prima parte della scheda (contenente i dati anagrafici) qualsiasi riferimento alla patologia notificata. Per l'invio al C.O.A. sono state predisposte delle buste che accompagnano le schede di notifica con il seguente indirizzo prestampato: "Istituto Superiore di Sanità LEB - 35 V.le Regina Elena 299, 00161 Roma". Si raccomanda l'invio contemporaneo delle due parti della scheda per agevolare la raccolta e la validazione dei casi a livello centrale. **La Direzione Medica di Presidio non è coinvolta nella segnalazione.**

Il medico del Reparto  
che osserva il caso

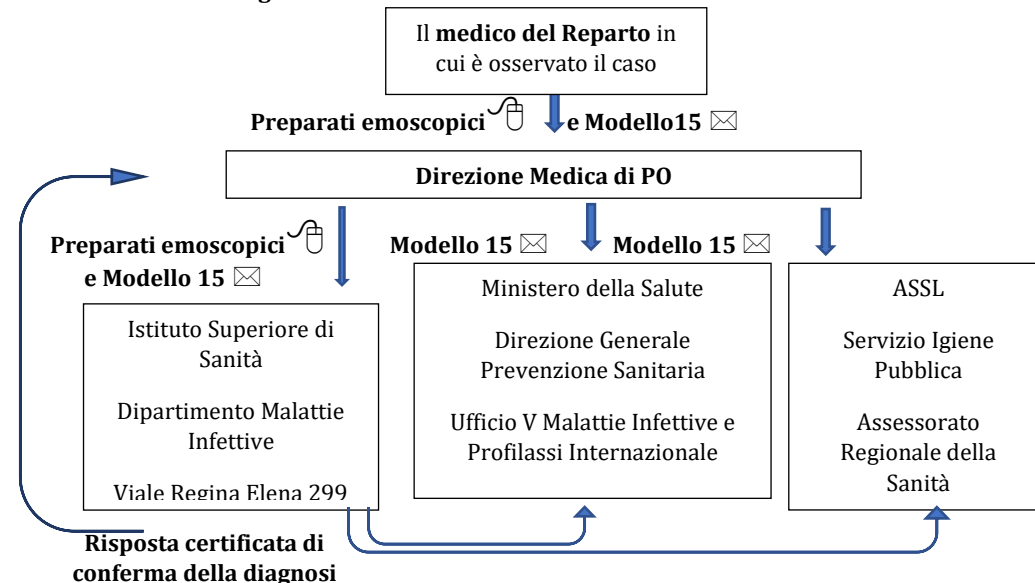
Segnala con i codici A  e B

All'Assessorato della sanità  
e al C.O.A.

**MALARIA:** Circolare del Ministero della Sanità n. 22 del 12 maggio 1992  
Circolare del 27 dicembre 2016 Prevenzione e controllo della malaria in Italia.  
Informativa n. 94, dicembre 2012 della D.G. rapporti europei e internazionali.

**NORME  
SPECIFICHE  
DELLE  
MALATTIE  
DELLA  
CLASSE  
TERZA**

**Modalità di segnalazione dei casi**




**TUBERCOLOSI e MICOBATTERIOSI NON TUBERCOLARE (Nota Min. Sanità n. 400/34.1/2022 del 27/3/95)**

La segnalazione dei casi di tubercolosi sospetti o accertati al Servizio di Igiene Pubblica della ASSL di diagnosi, deve essere fatta **entro 3 giorni**.

Nel caso in cui l'ASL di diagnosi sia **diversa** da quella di **residenza** o **domicilio abituale** del paziente, le informazioni disponibili saranno immediatamente **comunicate a quest'ultima**, per la messa in atto degli interventi di prevenzione e controllo.

**N.B.:** devono essere notificati tutti i nuovi casi e le recidive di T.B.C. attiva polmonare ed extrapolmonare, indipendentemente dalla contagiosità, inclusi i casi di complesso primario attivo (cioè non calcifico).



	<b>Accertatore</b>	<b>Tempistica</b>	<b>Modalità</b>	<b>Destinatario</b>
<b>CLASSE QUARTA</b>	Il medico del Reparto in cui è osservato il caso segnala	<b>Entro 12 ore dall'evento*</b>	via mail col <b>modello 15</b> ☒☒	Alla <b>Direzione Medica di PO</b>
				
	La <b>Direzione Medica di PO</b> segnala <b>entro 24 ore dall'evento</b> via mail col <b>modello 15</b> trasmesso dal reparto ☒☒@ al Servizio Igiene e Sanità Pubblica della ASL			
<b>*le malattie di origine alimentare devono essere segnalate entro 12 ore dall'osservazione</b>				

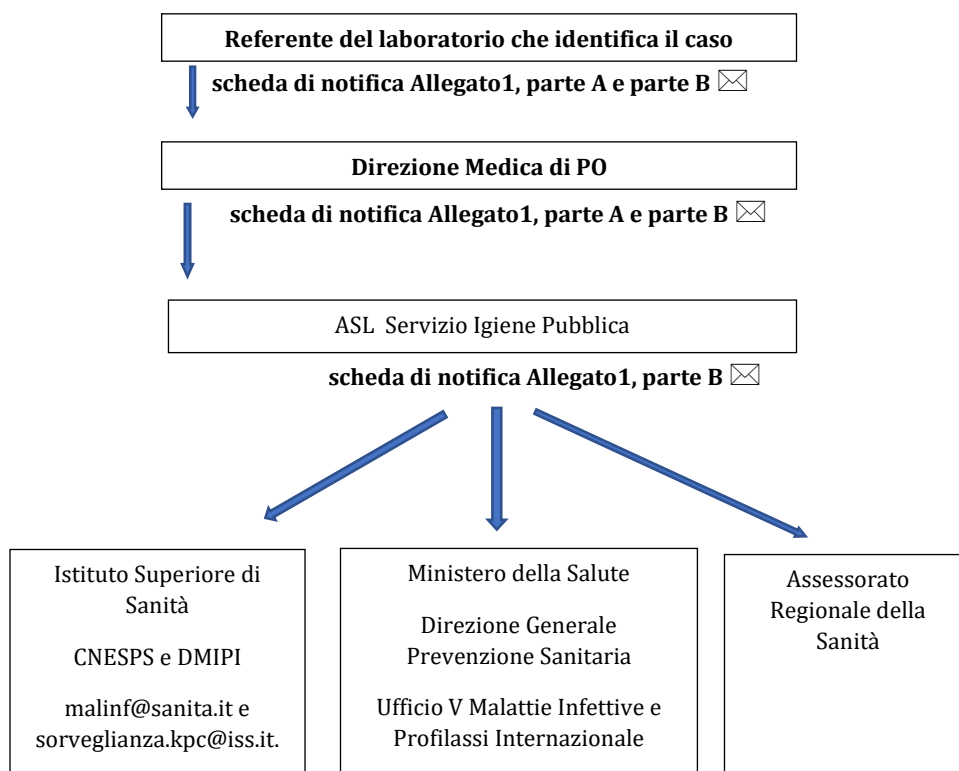
	<b>Accertatore</b>	<b>Tempistica</b>	<b>Modalità</b>	<b>Destinatario</b>
<b>CLASSE QUINTA</b>	Il medico del Reparto in cui è osservato il caso segnala	<b>Entro 24 ore dall'evento*</b>	via mail col <b>modello 15</b> ☒@	Alla <b>Direzione Medica di PO</b>
				
	La <b>Direzione Medica di PO</b> segnala <b>entro 48 ore dall'evento</b> via mail col <b>modello 15</b> trasmessi dal reparto ☒ @ al Servizio Igiene e Sanità Pubblica della ASSL			
<b>*le malattie di origine alimentare devono essere segnalate entro 12 ore dall'osservazione</b>				



#### 4. Sorveglianza, e controllo delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi (CPE)

La diffusione di batteri resistenti agli antibiotici rappresenta un importante problema di sanità pubblica in quanto aumenta in molti Paesi rendendo problematica la terapia di molte infezioni. Il fenomeno è aggravato dalla mancanza di nuovi antibiotici in commercio o in fase di sperimentazione. A riguardo, le Autorità europee, in occasione della conferenza "The Microbial Threat", tenutasi a Copenaghen nel 1998, hanno evidenziato l'importanza di adottare o implementare misure di sorveglianza sulla diffusione dei batteri resistenti agli antibiotici. Il 26 Febbraio del 2013 il Ministero della Sanità ha emanato la Circolare "Sorveglianza, e controllo delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi (CPE)", che dispone la sorveglianza delle batteriemie da CPE attraverso la raccolta e l'invio dei dati, secondo il seguente flusso:

1. il referente del laboratorio dove è stato identificato il caso invierà, entro 48 ore, la scheda di notifica (Allegato1, parte A e parte B), compilando i campi per i quali dispone delle informazioni necessarie (identificativo della struttura e del paziente, criteri microbiologici per la definizione di caso) alla Direzione Sanitaria dell'Azienda Ospedaliera e/o del Presidio Ospedaliero, per i pazienti ricoverati in ospedale;
2. la Direzione Sanitaria dell'Azienda Ospedaliera/Presidio Ospedaliero raccoglierà i dati eventualmente mancanti, ai fini della segnalazione (luogo insorgenza dei sintomi, origine della batteriemia, esito dell'infezione) e provvederà all'invio della scheda (Allegato1, parte A e parte B) alla ASL competente per territorio, preferibilmente entro 48 ore;
3. la ASL competente invierà la parte B dell'allegato 1, entro 7 giorni dall'identificazione del caso, alla Regione, al Ministero della Salute (Ufficio 05, Ex DGPREV, Malattie Infettive e Profilassi Internazionale, Direzione Generale della Prevenzione del Ministero della Salute) e, all'Istituto Superiore di Sanità (CNESPS e DMIPI), rispettivamente, ai seguenti indirizzi mail: malinf@sanita.it e sorveglianza.kpc@iss.it.



## 5. Allegati, segnalazione e notifica

Questa sezione del documento propone le schede di notifica e sorveglianza. Le prime sono quelle in cui i medici dei reparti raccolgono le informazioni sui casi osservati di malattia infettiva e che trasmettono alla direzione ospedaliera che, a sua volta, segnala al SISP del Dipartimento di Prevenzione della ASL.

Di seguito si riportano le schede di notifica (Modello 15) trasmesse ai SISP e, successivamente, al Ministero della Sanità, All'Istituto Superiore di Sanità e all'Assessorato Regionale della Sanità.

Queste vengono usate dai medici ospedalieri ed è utile conoscerle per avere un'idea chiara e compiuta del sistema delle malattie infettive, condividerlo e aderire agli obblighi di informazione.

Gli allegati sono molto importanti in quanto condensano le esigenze informative e semplificano l'adempimento informativo che di norma si svolge nella seguente maniera:

### 4.1 Fase ospedaliera



Il medico di Reparto  
che osserva il caso



lo documenta sul  
**Modello 15** (scheda di notifica)



e  
fa pervenire la scheda  
alla Direzione Medica  
del Presidio Ospedaliero

### 4.2 Fase della comunicazione al Servizio Igiene e Sanità Pubblica della ASL



La Direzione Medica  
del Presidio Ospedaliero



Convalida e sottoscrive  
il **Modello 15**



e  
lo invia agli uffici del  
SISP

### 4.3 Fase della notifica



Il SISP



Trasferisce le informazioni  
ricevute, le integra se necessario,  
le riporta sulla scheda di notifica appropriata



e la invia a,  
Regione  
Ministero e ISS



## 6. Scheda per la sorveglianza epidemiologica della malattia di Creutzfeldt Jakob

### Scheda per la sorveglianza epidemiologica della MALATTIA DI CREUTZFELDT-JAKOB

Medico segnalatore		Informazioni paziente	
Nome:	_____	Iniziali del paziente:	_____
Ospedale:	_____	Sesso:	_____
Indirizzo dell'ospedale:	_____	Data di nascita:	_____
Telefono:	_____	Data esordio malattia (mese/anno):	_____
Fax:	_____	Sintomo d'esordio:	_____
e-mail:	_____		

#### SEGNALARE LA PRESENZA DI

- Disturbi psichiatrici nelle prime fasi della malattia	SI	NO	
- Decadimento intellettivo – demenza	SI	NO	
- Mioclono	SI	NO	
- Altri movimenti involontari	SI	NO	
- Segni piramidali	SI	NO	
- Segni extrapiramidali	SI	NO	
- Segni cerebellari	SI	NO	
- Segni visivi	SI	NO	
- Mutismo acinetico	SI	NO	
- Parestesie	SI	NO	
- Disestesie dolorose	SI	NO	
- EEG caratteristico*	SI	NO	NON ESEGUITO
- Esame liquorale (proteina 14-3-3)	SI	NO	NON ESEGUITO

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

#### ALTRI ESAMI STRUMENTALI EFFETTUATI

**TC cerebrale**    SI                    NO                    **RMN cerebrale**    SI                    NO

FATTORI DI RISCHIO: \_\_\_\_\_

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

DATA: \_\_\_\_\_



## 7. Scheda per la sorveglianza epidemiologica della meningite meningococcica e delle meningiti batteriche in genere

Vers. 06/10/2017

Allegato 1

### SCHEDA DI SEGNALAZIONE

#### SORVEGLIANZA DELLE MALATTIE INVASIVE DA MENINGOCOCCO, PNEUMOCOCCO, EMOFILO e DELLE MENINGITI BATTERICHE

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

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

#### Dati relativi compilatore

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

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

Comune: \_\_\_\_\_

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

Telefono: \_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/ Fax: \_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/

E-mail: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

#### Dati del paziente:

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

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

Codice fiscale o STP: \_\_\_\_\_ Nazionalità: \_\_\_\_\_

Data inizio sintomi: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Comune inizio sintomi: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

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

Ricoverato:  Sì  No se sì Data di Ricovero \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

#### Agente eziologico:

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

Altro agente eziologico causante meningite batterica:

- Micobatterio tubercolare  Streptococco di gruppo B  Listeria  
 Altro agente batterico (specificare): \_\_\_\_\_  
 Non identificato (solo meningiti con liquor torbido o purulento)



Vers. 06/10/2017

**Diagnosi di laboratorio**

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

Email: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

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

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

Diagnosi eseguita (test positivi) su:

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

Note: la voce PCR include anche altre metodiche molecolari disponibili commercialmente

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

SI  NO se SI siero gruppo/sierotipo \_\_\_\_\_

In quale laboratorio è stata effettuata?

Laboratorio Riferimento regionale

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



**Esito conosciuto della malattia dalla data di segnalazione:**

Ultimo aggiornamento:  al momento della segnalazione  a 14 gg  1 mese  a 6 mesi

guarito  deceduto  ancora in trattamento

**Sequela dalla data di segnalazione (solo se mal. invasiva da *S. pneumoniae*, *N. meningitidis*, *H. influenzae*):**

Ultimo aggiornamento:  al momento della segnalazione  a 14 gg  1 mese  a 6 mesi

Perdita anche parziale dell'udito

Perdita anche parziale della vista

Danni neurologici compresi quelli motori

Amputazioni

Necrosi e cicatrici a livello cutaneo

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

**Contatti e focolaio epidemico (solo se malattia batterica invasiva da *N. meningitidis* o *H. influenzae*):**

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

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

Probabile contagio fuori dall'area di domicilio abituale?

No  Sì Se, sì, dove: \_\_\_\_\_

Il caso fa parte di un focolaio epidemico conosciuto?

No  Sì Se, sì, quale \_\_\_\_\_

Comunità frequentate:

Nido  Scuola materna  Scuola  Ospedale  Caserma

Altra comunità \_\_\_\_\_





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

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

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

N. della dose	Data somministrazione	Nome commerciale

Note relative alla vaccinazione:

---

---

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

**Fattori predisponenti malattie batteriche invasive:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asplenia anatomica/funzionale     | <input type="checkbox"/> Diabete mellito                    |
| <input type="checkbox"/> Immunodeficienza congenita        | <input type="checkbox"/> Epatopatia                         |
| <input type="checkbox"/> Leucemie/linfomi                  | <input type="checkbox"/> Cardiopatie                        |
| <input type="checkbox"/> Altre neoplasie                   | <input type="checkbox"/> Asma/enfisema                      |
| <input type="checkbox"/> Terapie immuno-soppressive        | <input type="checkbox"/> Tossicodipendenza e.v.             |
| <input type="checkbox"/> Trapianto d'organo o di midollo   | <input type="checkbox"/> Alcolismo                          |
| <input type="checkbox"/> Impianto cocleare                 | <input type="checkbox"/> Tabagismo                          |
| <input type="checkbox"/> Fistole liquorali                 | <input type="checkbox"/> Deficit fattori del complemento    |
| <input type="checkbox"/> Immunodeficienza acquisita        | <input type="checkbox"/> Emoglobinopatie                    |
| <input type="checkbox"/> Insuffici. renale cronica/Dialisi | <input type="checkbox"/> Altre malattie polmonari. Croniche |
| <input type="checkbox"/> Altra Condizione ( _____ )        |   |



## 8. Scheda per la sorveglianza epidemiologica della legionellosi

MINISTERO DELLA SALUTE  
Direzione Generale della Prevenzione  
Uff. V Malattie Infettive e Prof. Internazionale  
via Giorgio Ribotta, 5 - 00144 Roma  
inviare a:  
dgprev@postacert.sanita.it

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'  
Registro Nazionale delle Legionellosi  
Viale Regina Elena, 299 - 00161 Roma  
inviare a:  
Dip. MIPI: mipi@pec.iss.it  
CNESPS: sorveglianza.epidemiologica@pec.iss.it

SCHEDA DI SORVEGLIANZA DELLA LEGIONELLOSI			
N. Scheda	<input type="text"/>	Data	<input type="text"/>
Ospedale Notificante _____			
Cognome Nome del paziente _____			
Data di nascita	<input type="text"/>	Sesso	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Indirizzo di residenza _____			
Data Insorgenza sintomi	<input type="text"/>	Data Ricovero Ospedaliero	<input type="text"/>
Data Dimissione	<input type="text"/>		
Esito: Miglioramento/Guarigione <input type="checkbox"/>		Decesso <input type="checkbox"/> Non noto <input type="checkbox"/>	
<b>Diagnosi clinica</b>			
segni di polmonite focale rilevabili all'esame clinico		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
esame radiologico suggestivo di interessamento polmonare		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<b>Diagnosi di laboratorio</b>			
Isolamento del germe		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Se si, specificare da quale materiale biologico _____			
specie e siero gruppo identificati _____			
<b>Sierologia</b> SI NO			
1° siero: n. gg da inizio sintomi _____ titolo _____ specie e sg _____			
2° siero: n. gg da inizio sintomi _____ titolo _____ specie e sg _____			
<b>Rilevazione antigene urinario</b>		Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Non eseguita <input type="checkbox"/>	Data <input type="text"/>
<i>Immunofluorescenza diretta</i>		Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Non eseguita <input type="checkbox"/>	Data <input type="text"/>
<i>Biologia molecolare (PCR)</i> (metodo non ancora validato)		Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Non eseguita <input type="checkbox"/>	Data <input type="text"/>
<b>Fattori di rischio</b>			
Abitudine al fumo	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	da quanto tempo _____	quantità <input type="text"/>
Abitudine all'alcool	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	quantità _____	
Malattie concomitanti	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Specificare _____	
Trapianto d'organo	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Specificare _____	
In terapia con corticosteroidi o immunosoppressori: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
<b>Attività lavorativa</b>			
Mansione _____			
Nome dell'azienda _____		Indirizzo _____	
con esposizione professionale ad acqua aerosolizzata		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON NOTO <input type="checkbox"/>	
con utilizzo della doccia		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON NOTO <input type="checkbox"/>	
in luoghi con presenza di torri di raffreddamento		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON NOTO <input type="checkbox"/>	
Specificare il reparto e l'ultimo giorno di lavoro _____			



**Cure odontoiatriche nei 10 giorni precedenti l'esordio** SI  NO

specificare ambulatorio/struttura e data \_\_\_\_\_

**Ricovero Ospedaliero nei 10 giorni precedenti l'esordio** SI  NO

Ospedale \_\_\_\_\_ Reparto \_\_\_\_\_

Periodo da [ ][ ][ ][ ] a [ ][ ][ ][ ]

**Ricovero presso strutture sanitarie/socio-sanitarie** SI  NO

Tipo di struttura \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ periodo: da [ ][ ][ ][ ] a [ ][ ][ ][ ]

**Soggiorno nei 10 giorni precedenti all'esordio, in luoghi diversi dalla propria abitazione** SI  NO

Specificare tipo di struttura recettiva: (es. albergo, terme, campeggio, nave, parchi acquatici, fiere espositive, ecc..) \_\_\_\_\_

Nome e indirizzo \_\_\_\_\_ n. stanza \_\_\_\_\_

Eventuale nome operatore turistico \_\_\_\_\_

In gruppo  Individuale  periodo: da [ ][ ][ ][ ] a [ ][ ][ ][ ]

**Attività di giardinaggio, uso di autolavaggio, esposizione a nebulizzatori d'acqua, ecc.**

SI  NO

specificare sito \_\_\_\_\_ e data: \_\_\_\_\_

Treatamenti e cure inalatorie (anche presso stabilimenti termali), aerosol, ossigenoterapia  
SI  NO  NON NOTO

Nome e indirizzo \_\_\_\_\_

Uso di docce, vasche per idromassaggio presso impianti sportivi/stabilimenti balneari o frequentazione di centri benessere e piscine, nei 10 giorni precedenti l'esordio SI  NO

Specificare tipo di struttura \_\_\_\_\_

Indagine Ambientale a cura del Dipartimento di Prevenzione SI  NO

Se SI, specificare il luogo e il materiale analizzato \_\_\_\_\_

Se SI  Positiva  Negativa

Se Positiva specificare Specie e Sierogruppo \_\_\_\_\_

Note \_\_\_\_\_

**Generalità e recapito del medico compilatore**

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

Ospedale \_\_\_\_\_ Reparto \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Data Compilazione [ ][ ][ ][ ]



## 9. Scheda per la notifica e l'inchiesta epidemiologica di malaria

ALLEGATO 3

Inviare a:

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


Mod.15 - Sanità Pubblica - modificato  
Classe III

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

IMPORTATA  INDOTTA  AUTOCTONA

REGIONE _____	PROVINCIA _____
COMUNE _____	ASL _____ COD.ASL _____

### Sezione A

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

### Sezione B

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

### Sezione C (riservata all'Istituto Superiore di Sanità)

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

Inviare a:

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

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

Assessorato Sanità Regionale  
Autorità Sanitaria Locale



## 10. Scheda di sorveglianza delle batteriemie da CPE (Enterobatteri Produttori di Carbapenemasi)

**A. Nome:** \_\_\_\_\_ **Cognome:** \_\_\_\_\_

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

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

Ospedale/Struttura \_\_\_\_\_      Azienda sanitaria \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_      Provincia \_\_\_\_\_      Regione \_\_\_\_\_

la ASL ovvero il Dipartimento di Prevenzione della ASL competente per territorio invia **entro 7 giorni, esclusivamente questa parte B della presente scheda** alla Regione, al Ministero della salute (malinf@sanita.it) e all'ISS (sorveglianza.kpc@iss.it).

**B. Segnalato/Notificato da:**

\_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      Fax \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      e-mail \_\_\_\_\_

**Data compilazione** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_      Provincia \_\_\_\_\_      Regione \_\_\_\_\_

**DATI DEL PAZIENTE**

Sesso  F  M      Et   \_\_\_  \_\_\_ se et  < 1 anno, mesi  \_\_\_  \_\_\_      Provincia di residenza: \_\_\_\_\_

Nazionalit : \_\_\_\_\_      Data inizio sintomi: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

**Origine presunta dell'infezione:**  acquisita in Italia       acquisita in Paese estero: \_\_\_\_\_

**Al momento dell'inizio dei sintomi il paziente si trovava?**

a domicilio       in ospedale\* \_\_\_\_\_       in struttura residenziale territoriale

\*indicare struttura

Se in ospedale, indicare il reparto di degenza:

- Terapia Intensiva
- Oncologia
- Ematologia
- Neuro-riabilitazione/Unit  spinale
- Chirurgia dei trapianti
- Lungodegenza/Geriatria
- Medicina generale
- Chirurgia generale o specialistica
- Altro \_\_\_\_\_

**Microrganismo isolato:**       *Klebsiella pneumoniae*       *Escherichia coli*

Isolamento da sangue prelevato in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

**Criterio microbiologico per la definizione di caso:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> non sensibilit  (R/I) a imipenem e/o meropenem | <input type="checkbox"/> Produzione di carbapenemasi |
| conferma fenotipica della produzione di carbapenemasi:                  | <input type="checkbox"/> KPC                         |
|   | <input type="checkbox"/> Metallo-enzima              |
|   | <input type="checkbox"/> altro (specificare): _____  |
| conferma genotipica della produzione di carbapenemasi:                  | <input type="checkbox"/> KPC                         |
|   | <input type="checkbox"/> VIM                         |
|   | <input type="checkbox"/> NDM                         |
|   | <input type="checkbox"/> OXA-48                      |
|   | <input type="checkbox"/> altro (specificare): _____  |

**Origine presunta della batteriemia:**

- primitiva
- catetere venoso centrale/periferico
- polmonite
- polmonite associata a ventilazione
- infezione delle vie urinarie
- infezione addominale
- infezione della ferita chirurgica (ISC)
- infezione della cute e dei tessuti molli (non ISC)      altro: \_\_\_\_\_

**Esito:**       Dimesso       Deceduto       Ancora ricoverato

Trasferito ( indicare da dove \_\_\_\_\_ )

SCHEDA DI SORVEGLIANZA DELLE BATTERIEMIE DA CPE (ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI)  
L'intera scheda   da inviare, entro 48 ore dalla segnalazione, da parte della Direzione Sanitaria dell'Azienda Ospedaliera/Presidio Ospedaliero alla ASL competente per territorio.



### **11. Sistema informativo delle malattie infettive e le schede di notifica (Modello 15)**

La sorveglianza delle malattie infettive è affidata al Sistema Informativo delle Malattie Infettive (SIMI), basato sulle notifiche dei medici curanti, che comprende segnalazioni immediate per allertare gli operatori della sanità pubblica e riepiloghi mensili di tutte le malattie infettive notificate, compilati da ogni Azienda Sanitaria Locale (ASL). Il SIMI è stato ridefinito nel Decreto ministeriale 15 dicembre 1990 e successiva modifica relativa alla tubercolosi e alla micobatteriosi (Decreto ministeriale 29 luglio 1998).

Il flusso informativo previsto si svolge attraverso il medico, ospedaliero o di base, che diagnostica la malattia infettiva ed effettua la segnalazione alla ASL di competenza, le Aziende Sanitarie Locali incaricate della adozione di eventuali misure di profilassi a tutela della salute pubblica, la Regione (Agenzia di Sanità Pubblica) con azione di supervisione e coordinamento, gli Organismi Centrali (Ministero della Salute, ISTAT, Istituto Superiore di Sanità) ed eventualmente internazionali (UE, OMS).

Oltre al SIMI, le altre componenti del sistema di sorveglianza delle malattie infettive sono i Sistemi di Sorveglianza Speciale per le meningiti (circolari Min. Sanità del 29 dicembre 1993 e del 27 luglio 1994), la legionellosi (circolare del Min. della Sanità del 29 dicembre 1993), la malattia di Creutzfeld-Jacob (D.M. del 21 dicembre 2001), le tossinfezioni alimentari (D.G.R. del 6 aprile 1999 e D.G.R. del 1 giugno 1999, il morbillo (Circolare 20 aprile 2007), la sorveglianza integrata per morbillo e rosolia (Circolare 20 febbraio 2013) e alcune sorveglianze attivate dall'Istituto Superiore di Sanità che riguardano le epatiti virali acute (SEIEVA), la sindrome emolitica-uremica (SEU), le malattie sessualmente trasmesse (MST). Ad integrazione della sorveglianza delle meningiti batteriche esistente, a marzo 2007 è stato stilato un Protocollo che prevede la segnalazione di tutte le forme di malattia invasiva per i patogeni per i quali esiste un vaccino disponibile.

Esistono infine i Sistemi di Sorveglianza di Laboratorio per le diarreie infettive (D.G.R. 4259 del 04/08/98), le meningiti e le altre forme invasive da batteri (D.G.R. 4260 del 04/08/98), le micobatteriosi e la legionellosi (D.G.R. 2488 del 11/05/99) che permettono una migliore accuratezza diagnostica e facilitano l'indirizzo di eventuali azioni di profilassi da intraprendere.

Il SIMI stabilisce l'obbligo di notifica (definendone modalità e tempi) per 47 malattie infettive classificate in 4 classi in base alla loro rilevanza di sanità pubblica ed al loro interesse sul piano nazionale ed internazionale; prevede inoltre una quinta classe che comprende malattie non specificamente menzionate nei gruppi precedenti e le zoonosi indicate dal regolamento di Polizia Veterinaria. Secondo tale sistema le malattie infettive a obbligo di notifica sono state differenziate in base alle informazioni da raccogliere e alla tempestività di invio dei dati. La suddivisione in classi risponde anche a criteri di rilevanza epidemiologica e a esigenze differenziate di profilassi. Le schede elencate di qui in avanti sono quelle impiegate per la notifica dai Servizi di Igiene e Sanità Pubblica e non interessano gli operatori ospedalieri.



**12. Scheda di notifica di malattia infettiva - Modello 15 Classe Prima**

Colore rosso - Quattro copie autocopianti  
Istruzioni sul retro  
Da inviare a Regione - Ministero - ISS

Allegato 1

Ministero della Sanità  
Mod. 15 Sanità Pubblica  
Classe I

**SCHEDA DI NOTIFICA DI MALATTIA INFETTIVA - Classe I**

Regione \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
Comune \_\_\_\_\_ USL \_\_\_\_\_  
Caso di \_\_\_\_\_  
compilare per esteso il nome della malattia

**Barrare la casella corrispondente:**

ICD-9 <input type="checkbox"/> 001 Colera	ICD-9 <input type="checkbox"/> 045 Poliomielite	ICD-9 <input type="checkbox"/> 005 Botulismo	ICD-9 <input type="checkbox"/> 087 Febbre ricorrente epidemica
<input type="checkbox"/> 060 Febbre gialla	<input type="checkbox"/> 032 Difterite	<input type="checkbox"/> 071 Rabbia	<input type="checkbox"/> 080 Tifo esantematico
<input type="checkbox"/> 020 Peste	<input type="checkbox"/> 487 Influenza con isolamento virale	<input type="checkbox"/> 078 Febbri emorragiche virali	<input type="checkbox"/> 037 Tetano
<input type="checkbox"/> 124 Trichinosi			

**SEZIONE A**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Sesso  M  F  
Codice SSN \_\_\_\_\_  
Professione \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_  
Residenza (Se non coincide con il domicilio abituale compilare anche la riga successiva) USL \_\_\_\_\_  
Domicilio abituale \_\_\_\_\_  
Età compiuta all'inizio della malattia: < 1 anno. Da 00 a 11 mesi [ ] [ ] ≥ 1 anno. Da 1 a 99 anni [ ] [ ] > 99 indicare sempre 99  
Data inizio primi sintomi: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Comune inizio primi sintomi \_\_\_\_\_  
Se esistente vaccino nei confronti della malattia indicare:  
Ricovero in luogo di cura  Sì  No  Non vaccinato  Non noto  Vaccinato  
Dose N° [ ] Data ultima dose [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] luogo \_\_\_\_\_ tipo di vaccino \_\_\_\_\_

**SEZIONE B**

Permanenza a qualunque titolo in Stati esteri nei 2 mesi precedenti la comparsa dei sintomi

Luogo \_\_\_\_\_ dal [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] al [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
Luogo \_\_\_\_\_ dal [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] al [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
Luogo \_\_\_\_\_ dal [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] al [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Ricerche diagnostiche eseguite o in corso:

Tipo ricerca \_\_\_\_\_ Data esame [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
Luogo \_\_\_\_\_ Risultati \_\_\_\_\_  
Tipo ricerca \_\_\_\_\_ Data esame [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
Luogo \_\_\_\_\_ Risultati \_\_\_\_\_

Data di notifica [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Luogo di compilazione \_\_\_\_\_  
Sanitario che ha compilato la notifica \_\_\_\_\_  
Recapito \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_



**13. Scheda di notifica di malattia infettiva - Modello 15 Classe Seconda**

Colore giallo - tre copie autocopianti  
istruzioni sul retro

Da inviare a Regione - ISTAT

Allegato 2

Ministero della Sanità  
Mod.15 -Sanità Pubblica  
Classe II

**SCHEDA DI DENUNCIA OBBLIGATORIA DI MALATTIA INFETTIVA - Classe II**

Regione \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
Comune \_\_\_\_\_ USL \_\_\_\_\_  
Caso di \_\_\_\_\_ CRITERIO 1 2 3 4<sup>1)</sup>  
compilare per esteso il nome della malattia

*Barrare la casella corrispondente*

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

**SEZIONE A**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Sesso M F  
Codice SSN \_\_\_\_\_  
Professione \_\_\_\_\_  
Residenza (Se non coincide con il domicilio abituale compilare anche la riga successiva)  
Domicilio abituale \_\_\_\_\_  
Età compiuta all'inizio della malattia:  
< 1 anno. Da 00 a 11 mesi  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  
≥ 1 anno. Da 1 a 99 anni  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_ > 99 indicare sempre 99  
Data inizio primi sintomi: gg mm aa \_\_\_\_\_ Comune inizio primi sintomi \_\_\_\_\_  
Ricovero in luogo di cura Sì No Se sì, specificare dove \_\_\_\_\_  
Comune presunto del contagio<sup>2)</sup> \_\_\_\_\_  
Stato vaccinale nei confronti della malattia:  Non vaccinato  Non noto  Vaccinato anno gg aa  
Data di denuncia gg mm aa \_\_\_\_\_ Sanitario che ha compilato la denuncia \_\_\_\_\_  
Recapito \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

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





**14. Scheda di notifica di malattia infettiva - Modello 15 Classe Terza**

Allegato I  
Ministero della Sanità  
Mod. 15 Sanità pubblica  
Classe III

Da inviare a Regione-Ministero Sanità e ISTAT (solo dati anagrafici)

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

TUBERCOLOSI  
 MICOBATTERIOSI NON TUBERCOLARE

---

Regione \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
Comune \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_

**DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE**

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

---

**CRITERI DIAGNOSTICI**

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

Classificazione in relazione a precedenti trattamenti:  
 nuovo caso paziente mai trattato per TBC  
 recidiva paziente trattato per TBC in passato e dichiarato guarito

Agente eziologico (solo casi con coltura positiva)  
 M. tuberculosis complex  Micobatterio non tubercolare  
 M. tuberculosis  
 M. bovis  
 M. africanum \_\_\_\_\_ specificare \_\_\_\_\_

Diagnosi basata su: (rispondere a tutte le voci)

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

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

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

Timbro e firma di chi ha compilato la notifica \_\_\_\_\_ Data notifica \_\_\_\_\_  
gg m a



**15. Scheda di notifica di malattia infettiva - Modello 15 Classe Quarta**

Colore bianco - cinque copie autocopianti  
Istruzioni sul retro  
Da inviare a Regione - ISTAT - Ministero - ISS

Allegato 5  
Ministero della Sanità  
Mod.15 - Sanità Pubblica  
Classe IV

**SCHEDA DI DENUNCIA OBBLIGATORIA DI FOCOLAIO EPIDEMICO - Classe IV**

Regione \_\_\_\_\_    Provincia \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_     USL \_\_\_\_\_

Focolaio epidemico di \_\_\_\_\_  
compilare per esteso il nome della malattia

*Barrare la casella corrispondente*

ICD-9

132.0 Pediculosi

133.0 Scabbia

Dermatofitosi (Tigna)

005 Infezioni, tossinfezioni, infestazioni di origine alimentare

**SEZIONE A**

Comunità coinvolta:  Famiglia  Scuola  Caserma  altro spec. ....

N° totale persone a rischio (1) \_\_\_\_\_

Indirizzo della comunità \_\_\_\_\_

Agente eziologico \_\_\_\_\_  Identificato  Sospetto

Veicolo \_\_\_\_\_  Identificato  Sospetto

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

N° di casi (4) \_\_\_\_\_

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

Data di denuncia \_\_\_\_\_       Sanitario che ha compilato la denuncia \_\_\_\_\_

Recapito \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_



**16. Scheda di sorveglianza integrata morbillo - rosolia**

Versione 6.0 del 18/06/2012

**ALLEGATO 3**

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

**Scheda di Sorveglianza Integrata MORBILLO - ROSOLIA**

Primo invio  Aggiornamento, alla data:

Caso sospetto di:  MORBILLO  ROSOLIA

**DATI DELLA SEGNALAZIONE**

Regione:  Asl:  Comune:

Medico segnalatore:  Data di segnalazione alla Asl:

**DATI ANAGRAFICI**

Cognome:  Nome:  Sesso:  M  F

Data di nascita:  Nazione di Nascita:

se estera, Anno di arrivo in Italia:  Cittadinanza:

Codice Fiscale:

**DOMICILIO**

Comune:  Provincia:  Regione:

**RESIDENZA (se diversa dal domicilio)**

Comune:  Provincia:  Regione:

Collettività frequentata			Nome Collettività	Comune
<input type="checkbox"/> Scuola	Personale scolastico <input type="checkbox"/>	Studente <input type="checkbox"/>		
<input type="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 <input type="text"/>	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

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



Vaccinazione contro il morbillo verificata da certificato vaccinale:  Sì  No

Precedente vaccinazione contro la rosolia:  Sì  No  Non ricordo

se sì, Data ultima dose:

Vaccinazione contro la rosolia verificata da certificato vaccinale:  Sì  No

#### DATI CLINICI

Comune insorgenza sintomi:

Esantema maculo papulare:  Sì  No Data comparsa esantema:

Febbre:  Sì  No Data comparsa febbre:

Altri sintomi:

Rinite:  Sì  No Congiuntivite:  Sì  No Tosse:  Sì  No

Adenopatia:  Sì  No Artralgia:  Sì  No Artrite:  Sì  No

(adenopatia cervicale, suboccipitale, retroauricolare)

Altri sintomi, specificare:

In stato di gravidanza?:  Sì  No se sì, Data ultima mestruazione

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

#### CONFERMA DI LABORATORIO

Effettuati esami di laboratorio per la diagnosi di morbillo?:  Sì  No

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

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

Invio campione al Laboratorio Periferico:  Sì  No Data invio: \_\_\_\_\_

Invio campione al Laboratorio Regionale:  Sì  No Data invio: \_\_\_\_\_

Invio campione al Laboratorio Nazionale:  Sì  No Data invio: \_\_\_\_\_

#### ESITO E COMPLICANZE

##### Complicanze:

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

Esito:  Guarigione  Decesso  Reliquati  Perso al follow-up

se decesso, Data: \_\_\_\_\_ Causa: \_\_\_\_\_

se reliquati, Quali: \_\_\_\_\_

#### RICOVERO

Ricovero:  No  No, solo visita Pronto Soccorso  Sì

Data di Ricovero: \_\_\_\_\_ Data di Dimissione: \_\_\_\_\_

#### ORIGINE DEL CONTAGIO

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

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

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



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

Il caso fa parte di un focolaio?  Sì  No se sì, indicare il focolaio: |\_\_\_\_\_||

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

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

il contatto è un caso importato?  Sì  No

se sì, da quale nazione? |\_\_\_\_\_||

In quale comunità è avvenuto il contatto:

Famiglia  Scuola  Ospedale  Campo nomadi

Struttura recettiva  Pronto Soccorso/Sala d'attesa medico

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

In quale località è avvenuto il contatto:

Nella regione di residenza

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

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

Non so

#### CONTATTI CON DONNE IN GRAVIDANZA

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

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

#### CLASSIFICAZIONE DEL CASO

Caso di:  MORBILLO  ROSOLIA  NON caso

Classificazione finale del caso:  Possibile  Probabile  Confermato

Caso:  Importato  Autoctono: correlato ad un caso importato

Autoctono: correlato ad un caso autoctono

Autoctono: fonte non nota

#### DATI DEL COMPILATORE

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

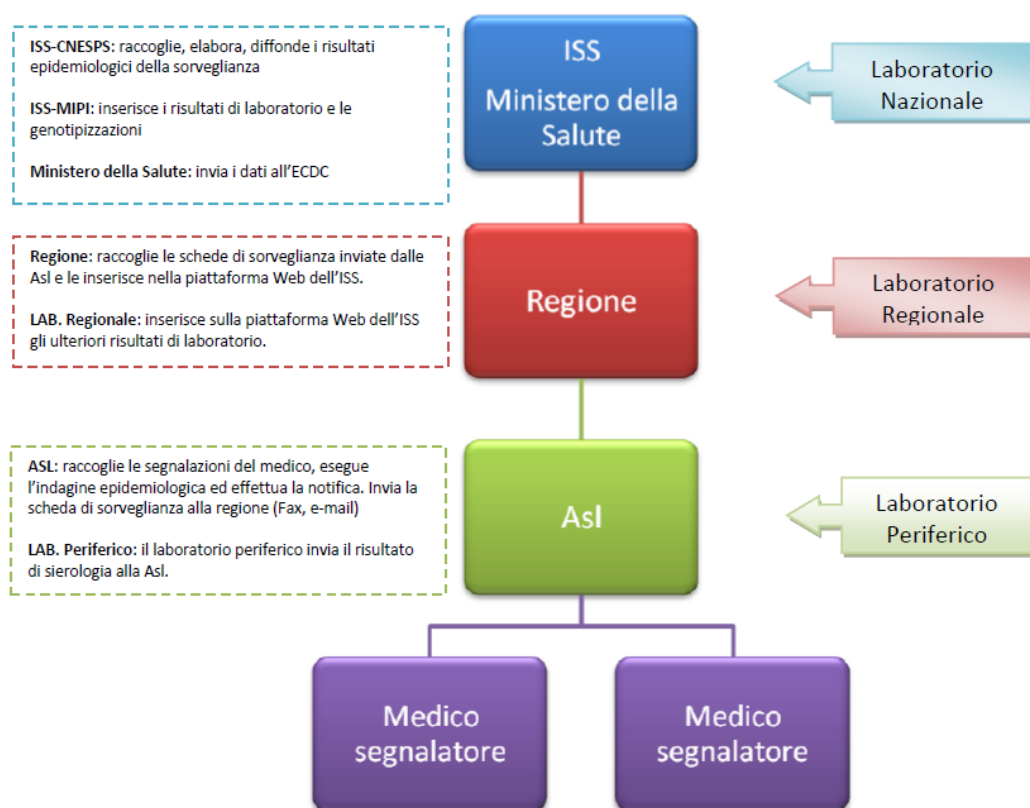
Note: |\_\_\_\_\_||

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



Flusso informativo

**Sorveglianza Integrata del Morbillo e della Rosolia**



La piattaforma Web per l'inserimento dei dati della sorveglianza Integrata del Morbillo e della Rosolia è accessibile al seguente indirizzo internet:

**<https://www.iss.it/site/rmi/morbillo/>**

**Contatti:**

- Per gli aspetti di laboratorio: [morbillo.mipi@iss.it](mailto:morbillo.mipi@iss.it)
- Per gli aspetti epidemiologici: [cnesps.morbillo@iss.it](mailto:cnesps.morbillo@iss.it)
- Per gli aspetti della piattaforma Web: [cnesps.web@iss.it](mailto:cnesps.web@iss.it)



**17. Scheda di notifica e sorveglianza di caso di Chikungunya e Dengue e di segnalazione di cluster autoctono di Chikungunya e Dengue**

Allegato 1

**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"/>





	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 conferma di laboratorio**

Laboratorio di riferimento regionale

**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 \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

**Biologia molecolare**  
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)



#### ISTRUZIONI E NOTE PER LA COMPILAZIONE

La scheda va compilata per tutti i casi possibili/probabili o accertati di Chikungunya e Dengue segnalati al Servizio Sanità pubblica  
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 05 Ex DGPREV-Malattie Infettive e Profilassi Internazionale, D. G. Prevenzione, via fax: 06/5994.3096 o via mail a [malinf@sanita.it](mailto:malinf@sanita.it); - ISS CNESPS Reparto Epidemiologia delle Malattie Infettive dell'Istituto Superiore di Sanità, via fax 06 44232444 o via mail a [outbreak@iss.it](mailto:outbreak@iss.it); - ISS-MIPI Dr.ssa Loredana NICOLETTI e Dr.ssa Maria Grazia CIUFOLINI, via fax 06 49902082

#### DEFINIZIONI DI CASO DI FEBBRE CHIKUNGUNYA

**Criterio clinico:** esordio acuto di febbre  $>38,5^{\circ}\text{C}$  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 (Inibizione dell'emoagglutinazione (HI), Test di neutralizzazione, Test immunoenzimatici e IFA)
- PCR positiva nel siero per CHIKV, evidenziata attraverso metodi molecolari (Real time PCR, Nested-PCR)
- Isolamento virale effettuato su campioni di siero prelevati entro 5 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  $+4^{\circ}\text{C}$ . 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 probabile 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  $> 38,5^{\circ}\text{C}$  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 ( $\leq 100.000$  cellule/ $\text{mm}^3$ ), emoconcentrazione (un incremento  $\geq 20\%$  superiore alla media per l'età o una riduzione dell'ematocrito  $\geq 20\%$  dai valori normali in seguito a fluidoterapia endovenosa), versamento pleurico, ascite, ipo-proteinemia all'elettroforesi proteica, 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

- Isolamento del virus in sangue, liquor cefalo-rachidiano o altri tessuti entro 5 giorni dalla comparsa dei sintomi
- PCR positiva per DENV in tessuti, sangue, fluido cefalo-rachidiano o altro fluido corporeo;
- Presenza di anticorpi di tipo IgM anti-DENV nel siero evidenziata da saggi sierologici (Inibizione dell'emoagglutinazione (HI), Test di neutralizzazione, Test immunoenzimatici e IFA)
- Sieroconversione da un titolo negativo per anticorpi IgM anti-DENV in un campione di siero prelevato in fase acuta ( $< 5$  giorni dopo l'insorgenza dei sintomi) in positivo per IgM anti-DENV, in un campione raccolto  $\geq 5$  giorni dopo l'insorgenza dei sintomi;
- Dimostrazione di un incremento di almeno 4 volte del titolo anticorpale IgG o positività all'inibizione dell'emoagglutinazione in campioni in doppio di siero ottenuto in fase acuta e in convalescenza;
- Anticorpi di tipo IgM isolati nel liquor.

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 probabile che soddisfa almeno 1 dei criteri di laboratorio esposti in precedenza



#### ISTRUZIONI E NOTE PER LA COMPILAZIONE

La scheda va compilata per tutti i casi possibili/probabili o accertati di Chikungunya e Dengue segnalati al Servizio Sanità pubblica  
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 05 Ex DGPREV-Malattie Infettive e Profilassi Internazionale, D. G. Prevenzione, via fax: 06/5994.3096 o via mail a [malinf@sanita.it](mailto:malinf@sanita.it); - ISS CNESPS Reparto Epidemiologia delle Malattie Infettive dell'Istituto Superiore di Sanità, via fax 06 44232444 o via mail a [outbreak@iss.it](mailto:outbreak@iss.it); - ISS-MIPI Dr.ssa Loredana NICOLETTI e Dr.ssa Maria Grazia CIUFOLINI, via fax 06 49902082

#### DEFINIZIONI DI CASO DI FEBBRE CHIKUNGUNYA

**Criterio clinico:** esordio acuto di febbre  $>38,5^{\circ}\text{C}$  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 (Inibizione dell'emoagglutinazione (HI), Test di neutralizzazione, Test immunoenzimatici e IFA)
- PCR positiva nel siero per CHIKV, evidenziata attraverso metodi molecolari (Real time PCR, Nested-PCR)
- Isolamento virale effettuato su campioni di siero prelevati entro 5 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  $+4^{\circ}\text{C}$ . 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 probabile 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  $> 38,5^{\circ}\text{C}$  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 ( $\leq 100.000$  cellule/ $\text{mm}^3$ ), emocoagulazione (un incremento  $\geq 20\%$  superiore alla media per l'età o una riduzione dell'ematocrito  $\geq 20\%$  dai valori normali in seguito a fluidoterapia endovenosa), versamento pleurico, ascite, ipo-proteinemia all'elettroforesi proteica, 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

- Isolamento del virus in sangue, liquor cefalo-rachidiano o altri tessuti entro 5 giorni dalla comparsa dei sintomi
- PCR positiva per DENV in tessuti, sangue, fluido cefalo-rachidiano o altro fluido corporeo;
- Presenza di anticorpi di tipo IgM anti-DENV nel siero evidenziata da saggi sierologici (Inibizione dell'emoagglutinazione (HI), Test di neutralizzazione, Test immunoenzimatici e IFA)
- Sieroconversione da un titolo negativo per anticorpi IgM anti-DENV in un campione di siero prelevato in fase acuta ( $< 5$  giorni dopo l'insorgenza dei sintomi) in positivo per IgM anti-DENV, in un campione raccolto  $\geq 5$  giorni dopo l'insorgenza dei sintomi;
- Dimostrazione di un incremento di almeno 4 volte del titolo anticorpale IgG o positività all'inibizione dell'emoagglutinazione in campioni in doppio di siero ottenuto in fase acuta e in convalescenza;
- Anticorpi di tipo IgM isolati nel liquor.

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 probabile che soddisfa almeno 1 dei criteri di laboratorio esposti in precedenza



**18. Scheda di notifica di caso umano di West Nile Virus**

Scheda di segnalazione di caso umano di West Nile Virus

IMPORTATO  AUTOCTONO  - PROBABILE  CONFERMATO

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 noto

6bis. 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 flavirus:

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

8. Informazioni cliniche:

Febbre N  S ; Se si, data inizio febbre \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa)

Manifestazione clinica:

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

9. Presenza di condizioni di rischio preesistenti:  S  N

se si, specificare \_\_\_\_\_

10. Esami di Laboratorio:

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

Metodica [è possibile indicare più di una risposta]:

IgM: Titolo \_\_\_\_\_  pos  neg  dubbio  PCR  pos  neg  dubbio  
 IgG: Titolo \_\_\_\_\_  pos  neg  dubbio  Isolamento virale  pos  neg

Siero/Sangue, data prelievo: \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa)

Metodica [è possibile indicare più di una risposta]:

IgM Titolo \_\_\_\_\_  pos  neg  dubbio  PCR  pos  neg  dubbio  
 IgG Titolo \_\_\_\_\_  pos  neg  dubbio  Isolamento virale  pos  neg  
 Neutralizzazione Titolo \_\_\_\_\_  pos  neg  dubbio

Urine, data prelievo: \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa)

PCR  pos  neg  dubbio  Isolamento virale  pos  neg

Se effettuato il sequenziamento inserire il Lineage:  Lineage 1  Lineage 2

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

11. Esito del caso al momento della segnalazione:

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

12. 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 \_\_\_\_\_

\* domicilio abituale del caso nelle 3 settimane precedenti l'inizio della sintomatologia

Da inserire entro 12 ore dalla segnalazione sul sito web: <https://www.iss.it/site/rmi/mib/> oppure solo nel caso in cui non sia possibile l'invio tramite il sito web (esempio: mancanza di accesso ad internet o non disponibili delle credenziali di accesso al sito) sarà possibile inviare via fax o email sia al Ministero della Salute (fax: 06 59943096 e-mail: [malinf@sanita.it](mailto:malinf@sanita.it)) che all'ISS (fax 06 44232444 email: [sorveglianza.epidemiologia@pec.iss.it](mailto:sorveglianza.epidemiologia@pec.iss.it)).



## 19. Scheda di notifica e sorveglianza di Arbovirosi

### SCHEDA DI NOTIFICA E SORVEGLIANZA ARBOVIROSI

Regione \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_  
Data di segnalazione: gg [ ] mm [ ] aa [ ] [ ] [ ] [ ] Data intervista: gg [ ] mm [ ] aa [ ] [ ] [ ] [ ]

#### Informazioni sul caso

Cognome \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_  
Sesso: M  F  Data di nascita gg [ ] mm [ ] aa [ ] [ ] [ ] [ ]  
Luogo di nascita \_\_\_\_\_  
Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_  
Domicilio abituale: \_\_\_\_\_  
Via/piazza e numero civico \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
Nazionalità \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_

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

1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_  
4. \_\_\_\_\_  
Stato Estero/Comune \_\_\_\_\_ data inizio \_\_\_\_\_ data fine \_\_\_\_\_

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

Anamnesi positiva per trasfusione di sangue o emocomponenti nei 28 giorni precedenti la diagnosi/segnalazione SI  NO

Anamnesi positiva per donazione di sangue o emocomponenti nei 28 giorni precedenti la diagnosi/segnalazione SI  NO

Vaccinazioni nei confronti di altri Flavivirus:

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

Gravidanza SI  NO  se si: settimane [ ] [ ]

#### Solo per Zika:

rapporti sessuali con partner maschile (anche asintomatico) che ha viaggiato in aree endemiche/epidemiche SI  NO

#### Informazioni cliniche

Data inizio sintomatologia gg [ ] mm [ ] aa [ ] [ ] [ ] [ ]  
Ricovero SI  NO  se si, Data ricovero gg [ ] mm [ ] aa [ ] [ ] [ ] [ ] Data dimissione gg [ ] mm [ ] aa [ ] [ ] [ ] [ ]  
Ospedale \_\_\_\_\_ Reparto: \_\_\_\_\_ UTI: SI  NO

Se ricovero no, visita: MMG/PLS/Guardia Medica  Pronto Soccorso

Segni e sintomi	SI	NO	NN		SI	NO	NN
Febbre	<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	<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"/>
Artrite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Congiuntivite non purulenta /iperemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altri segni e sintomi _____							

#### Rilevazione di eventi correlabili a un'infezione da Zika virus:

Sindrome di Guillain-Barré o altre polineuriti, mieliti, encefalomieliti acute o altri disturbi neurologici gravi: SI  NO

Data di insorgenza gg [ ] mm [ ] aa [ ] [ ] [ ] [ ]

Segni di malformazione in nati da madre esposta: SI  NO

Data rilevazione gg [ ] mm [ ] aa [ ] [ ] [ ] [ ] Età gestazionale in settimane [ ] [ ]

Tipo di malformazione: \_\_\_\_\_

Metodo di rilevazione: \_\_\_\_\_

Esito della gravidanza: Nato vivo  Nato morto  Aborto spontaneo  IVG  Data gg [ ] mm [ ] aa [ ] [ ] [ ] [ ]



Se gravidanza a termine: Cognome neonato \_\_\_\_\_ Nome neonato \_\_\_\_\_

**Test di laboratorio**

**Ricerca anticorpi IgM nel siero**

Data prelievo [ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ] Tipo metodica usata: \_\_\_\_\_  
 Titolo Dengue \_\_\_\_\_ Titolo Chikungunya \_\_\_\_\_ Titolo Zika \_\_\_\_\_ Titolo Altro \_\_\_\_\_  
Dengue POS  NEG  Dubbio  Chikungunya POS  NEG  Dubbio  Zika POS  NEG  Dubbio   
Altro \_\_\_\_\_ POS  NEG  Dubbio

**Ricerca anticorpi IgG nel siero**

Data prelievo [ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ] Tipo metodica usata: \_\_\_\_\_  
 Titolo Dengue \_\_\_\_\_ Titolo Chikungunya \_\_\_\_\_ Titolo Zika \_\_\_\_\_ Titolo Altro \_\_\_\_\_  
Dengue POS  NEG  Dubbio  Chikungunya POS  NEG  Dubbio  Zika POS  NEG  Dubbio   
Altro \_\_\_\_\_ POS  NEG  Dubbio

**Identificazione antigene virale**

Data prelievo [ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ] Tipo metodica usata: \_\_\_\_\_  
 Dengue (NS1) \_\_\_\_\_ POS  NEG  NN

**Test di neutralizzazione**

Data prelievo [ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ] Titolo \_\_\_\_\_

**PCR**

Siero Data prelievo [ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ]	Saliva Data prelievo [ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ]	Urine Data prelievo [ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ]
<u>Dengue</u> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/> <u>Chikungunya</u> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/> <u>Zika</u> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/> <u>Altro</u> _____ POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/>	<u>Dengue</u> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/> <u>Chikungunya</u> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/> <u>Zika</u> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/> <u>Altro</u> _____ POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/>	<u>Dengue</u> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/> <u>Chikungunya</u> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/> <u>Zika</u> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/> <u>Altro</u> _____ POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/>

**Isolamento virale (specificare materiale: siero  e/o saliva  e/o urine )**

Data prelievo [ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ]  
Dengue POS  NEG  Dubbio  Chikungunya POS  NEG  Dubbio  Zika POS  NEG  Dubbio   
Altro \_\_\_\_\_ POS  NEG  Dubbio   
 Se Dengue, specificare tipo:  DENV1  DENV2  DENV3  DENV4

<b>Classificazione di caso:</b>	Chikungunya: _____	PROBABILE <input type="checkbox"/>	CONFERMATO <input type="checkbox"/>
	Dengue: _____	PROBABILE <input type="checkbox"/>	CONFERMATO <input type="checkbox"/>
	Zika: _____	PROBABILE <input type="checkbox"/>	CONFERMATO <input type="checkbox"/>
	Altre Arbovirosi, specificare: _____		
<b>Tipo caso:</b>		IMPORTATO <input type="checkbox"/>	AUTOCTONO <input type="checkbox"/>

**Note (scrivere in stampatello):**

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

**ISTRUZIONI E NOTE PER LA COMPILAZIONE**

La scheda va compilata per tutti i casi probabili o confermati di Chikungunya, Dengue, Zika e altri Arbovirus  
 Flusso di trasmissione per i casi che insorgono nel periodo di attività del vettore:

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

Flusso di trasmissione per i casi che insorgono nel periodo di ridotta 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: via fax: 06/5994.3096 o via mail a [malinf@sanita.it](mailto:malinf@sanita.it); - Istituto Superiore di Sanità, via fax: 06/44232444 – 06/49902813 o via email a [sorveglianza.epidemiologica@pec.iss.it](mailto:sorveglianza.epidemiologica@pec.iss.it)



**20. Schede di sorveglianza della Paralisi Flaccida Acuta**

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

**Sorveglianza AFP**



**Segnalazione iniziale**

Regione \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_

Cognome e nome \_\_\_\_\_ Sesso \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

Residenza (se diversa dal domicilio) \_\_\_\_\_

Affetto da \_\_\_\_\_ dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Ricoverato presso \_\_\_\_\_ dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Reparto \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_

febbre all'inizio della paralisi: si  no  non noto

progressione della paralisi entro 4 giorni dall'inizio dei sintomi: si  no  non noto

asimmetria della paralisi: si  no  non noto

localizzazione paralisi: arti  arti e musc. respiratori  bulbare  facciale  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 \_\_\_\_\_

La presente scheda va inviata via fax contemporaneamente a:

Ministero della Salute	Ist. Sup. di Sanità	.....
Dir. Gen. Prev. San.	CRIVIB	.....
Ufficio V - Malattie Infettive	Viale Regina Elena 299	.....
Via Giorgio Ribotta, 5	00161 Roma	.....
00144 Roma	Tel 06 49903237	.....
Tel 06 59943856	Fax 06 49902082	.....
Fax 06 59943096		



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

**Sorveglianza AFP**



### CONFERMA DEI PRELIEVI

Regione \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_

Cognome e nome \_\_\_\_\_ Sesso \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

#### Date di raccolta dei campioni:

I campione di feci \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_      Il campione di feci \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

I campione di siero \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

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

Medico responsabile della notifica \_\_\_\_\_

La presente scheda va inviata via fax contemporaneamente a:

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

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





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

**Sorveglianza AFP**



**Follow-up a 60 giorni**

Regione \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_

Cognome e nome \_\_\_\_\_ Sesso \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Paralisi presente dopo 60 giorni**                      no                       si

Sito eventuale paralisi

gamba sinistra	<input type="checkbox"/>	musc. respiratori	<input type="checkbox"/>
gamba destra	<input type="checkbox"/>	nervi cranici	<input type="checkbox"/>
braccio destro	<input type="checkbox"/>	altro (specificare)	_____
braccio sinistro	<input type="checkbox"/>		

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	<input type="checkbox"/>
sindrome di Guillain-Barrè	<input type="checkbox"/>
poliradiculoneurite/Sindrome di Landry	<input type="checkbox"/>
mielite trasversa	<input type="checkbox"/>
neuropatia traumatica	<input type="checkbox"/>
meningite	<input type="checkbox"/>
encefalite	<input type="checkbox"/>
compressione spinale	<input type="checkbox"/> specificare _____
(da neoplasia, ascesso, ematoma)	
malattie sistemiche o metaboliche	<input type="checkbox"/> specificare _____
altro	<input type="checkbox"/> specificare _____

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

Data del follow-up \_\_\_\_\_

La presente scheda va inviata via fax contemporaneamente a:

Ministero della Salute	Ist. Sup. di Sanità	.....
Dir. Gen. Prev. San.	CRIVIB	.....
Ufficio V - Malattie Infettive	Viale Regina Elena 299	.....
Via Giorgio Ribotta, 5	00161 Roma	.....
00144 Roma	Tel 06 49903237	.....
Tel 06 59943856	<b>Fax 06 49902082</b>	.....
<b>Fax 06 59943096</b>		



## 21. Scheda di notifica di Botulismo

MINISTERO DELLA SALUTE  
Dipartimento della Sanità Pubblica e dell'Innovazione  
Dipartimento di Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare e degli  
Organi Collegiali per la tutela della salute

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ  
Centro Nazionale di Riferimento per il Botulismo  
Dipartimento di Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare  
Reparto Epidemiologia delle Malattie Infettive  
Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute

- CASO PROBABILE  
 CASO CONFERMATO

- ALIMENTARE  
 INFANTILE  
 DA FERITA  
 INTESTINALE ADULTO

### SEGNALAZIONE CASO BOTULISMO

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

Regione _____	<input type="text"/>	Provincia _____	<input type="text"/>
Comune _____	<input type="text"/>	ASL _____	<input type="text"/>
ENTE OSPEDALIERO _____		REPARTO _____	
Nome Medico Compilatore _____			
Recapito Medico Compilatore _____			

### DATI ANAGRAFICI

Cognome _____	Nome _____	Sesso	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
Residenza (se non coincide con il domicilio abituale compilare anche la riga successiva) _____				
Domicilio abituale _____				
Occupazione _____				
Età compiuta all'inizio della malattia:				
<1 anno (da 0 a 11 mesi)	<input type="text"/>	>1 anno (da 1 a 99 anni)	<input type="text"/>	se > indicare sempre 99
Data inizio sintomi: ____/____/____		Comune inizio sintomi _____		
gg	mm	aa		

### FONTE DI CONTAGIO

ALIMENTO SOSPETTO _____			
<input type="checkbox"/> DI PRODUZIONE INDUSTRIALE	<input type="checkbox"/> DI PRODUZIONE CASALINGA		
È DI CONSUMO ABITUALE	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
NEL CASO DI CONSERVE, SONO STATE COTTE PRIMA DEL CONSUMO?	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
I CARATTERI ORGANOLETTICI DELL'ALIMENTO ERANO ALTERATI?	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
INGERITO QUANTO TEMPO PRIMA	ORE	<input type="text"/>	
ALTRO ALIMENTO SOSPETTO _____			
SPECIFICARE			
• ALTRE PERSONE CHE HANNO CONSUMATO L'ALIMENTO SOSPETTO:			
TOTALE	<input type="text"/>	PERSONE CON SINTOMI	<input type="text"/>



**DATI CLINICI**

**SINTOMATOLOGIA CLINICA** (barrare i sintomi se presenti)

<input type="checkbox"/> DIPLOPIA	___/___/___ gg mm aa	<input type="checkbox"/> NAUSEA	___/___/___ gg mm aa
<input type="checkbox"/> DISFAGIA	___/___/___ gg mm aa	<input type="checkbox"/> VOMITO	___/___/___ gg mm aa
<input type="checkbox"/> SECCHENZA DELLE FAUCI	___/___/___ gg mm aa	<input type="checkbox"/> DIARREA	___/___/___ gg mm aa
<input type="checkbox"/> STIPSI	___/___/___ gg mm aa	<input type="checkbox"/> INSUFF. RESPIRATORIA	___/___/___ gg mm aa
<input type="checkbox"/> MIDRIASI	___/___/___ gg mm aa	<input type="checkbox"/> COMA	___/___/___ gg mm aa
<input type="checkbox"/> RITENZIONE URINARIA	___/___/___ gg mm aa	<input type="checkbox"/> ALTRO	___/___/___ gg mm aa

**DIAGNOSI STRUMENTALE**

<input type="checkbox"/> ELETTROMIOGRAFIA	___/___/___ gg mm aa	Referto _____
<input type="checkbox"/> ALTRI	___/___/___ gg mm aa	Referto _____

**DECORSO**

DATA DI RICOVERO \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
gg mm aa

È STATO IMPIEGATO SIERO ANTI-BOTULINICO      Sì  NO

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

QUANTE UNITÀ DI SIERO ANTI-BOTULINICO? \_\_\_\_\_

ALTRE TERAPIE    Sì  NO

SE SÌ QUALI \_\_\_\_\_

**INDAGINI DI LABORATORIO**

**RICERCA DELLE TOSSINE BOTULINICHE ESEGUITA SU:**

SIERO	Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Risultato	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/>
FECI	Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Risultato	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/>
REPERTI AUTOPTICI	Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Risultato	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/>
ALIMENTI	Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Risultato	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/>

**RICERCA DEI CLOSTRIDI PRODUTTORI DI TOSSINE ESEGUITA SU:**

FECI	Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Risultato	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/>
REPERTI AUTOPTICI	Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Risultato	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/>
ALIMENTI	Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Risultato	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/>
ALTRO _____		Risultato	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/>

LABORATORIO CHE EFFETTUA L'ANALISI \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_ N° TELEFONICO \_\_\_\_\_

DATA DI COMPILAZIONE \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ FIRMA DEL COMPILATORE \_\_\_\_\_

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

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



## 22. Scheda di notifica di infezione di rosolia in gravidanza

### SCHEDA DI NOTIFICA DI CASO DI INFEZIONE DA VIRUS DELLA ROSOLIA IN GRAVIDANZA

Primo invio  Aggiornamento del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (gg/mm/aa)

Regione \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

#### Sezione 1 - INFORMAZIONI ANAGRAFICHE DELLA PAZIENTE

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

#### Sezione 2 - INFORMAZIONI OSTETRICHE E CLINICHE

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



**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>	<b>Risultato</b>
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"/>
siero/sangue <input type="checkbox"/>	____/____/____	ab. 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"/>
<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>	<b>Risultato</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"/>	____/____/____	altro <input type="checkbox"/> specificare _____	_____	_____
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"/>	____/____/____	altro <input type="checkbox"/> specificare _____	_____	_____
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"/>	____/____/____	altro <input type="checkbox"/> specificare _____	_____	_____
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"/> dubbio <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 \_\_\_\_\_    telefono \_\_\_\_\_    fax \_\_\_\_\_    e-mail \_\_\_\_\_

#### NOTE PER LA NOTIFICA

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

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

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



- a = segnalazione (entro 2 giorni)
- b = scheda di notifica
- c = schede di notifica (cadenza mensile)
- d = riepilogo mensile per ASL
- e = riepiloghi mensili regionali per ASL, provincia, età e sesso

Contatti:  
 Per gli aspetti di laboratorio: [rosolia.mipi@iss.it](mailto:rosolia.mipi@iss.it)  
 Per gli aspetti epidemiologici: [cneps.pnemorc@iss.it](mailto:cneps.pnemorc@iss.it)





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"/>	_____	_____
altro <input type="checkbox"/> specificare _____		altro <input type="checkbox"/> specificare _____		_____
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 <input type="checkbox"/>	probabile <input type="checkbox"/>	confermato <input type="checkbox"/>	sola infezione <input type="checkbox"/>	
CLASSIFICAZIONE FINALE (QUESTA SEZIONE E' RISERVATA AL MINISTERO DELLA SALUTE/ISS)				
probabile <input type="checkbox"/>	confermato SRC <input type="checkbox"/>	confermato IRC <input type="checkbox"/>	non rosolia congenita <input type="checkbox"/>	non classificabile <input type="checkbox"/>
Importato <input type="checkbox"/>	Collegato a un caso importato <input type="checkbox"/>	Non importato, non collegato a un caso importato <input type="checkbox"/>		
Data di classificazione finale [ ] [ ] [ ] (gg/mm/aa)				

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

data di notifica [ ] [ ] [ ] (gg/mm/aa) Sanitario che ha compilato la notifica \_\_\_\_\_ (timbro e firma)

recapito \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**NOTE PER LA NOTIFICA**

La scheda di notifica va compilata per:

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

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

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



a = segnalazione (entro 2 giorni)

b = scheda di notifica

c = schede di notifica (cadenza mensile)

d = riepilogo mensile per ASL

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

Contatti:

Per gli aspetti di laboratorio: [rosolia.mipi@iss.it](mailto:rosolia.mipi@iss.it)  
Per gli aspetti epidemiologici: [cnesps.pnemorc@iss.it](mailto:cnesps.pnemorc@iss.it)



#### **24. Indirizzi cui segnalare le malattie infettive**

Le segnalazioni di malattie infettive sono trasmesse dalla Direzione Ospedaliera al SISP (Servizio di Igiene e Sanità Pubblica) della ASL tramite mail. L'indirizzo del SISP è il seguente:

**email: [igiene.pubblica@aslmediocampidano.it](mailto:igiene.pubblica@aslmediocampidano.it) tel.0709359443**

#### **Altri indirizzi utili**

Assessorato dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale; Servizio promozione della salute e osservatorio epidemiologico, Via Roma, 223 - 09123 Cagliari  
Telefono: 070/6065216 mail: [san.dgsan4@regione.sardegna.it](mailto:san.dgsan4@regione.sardegna.it)

#### **25. Lista di distribuzione**

Copia del documento è distribuito alle seguenti Strutture:

1. Direzione Sanitaria di Presidio Ospedaliero
2. Diabetologia (Ospedale-Territorio)
3. Recupero e Riabilitazione Funzionale Ospedaliera (Cod.56-60) e Territoriale
4. Cardiologia e UTIC
5. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza
6. Medicina Interna
7. Nefrologia e Dialisi
8. Oncologia (Ospedale-Territorio)
9. Neurologia
10. Pediatria
11. Chirurgia Generale
12. Ostetricia e Ginecologia
13. Ortopedia e Traumatologia
14. Urologia
15. Gastroenterologia e Endoscopia digestiva
16. Oculistica
17. Anestesia e Rianimazione